

Marguerite Dunitz (Österreich):

Gewalt in der Kinderstube erste zarte Anzeichen von interaktiver Instabilität in der Eltern-Kind-Beziehung

(Violence in the nursery: early soft signs of interactive dysbalance in parent-infant relationships)

Marguerite Dunitz ist Psychotherapeutin, Psychologin und Ärztin in der Universitätskinder- und Jugendklinik in Graz. Sie hat zahlreiche Publikationen zum Thema Kind- und Muttergesundheit bzw. Beziehungen zwischen Kinder und Mütter verfasst.

Sehr geehrte Damen und Herren! Einen schönen Nachmittag. Ich hoffe, ich spreche hier nicht zu laut. Ich möchte für Ihre kurze Einführung danken, und es freut mich, dass ich hier heute die Möglichkeit habe, Sie in den zweiten Teil unserer Veranstaltung einzuführen. Es ist meine Aufgabe die schwierigste Stunde in dieser Konferenz zu füllen, nämlich die Stunde, die auf das Mittagessen folgt, wenn alle am liebsten ein Mittagsschlafchen halten möchten. Ich möchte Ihnen kurz beschreiben, was mein Arbeitshintergrund ist. Die Situation, in der ich seit 20 Jahren als Kinderärztin arbeite. Ich arbeite vor allem im Bereich der Neonatologie und als Kinderpsychotherapeutin in großen Universitätskliniken. Die Universitätsklinik Graz, in der ich jetzt beschäftigt bin, befindet sich im Zentrum von Österreich und ist das zweitgrößte Zentralkrankenhaus Österreichs, das größte befindet sich in einem anderen Teil Wiens, ist sozusagen der Gegenpol. Wir haben etwa 100 operative Betten und sind für ein sehr großes Einzugsgebiet zuständig. Es ist eine sehr interessante Tätigkeit, und sie gibt mir einen sehr guten Überblick über die verschiedensten Aspekte von Problemen und Schwierigkeiten, die in der frühkindlichen Phase auftreten können. Gemeinsam mit meinem Ehemann führe ich eine psychosomatische Abteilung, die sich im Zentrum der Intensivabteilung der Klinik befindet. Wir kümmern uns um Kinder bis zum Alter von 30, wie wir es nennen, das ist für den Kinderbegriff etwas weit gefasst, aber wir beginnen auch sehr früh. Wir beginnen bereits in der Phase der Schwangerschaft. Wenn Ärzte sich Sorgen über den psychologischen Zustand, über die psychologische Verfassung einer werdenden Mutter machen, dann können sie die Mutter bereits in der Endphase der Schwangerschaft an uns überweisen, damit wir bereits in der Endphase der Schwangerschaft mit der Beratung, mit der Hilfe beginnen können. Die meisten Mütter kommen direkt nach der Geburt zu uns. Wir haben Psychiater in Erwachsenenpsychologieabteilungen, die erkannt haben, dass die Mutter Schwierigkeiten im Umgang mit ihrem Kind hat, sobald sie das Spital verlässt. Zunächst möchte ich Sie auf die Relevanz der Perspektive hinweisen. Um welche Perspektive geht es uns hier? Es macht sehr wohl etwas aus, und zwar sehr viel aus, von welcher Seite man ein Problem ansieht. Aus der Perspektive des Arztes oder aus der Perspektive des Patienten. Als Experten müssen wir daher immer eine sehr klare Differenzierung treffen zwischen dem externen Beobachter, z. B. wenn man distanziert als Zeitungsleser zum Beispiel über eine Tragödie liest. Wir müssen also unterscheiden zwischen dieser Perspektive einerseits, und zweitens einer Perspektive des involvierten Beobachters, z. B. wenn man in ein Zimmer kommt, zwar nicht am Geschehen teilgenommen hat, aber dabei ist, es selbst sieht. Man könnte in dieser Form nicht genug Flexibilität haben, um mit der Situation gut zurechtzukommen, um sie gut zu bewältigen. Daher gibt es drittens die Kategorie des professionellen Beobachters, der seine professionelle Bildung, seine Einstellung, seine professionellen Möglichkeiten benutzen kann, um möglichst gute Mischungen zu finden, um einen möglichst guten Mittelweg zu finden, zwischen therapeutischer Distanz und professioneller Beteiligung, dem Aufbau von Bindung, Bindungsanbahnung mit den Betroffenen, normalerweise mit der schwächsten Person in der Gruppe der Betroffenen, möglicherweise dem Vater, möglicherweise mit dem Baby. Der Therapeut muss sich also einbringen, eine Bindung bilden, gleichzeitig aber die Möglichkeit haben, in intellektueller Distanz das Geschehen zu beobachten. Es wird von uns erwartet, eine Diagnose zu erstellen, festzustellen, was geschieht hier, oder einen therapeutischen Ansatz zu finden. Dies sind zwei sehr unterschiedliche Rollen, zwei unterschiedliche Erwartungen. In der Therapiesituation müssen wir sehr oft entscheiden, wer der Gute und wer der Strenge ist, wer welche Rolle übernimmt. Manchmal ist es sehr schwierig, eine solche Entscheidung bewusst zu treffen, denn wenn wir diese Grenzen überschreiten, wenn wir uns nicht daran halten, dann verwirren wir die Patienten damit nur. Wir müssen auch die Möglichkeit und die Fähigkeit haben, die Rolle der Eltern zu verstehen, uns in ihre Position zu versetzen,

und wir müssen in der Lage sein, uns vorzustellen, wie das Ganze aus der Perspektive des sechs Monate alten, oder des ein Jahr alten Babys aussieht.

Die Theorien Sigmund Freuds, die hier in Wien vor über 100 Jahren entwickelt wurden, sind noch immer sehr wichtig, natürlich, sowohl in unserer Lehre als auch in unserer therapeutischen Praxis. Ein Schüler Freuds war der Gründer der Schule, nach der ich arbeite. John Bowlby, dieser Schüler, entwickelte das, was wir heute die Bindungstheorie nennen. Im Kontrast, im Unterschied zu Anna Freud unterstrich Bowlby vor allem die Wichtigkeit der Beziehung selbst, nicht A und B, die involvierten Personen und was in ihren Köpfen vorgeht, sondern er unterstrich die Bindung selbst, die Beziehung selbst, das, was zwischen ihnen ist. Er machte einen strikten Unterschied insofern, dass er ein theoretisches Modell erstellte, auf das in letzter Zeit die Forschung basiert. Sein theoretisches Modell unterscheidet zwischen dem Bindungsverhalten Erwachsener bzw. der mangelnden Bindungsentwicklung in Fällen, in denen nicht alles glatt läuft, besonders in Fällen, in denen Eltern Opfer von Gewalt waren, als sie Kinder waren, und andererseits den Gewaltmodellen und der Gewalttoleranz, die ein Kind entwickelt, wenn es gesund ist, die es mit sich bringt, wenn es auf die Welt kommt als gesundes Kind, die Signale, die es geben kann, wenn es eine normale Kommunikationsbasis mit der Mutter hat. Andererseits gibt es auch Fälle, in denen Kinder krankheitsbedingt, aufgrund mentaler, psychischer, physischer Beschwerden nicht so reagieren können, nicht solche Signale setzen können, wie sie es sollten. Das ist für die Mutter sehr verunsichernd, denn sogar wenn man ihnen sagt, dass ihr Kind nicht reagieren kann, wie es sollte, wie man es von ihm erwarten würde, sogar dann kann die Mutter mit introsivem Verhalten, mit überinvolviertem Verhalten, möglicherweise sogar mit Gewalt gegen das Kind reagieren. Die Balance zwischen den Signalen des Kindes und den von der Mutter oder dem Elternteil gesetzten Signalen in der Beziehung ist also sehr wichtig. Es geht hier vor allem um dyadische oder triadische Kommunikationssituationen.

Die Rolle des Vaters ist eine der wichtigsten Rollen in dieser Beziehungstheorie und gleichzeitig eine der am wenigsten diskutierten. Mütter übernehmen jedoch trotzdem eine dominante Rolle, auch, wenn der Vater dabei ist. Kinder verhalten sich sehr, sehr unterschiedlich, je nachdem ob sie mit beiden Eltern oder nur mit einem Elternteil zusammen sind. Wenn die Mutter zum Beispiel an postpartalen Depressionen leidet und mit ihrem Kind zusammen ist, dann kann der Vater diesen Mangel kompensieren. Der Vater kann sich um das Kind kümmern, obwohl es die Mutter nicht kann oder gerade deswegen. Wenn die Mutter jedoch in einem Fall postpartaler Depression mit dem Kind alleine ist, dann ist die Gefahr sehr groß, dass das Kind selbst Depressionen und Mangelerscheinungen entwickelt. Wir sprechen daher also über die Autonomie und den Schutz der Eltern, vor allem darüber, wie Eltern ihre Fähigkeit modulieren können, ihren Kindern Selbstvertrauen und Vertrauen in ihr Aufwachsen, in ihr Werden zu geben, die Fähigkeit der Eltern ihnen gleichzeitig Schutz und Selbstvertrauen zu geben. Auf Französisch verwendet man hier den Fachausdruck "Rapprochement", auf Deutsch gibt es keinen wirklichen Fachausdruck, allerdings wurde während der letzten zwei oder drei Jahre die Forschung zunehmend auf diesen Punkt zentriert. In vielen kleinen Situationen sehen wir diese Balance, die sehr wichtig ist in dieser Beziehung. Einerseits muss man dem Kind mehr Selbstvertrauen, mehr Vertrauen geben, wenn dies geschieht sieht man, aha, ich bin am richtigen Weg, ich tue das Richtige. Wenn das Kind jedoch keine Vertrauensbasis, kein Selbstvertrauen entwickelt, dann weiß man, man hat etwas falsch gemacht.

Die Bindungstheorie gibt uns daher die Möglichkeit, gewisse Schlüsse zu ziehen, die in der interaktionalen Diagnose, unserem häufigsten Ansatz sozusagen, wichtigen Niederschlag gefunden haben. In der interaktionalen Diagnose studieren wir nicht die einzelnen beteiligten Personen, A, B oder C, Mutter, Kind oder Vater, sondern wir wenden uns der Beziehung zwischen den einzelnen Beteiligten zu, der Qualität der Eigenschaften der Beziehung. Interaktion, Wechselbeziehung und Beziehung ist jedoch nicht dasselbe. Interaktion ist das, was wir auf behavioraler Ebene beobachten können, auf Verhaltensebene sozusagen, zwischen den einzelnen. Wenn die Mutter zu eng ans Baby herangeht, dann wird das Baby zum Beispiel sich wegbewegen oder umgekehrt, aber "Relationship", die Beziehung, wie ich sie hier nenne, ist etwas ganz anderes. Hier können wir nur interpretieren. Wir können nur raten, da wir uns nur vorstellen können, was auf der Beziehungsebene vor sich geht, was sich hier abspielt. Wir sehen keine offensichtlich sichtbaren Reaktionen so wie im Fall der Interaktion.

Tradition spielt hier eine große Rolle, im Sinne von Familientradition zum Beispiel. In manchen Familien ist es Tradition viel zu sprechen, laut zu reden, viel herumzuschreien und seine Gefühle offen zu zeigen. In anderen Familien wird Gefühl nicht so freien Lauf gelassen, es wird nicht alles ausgesprochen, niemand spricht mit dem anderen, und in solchen Familien, in zweitem Sinn, ist man meistens weniger glücklich als in den ersteren. Verschiedene Familien und verschiedene Kulturen haben unterschiedliche Vorstellungen darüber, wie man mit Kindern, wie man mit dem Aufziehen von Kindern umgehen soll. Natürlich verhalten sich Leute unterschiedlich, je nach dem, ob sie in der Straßenbahn oder alleine, zu Hause mit ihren Kindern

sind. Ihre Erziehung, ihre angelernten Verhaltensweisen beeinflussen ihr Verhalten in bestimmten Situationen. Wenn zum Beispiel Eltern in den Aufzug in unserem Spital steigen: dieser Lift ist sehr schmal, nicht viele Leute haben Platz, und sie haben einen Kinderwagen mit, und das Kind weint oder schreit, dann haben sie zunächst ein Problem, wie sollen sie mit dem Kinderwagen in den schmalen Lift hineinkommen, doch gleichzeitig möchten sie hineinkommen, anders können sie sich mit dem Kind nicht im Haus Auf- und Abbewegen. Wie die Eltern mit dieser Problemsituation umgehen, sagt uns schon sehr viel, manchmal sogar sehr viel mehr als wir nachher in der Situation sehen, die auf Video aufgenommen wird. Wir sehen in dieser Situation, in dieser einfachen Alltagssituation im Aufzug sehr viel über die Problemlösungsstrategien, das Verhalten solcher Personen.

Natürlich brauchen wir auch ein gewisses Maß an Dokumentationen. Wir müssen festhalten, und zwar genau festhalten, was passiert. Wir können nicht nur schreiben: Gute Interaktion, normale oder abnormale Interaktion. Wir brauchen differenzierte Wörter, differenzierte Termini, um dem Spital, unseren Kollegen und auch den Versicherungsträgern mitzuteilen, was hier vor sich geht. Da brauchen wir die nötige Nomenklatur.

Was wir sehr wohl studieren können, ist, unsere Impression, unser Eindruck des Ausdrucks, den wir den anderen präsentieren wollen. Wir müssen sehr, sehr vorsichtig sein, zu unterscheiden, zwischen dem, was wir sehen, und den Gefühlen, mit denen wir darauf reagieren. Das sind zwei ganz verschiedene, ganz unterschiedliche Dinge. Deshalb ist es sehr wichtig, dass Mutter und Kind, dass Eltern und Kind zusammenpassen. Es gibt Fälle, in denen das Kind ganz einfach nicht mit der Mutter zusammenpasst. Wir haben zum Beispiel eine sehr ruhige, zurückhaltende Mutter, die sich ein eben solches Kind vorgestellt hat, sich sehr auf ein solches Kind gefreut hat, und plötzlich ist ein Baby da, das sehr aktiv ist, sehr laut, sechzehn Stunden pro Tag lärmt und sich in der Wohnung herumbewegt. Es ist nicht so selbstständig, wie die Mutter es erwartet, nicht so ruhig und zurückhaltend, wie die Mutter es erwartet hat. Hier passen Mutter und Kind klarerweise nicht sehr gut zusammen. Hier bieten sich verschiedene Optionen.

Viele Leute glauben, wenn sie ein Kind bekommen, es wird wunderbar sein. Jetzt haben wir so ein kleines, süßes Baby, mit dem wir schmusen können, mit dem wir viel Zeit verbringen können, und dann plötzlich, ist die Realität da. Sie sehen, ein Kind bedeutet auch Wochen praktisch ohne Schlaf. Ihr eigener Biorhythmus kommt total durcheinander. Es herrscht Chaos in ihrer Zeit, in ihrer Familienorganisation. Manchmal kommt es zu Situationen, in denen Eltern nicht einmal mehr ihren eigenen Namen wissen und nicht einmal mehr ihre eigene Person kennen, weil sie sagen, seit der Geburt bin ich nicht mehr ich selbst, ich bin nur mehr für das Kind da. Eine Mutter, die das sagt, ist nicht unbedingt eine deprimierte Mutter, sondern ganz einfach eine Person, die nicht die Möglichkeit hat, einen Kompromiss zwischen ihren Bedürfnissen und den Bedürfnissen des Kindes nach der Geburt zu schließen. Worauf wir uns also konzentrieren, ist der Punkt, an dem das expressive Verhalten der Eltern kippt und zu Gewalt wird. Ein ein Jahr, oder ein ein Monate altes Baby anzuschreien oder die Stimme zu erheben, ist sicher nicht Gewalt. Wenn das Kind einmal zwei Jahre alt ist, dann ist es möglich, dass es schon Gewalt ist. Die Auffassung von Eltern und Kindern kann auch unterschiedlich sein. Manchmal fasst ein Elternteil sehr lautes Reden oder Schreien nicht als verbale Gewalt auf, das Kind aber sehr wohl. Wir müssen uns also auf den Punkt konzentrieren, auf das Kippen zwischen Gewalt und der Stufe vor der Gewalt. Wir werden dazu später ein Video sehen. Was wir also sehen, ist, dass Aggression und Gewalt seitens der Eltern sich als introsiv, überinvolviert, böartig und feindselige Interaktionen zeigen, dass diese Art von Aggression und Gewalt auftritt, bevor das Baby, bevor der Säugling die Möglichkeit hat, dies auf symbolischer Ebene zu verstehen. Die Eltern fühlen, ich bin böse auf dich, ich bin böse, ich bin aggressiv, ich möchte dich schlagen. Dies passiert, bevor das Kind feststellen kann, was es bedeutet, warum die Eltern so reagieren. Wir müssen uns dessen bewusst werden, dass Kinder nicht verstehen, was passiert, wenn dieser Teufelskreis der Gewalt beginnt. Kinder haben noch nicht das moralische Selbst, die moralische Identität um feststellen zu können, ich war jetzt nicht brav, ich war zu laut, ich habe etwas getan, was verboten war, und deshalb ist meine Mami auf mich böse. So weit ist das Kind auf funktionaler oder emotionaler Ebene noch nicht. Diese Phase tritt erst mit etwa eineinhalb, zwei Jahren ein. Vor diesem Alter ist ein Kind nicht in der Lage, moralisch zwischen gut und schlecht zu unterscheiden. Es hat noch keine klar differenzierten moralischen Konzepte.

Wenn Sie über die moralische Entwicklung und die Entwicklung des moralischen Selbst mehr wissen möchten, dann sollten Sie Bob Emde lesen. Bob Emde ist einer der international angesehensten Psychologen, der sich ganz auf diesen Forschungsbereich konzentriert. Er hat Möglichkeiten entwickelt und versucht weitere Möglichkeiten zu finden, zu beweisen, ab wann ein Kind in der Lage ist, zu urteilen, ob es gut oder schlecht handelt. Dieser Sprung der Urteilsfähigkeit, diese Urteilsfähigkeit wird immer früher angesetzt, zum Beispiel waren es einmal vier Jahre. Ursprünglich sagte man, im Alter von vier Jahren weiß das Kind, dass es etwas Falsches gemacht hat. Etwas später meinte er, schon im Alter von drei Jahren können Kinder

gewisse Entscheidungen treffen und sich bewusst werden, ob das richtig (gut) oder falsch (böse, verboten) war. Etwas später war man schon so weit, dass ein zweijähriges Kind schon bewusste Entscheidungen treffen kann, bewusste Differenzierungen zwischen gut und böse treffen kann. Jetzt ist man soweit, dass intelligente eineinhalbjährige Babys definitiv mit ihren Eltern interagieren können und so feststellen können, ob sie die Erwartungen der Eltern erfüllen oder nicht. Das gibt ihnen die Möglichkeit zu manipulieren. Diese Stufe der Manipulation setzt früher ein als die Möglichkeit der Urteilsfähigkeit, der Unterscheidung zwischen gut und schlecht. Wenn die Mutter zum Beispiel traurig aussieht oder passiv ist, und das Kind eine Möglichkeit findet, dass die Mutter vom Sessel aufsteht, aktiver wird, auch wenn es zum Beispiel durch Schreien ist, dann wird sich das Kind das merken, auch wenn es für die Mutter nicht angenehm ist. Das ist auch eine Art Therapie aus der Sicht des Kindes. Es geht uns vor allem darum, in welchem Alter Kinder eine Schuldvorstellung entwickeln. Eltern erwarten von ihren Kindern, dass sie Schuldgefühle entwickeln können, lange bevor dies überhaupt möglich ist. Sie sagen den Kindern, "Du weißt doch, dass du das nicht machen sollst", "Du weißt doch, dass das verboten war", und die Kinder schauen sie an und haben keine Ahnung, worum es eigentlich geht. Das ist etwas, worauf wir absolut aufpassen müssen. Es gibt bestimmte Eigenschaften, allerdings auf Seiten des Kindes, die Probleme fördern können, die das Risiko erhöhen können.

Der erste Risikofaktor ist die Diagnose regulatorischer Probleme. Das wird in der Kinderheilkunde sehr oft unterschätzt. Manche von Ihnen sind mit dem Begriff vielleicht nicht vertraut. Regulatorische Probleme sind ein Terminus, der für die Diagnose im Alter null bis drei sehr wichtig ist. Im Alter null bis drei haben wir nur einen Terminus auf internationaler Ebene, der standardisiert international angewendet wird. Regulatorische Probleme werden somit als die Schwierigkeit beschrieben, das Kind wach, gesund und aufmerksam, zu halten. Um dies zu illustrieren: Manche Kinder kommen auf die Welt, sie sind aufmerksam, sie reagieren auf ihre Mütter, sie sind ganz glücklich, sie schlafen, sie wachen auf, essen, sie sind freundlich, und diese Kinder haben meistens auch freundliche Eltern.

Andere Kinder kommen auf die Welt und haben immer irgendwelche Probleme. Sie quietschen, sie schreien, sie beschweren sich, auch wenn man mit ihnen freundlich, umsichtig und liebevoll umgeht. Manche Kinder scheinen ganz einfach nie glücklich zu sein, andere sind von Natur aus ruhig und mit sich selbst glücklich. Kinder zweiter Art werden in der Literatur als schwierige Kinder bezeichnet, die schreienden Kinder, die Kinder, die viel Arbeit machen. Das Hauptproblem scheint darin zu liegen, dass die Wahrnehmung gewisser Reize, Geruch, visueller oder akustischer Reize bei solchen Kindern nicht normal ausgeprägt ist. So kann ein Kind zum Beispiel den Ventilator in diesem Raum überlaut wahrnehmen. Für das Kind ist das nicht einfach nur ein Ventilator sondern eine riesige Maschine, und dadurch weint das Kind dauernd. Wenn wir zum Beispiel wissen, dass das Kind auf gewisse Stimuli übersensibel reagiert, dann können wir etwas ändern. Wenn wir das nicht wissen, würden wir ganz einfach sagen, das Kind ist schwierig, das Kind macht Probleme, das Kind geht mir auf die Nerven. Das ist das größte Problem, die sogenannten regulatorischen Probleme wie wir sie nennen.

Fütterungsprobleme sind ein zweiter Risikofaktor ebenso Schlafschwierigkeiten, Einschlafstörungen, und Schlafstörungen sind ebenfalls zu definieren. Wenn ein Kind nicht dann schläft, wenn die Eltern erwarten, dass es schlafen soll, dann ist dies nicht eine Störung im Schlaf des Kindes sondern eher eine Störung im Schlaf der Eltern. Der Terminus Schlafstörungen ist also nicht nur auf das Schlafmuster des Kindes limitiert, sondern kann auch angewendet werden, wenn das Baby gesund schläft, für seine eigene Wahrnehmung, aber wenn die Eltern ihr Schlafverhalten nicht mehr halten können, weil sie mehr Schlaf brauchen oder einen anderen Schlafrhythmus brauchen als das Kind.

Viertens haben wir die Gruppe der Kinder, die verzögerte Entwicklung aufweisen, Entwicklungsschwierigkeiten durchmachen. Das ist sehr schwer für die Kinder aber auch für die Eltern. Nach der neonatalen Phase, wenn das Baby bereits durch das Schlimmste hindurch ist, haben die Eltern dennoch ein Kind, das sich nicht so verhält, wie sie es sich erwartet haben. Solche Eltern sind dann oft sehr enttäuscht, sehr frustriert.

Ein fünfter Risikofaktor ist Frühgeburt, und sechstens, worüber wir bereits gesprochen haben, das Nicht-Zusammenpassen von Kindern und Eltern.

Seitens der Eltern sind folgende Risikofaktoren zu nennen: Postpartale Depression, Armut, ein schlechtes Wohnumfeld. Schauen wir uns die Nachbarn an. Böartige, böswillige Nachbarn reichen manchmal aus, um die Eltern in den Wahnsinn zu treiben, denn wenn die Nachbarn ganz einfach sagen, "Wir halten es nicht aus, wenn Ihr Baby so laut in der Nacht schreit", dann stehen die Eltern unter Stress, auch wenn sie sich möglicherweise selbst nicht gestresst fühlen, wenn das Kind um Mitternacht zu weinen beginnt, sondern sie stehen unter Stress, weil sie wissen, die Nachbarn fühlen sich gestört. Weitere Risikofaktoren sind Stress oder Beziehungsprobleme.

Welche Perspektiven haben wir daher? Welche Faktoren, welche Eigenschaften sollten wir fördern und unterstützen? Wir sollten uns definitiv sowohl in der Ausbildung als auch in der Therapie mehr auf die Wahrnehmung der Eltern konzentrieren, uns mehr darauf konzentrieren, dass Eltern sehen, was vor sich geht, und wissen, was im Kind vor sich geht. Falsches Verhalten gegenüber den Kindern ist meiner Meinung nach ein hoch pathologisches Verhalten. Aber manchmal, wenn wir pathologisches Verhalten beobachten, zeigen wir das gleiche Video anderen Kollegen, anderen Ärzten, vielleicht von einer anderen Abteilung, und dort ist die Sichtweise: Ja, und? Nichts besonderes.

Wir müssen uns also immer wieder daran erinnern, dass die Perspektive alles ist. Wir müssen eine bessere Sichtweise entwickeln, wir müssen offen für das sein, was wir sehen, aus verschiedenen Perspektiven. Wir müssen dem Kind Aufmerksamkeit zukommen lassen. Weiters müssen wir zusammenarbeiten, denn dieser Wissenschaftsbereich kann nicht von einer einzigen Berufsgruppe dominiert werden, weder von der Kinderheilkunde noch der Psychologie, noch der Bewegungstherapie oder Sozialarbeit oder von den Hebammen, wir müssen alle zusammenarbeiten. Alleine kann man nichts erreichen. Deshalb ist der interdisziplinäre Zugang so wichtig. Wir müssen ein Netzwerk aufbauen, in dem Familien jeweils mit verschiedenen professionellen Hilfestellenden in Kontakt treten können, mit Psychologen, mit Kinderärzten, mit Therapeuten. Jeder einzelne, der in diesem Bereich arbeitet, muss also in der Lage sein, in jeder Art und Weise Hilfe zu geben. Es ist sehr frustrierend, wenn Eltern sich endlich dazu durchringen, etwas zu tun, und dann gehen sie zum Beispiel zum Kinderarzt, und der sagt: "Ich bin nicht zuständig. Körperlich ist ihr Kind gesund. Ich überweise Sie zum Psychologen." Der Psychologe sagt: "Aber Ihr Kind kann doch noch nicht reden. Ich bin nur für Kinder zuständig, die bereits älter als drei Jahre sind, und die bereits reden können." Die Eltern haben sich zu einer Entscheidung durchgerungen und werden von einer Stelle zur anderen verwiesen. Das ist für die Kinder sehr, sehr frustrierend, für die Eltern sehr, sehr frustrierend und für alle Beteiligten ein großes Problem. Wir brauchen daher Netzwerke. Wir müssen Möglichkeiten finden, niederschwellige Institutionen, niederschwellige Dienste anzubieten. Das ist wiederum nur möglich und ganz besonders in großen Städten nur möglich, wenn wir interdisziplinär zusammenarbeiten. Wir müssen dem vorliegenden Problem respektvoll begegnen, auch wenn uns das Problem manchmal nicht sehr ernst oder sogar lächerlich erscheint, manchmal sogar komisch. Wir müssen Verständnis für Eltern aufbringen, die sich mit einem Problem an uns wenden und um Hilfe ersuchen, es steht uns nicht zu, zu entscheiden, ob sie diese Hilfe verdienen und brauchen oder nicht. Wir dürfen keine Liste von Symptomen erstellen, z. B. dass das Baby bluten muss, dass eine blutende Wunde vorliegen muss, bevor das Baby Hilfe bekommt. Wir müssen jedem Problem mit Respekt begegnen, so klein und so eigenartig es auch sein mag. Weiters müssen wir anerkennen, dass die psychoanalytische Erklärung des Problems nicht unbedingt eine Quelle für Hilfe sein muss. Diese Erklärung kann eine Art Rahmenhilfe sein, sie kann den richtigen Rahmen zur Verfügung stellen, doch es ist nicht anzunehmen, dass in jedem Fall Psychoanalyse die Lösung bieten kann. Es müssen also nicht alle Beteiligten Psychoanalytiker sein, Psychoanalyse als Rahmen und nicht einzige Lösung. Hier kommen wir auf Offenheit, Aufmerksamkeit und den drei lateinischen Prinzipien, *Patentia*, *Virtudine* e *Amor*, Geduld, Tugendhaftigkeit und Liebe zurück.

Ich möchte Ihnen jetzt ein paar Videos zeigen. Ich habe mehrere Videos mitgebracht, um Ihnen Beispiele für absolut normale, alltägliche Situationen zu zeigen, in denen wir bereits die Wurzeln, die Ansätze für schwieriges oder gewalttätiges Verhalten beobachten können. Im ersten Video sehen wir eine junge Frau, die über sechs Jahre lang von ihrem Vater misshandelt und missbraucht wurde, und im Alter von fünfzehn entwickelte sie eine Narkolepsie, als psychosomatische Reaktion auf ihre V, ihren Missbrauch. Sie wurde in Therapie gegeben, und die Narkolepsie konnte geheilt werden.

Sie wurde dann schwanger, und nach der Geburt des gesunden Kindes hatte sie ein gynäkologisches Problem. Sie musste anästhesiert werden. Die Erfahrung der Anästhesie war für sie traumatisch. Es war ein Notfall, es war keine Zeit ihr zu erklären, was los war, was mit ihr passierte. Genau in dieser Stresssituation lebten ihre alten Erfahrungen wieder in ihr auf. Subjektiv wurde sie wieder missbraucht, obwohl sie im körperlichen Sinn nicht missbraucht wurde. Hier sehen wir sie drei Wochen nach der Geburt ihres gesunden Kindes. Sie hat wieder Phasen von Tiefschlaf bis zu zwanzig Stunden pro Tag. Die Geburtsabteilung im Spital hat uns verständigt. Es wurde gesagt. „Wir können sie nicht nach Hause schicken, wir können sie nicht mit dem Kind heimschicken, sie schläft bis zu zwanzig Stunden pro Tag.“ Hier sehen Sie, sie schläft. Man kann sie einfach nicht aufwecken, und das Kind schreit. In der gesamten Bildfolge schreit das Kind die ganze Zeit, und die Mutter schläft. Wir haben nun darüber nachgedacht, wie wir es schaffen, es der Mutter bewusster zu machen, dass ihr Kind die ganze Zeit schreit, denn das Trauma kann ja nur vom Kind selbst gelöst werden. Dieses zweite Trauma, das auf so tragische Weise passiert ist. ist passiert, weil sie abgestillt wurde. Das heißt, man hat ihr eine Injektion gegeben, um den Milchfluss zu unterbinden. Man hat befürchtet, dass die Narkolepsie ärger werden würde, wenn sie das Kind stillen würde, und das war eben der Auslöser

für das zweite Trauma. Das Pflegepersonal hat nun beschlossen, zu versuchen, das Kind auf der Mutter schlafen zu lassen. Das heißt, im Schlaf kann sie nun fühlen, wie sich das Kind bewegt. Sie wacht auf, wie Sie sehen können. Sie, schläft auch immer recht abrupt und plötzlich ein. Sie sehen, es ist eine jugendliche Mutter. Sie ist eine sehr liebevolle Mutter. Sie ist aufgewacht und hat immer gefragt: Was ist passiert? Habe ich irgendetwas verpasst? Hat mein Baby etwas von mir gebraucht? Sie hat sich wirklich schuldig und schlecht gefühlt. Wir konnten ihr dann dabei helfen, das Kind wieder zu stillen, wieder mit dem Stillen zu beginnen, und wir haben den Milchfluss wieder in Bewegung gebracht. Wir haben hier eine Möglichkeit gefunden, beide, Mutter und Kind, unterzubringen, wo sie während der ersten beiden Lebensjahre des Kindes bleiben konnten. Die Narkolepsie hat dann ebenfalls nach den ersten sechs Wochen aufgehört. Zu Beginn waren es noch 20 Anfälle am Tag, und nach drei Wochen waren es nur mehr zwei bis drei am Tag, und nach sechs Wochen waren diese Anfälle dann gänzlich vorbei.

Das nächste Beispiel zeigt eine Mutter, deren Persönlichkeitsstruktur uns die Grenze der Psychotherapie bzw. psychotherapeutischen Möglichkeiten deutlich aufzeigt. Es ist hier eine Mutter mit Tiefenpsychose, die allerdings nicht als psychotisch eingestuft wurde. Das Kind wurde ganz normal geboren, und das Kind litt dann unter einer Hernia. Die Chirurgen, die hier die Operation vornahmen, sagten, die Mutter sieht irgendwie seltsam aus. Das heißt, sie sieht durch Leute hindurch, sie sieht niemanden an, sondern sieht durch die Leute hindurch. Wenn ich einen solchen Kommentar höre, dann weiß ich sofort, dass ich es mit einer psychotischen Mutter zu tun habe. Der Augenkontakt ist nicht normal, um eben hier die Interaktion zu beurteilen. Sie sehen hier eine sehr unsensible Fütterungssituation.

Die Mutter ist ebenfalls nur achtzehn Jahre alt, versucht das Kind zu füttern, aber sie weiß nicht, worauf sie sich hier wirklich konzentrieren soll. Sie hält das Kind auch auf sehr unnatürliche Weise, und sie konzentriert sich viel zu sehr auf die Flasche und den Inhalt der Flasche als auf das Kind.

Bereits im Alter von drei Wochen erhielt dieses Kind nicht genügend Aufmerksamkeit und konnte deswegen auch nicht genügend Aufmerksamkeit entwickeln und seiner Umwelt genügend Aufmerksamkeit entgegenbringen. Sehen Sie hier die Symptome dieses etwas bizarren, unsensiblen Verhaltens. Es ist hier eine gemischte Beziehungsstörung, eine sehr ambivalente Beziehung, überintrosiv einerseits, aber hier die Haupteigenschaft ist wahrscheinlich das bizarre Verhalten der Mutter.

Das Baby erstickt schon fast, aber die Mutter tut nichts dagegen oder nimmt die Flasche nicht zurück. Das heißt, das Kind toleriert hier viel zu viel. Wir sehen hier die Körperbewegungen. Manchmal kann man diese im schnellen Vorlauf besser analysieren. Die Körpersprache wird hier sehr viel klarer. Wir sehen hier wirklich ein sehr bizarres Spielverhalten. Das ist kein Verhalten, das man von einer Mutter erwarten würde, die mit einem drei Wochen alten Baby spielt. Wenn wir jetzt das Ganze wieder im normalen Tempo ansehen: Hier sehen wir ein Verhalten, das zum sexuellen Missbrauch tendiert. Die Mutter versucht wirklich sehr, sehr stark eine Beziehung zum Kind aufzubauen, aber sie kann nicht auf die Signale des Kindes reagieren. Das heißt, sie überwältigt das Kind auf beinahe schon traumatische Weise. Das Kind versucht diesem Verhalten auszuweichen, es zu vermeiden, aber es ist wirklich so massiv, so überwältigend, dass es nicht möglich ist. Das ist wirklich sehr typisch für ein Missbrauchverhalten, hier immer wiederholende Verhaltensmuster, ein stereotypes Verhalten. Die Mutter denkt, dem Baby wird es schon gefallen, und dann macht sie es immer, immer wieder. Das ist wirklich sehr typisch. Wir haben unseren Kollegen gesagt, diese Mutter darf nicht mit dem Kind nach Hause gehen. Das ist ein sehr alarmierendes Verhalten. Mein Kollege sagte, das ist wirklich sehr interessant, aber die Sozialarbeiter haben gemeint, dass wir hier keine Pathologien erfinden sollen, wir sind viel zu sehr im wissenschaftlichen Bereich tätig, und wir würden uns das alles nur ausdenken. Es gab also hier eine sehr intensive Diskussion zwischen den Sozialarbeitern und unseren Kollegen. Schließlich kam die Mutter in die Tagesstätte, in unser Zentrum, aber sie ging dann nach Hause und schlief auch zu Hause. Hier sehen Sie eben eindeutig ein anormales Verhalten. Wir waren der Ansicht, dass hier durchaus die Gefahr eines plötzlichen Kindstods und die Gefahr des Missbrauchs bestand. Drei Wochen später kam das Kind mit einem Oberschenkelbruch in unsere Klinik, und das war dann der Punkt, an dem das Kind aus der Familie genommen wurde, aber man konnte mit der Mutter einfach keine Therapie beginnen, es war nicht möglich mit ihr zu arbeiten. Dem Kind geht es jetzt wieder gut, der Bruch ist geheilt. Der Bub ist inzwischen drei Jahre alt. In der Zwischenzeit hatte die Mutter drei weitere Schwangerschaften. Die Kinder mussten ebenfalls von ihr entfernt werden. Das ist eine sehr unglückliche Lösung, aber in manchen Situationen ist es die einzige Möglichkeit, um das Leben des Kindes zu retten.

Das nächste Beispiel ist wieder ein kleiner Junge aus der Schweiz, der im Alter von neun Monaten von seinen Eltern zu uns gebracht wurde, mit dem Gewicht von fünf Kilogramm. Er wäre fast verhungert. Das Symptom, das die Überweisung ausgelöst hat, war das, dass er einfach nicht gefüttert werden konnte. Die Eltern wollten ihn füttern, aber sie schafften es einfach nicht. Er wurde in die Intensivstation eingeliefert. Er war wirklich sehr, sehr schwer krank. Er hatte ein Ödem, ein Nierenproblem und auch sehr viele

Stoffwechselprobleme eben von dem Mangel an Nahrung. Sie werden sich vielleicht fragen, wie kann das passieren? Es war eine sehr gute, eine sehr liebevolle Familie. Wie ist es möglich in einer Familie, (hier sehen Sie eine Hermiotomie) dass ein Kind im Alter von neun Monaten mitten in einer sehr wohlhabenden Stadt, mit einem hohen medizinischen Standard, in diesem Zustand eingeliefert wird? Sie sehen, er ist gewachsen, aber er hat nichts an Gewicht zugelegt. Um es kurz zu machen: Die Mutter hatte acht Fehlgeburten. Vor der Geburt dieses Jungen hatte sie zwei Todgeburten, ein sehr stark behindertes Kind und den Zwillingsbruder dieses Kindes. Die Frau war sehr religiös, eine katholische Frau, und war gezwungen, die Schwangerschaft mit seinem Bruder aufgrund einer Krankheit des Bruders abzuberechen. Die Ärzte haben ihr gesagt, das Kind muss herausgeholt werden, und die Mutter wollte das nicht. Es war nicht möglich für die Mutter hier eine zufriedenstellende Lösung zwischen dem ärztlichen Rat und ihren religiösen Gefühlen zu finden und das Kind zur Welt zu bringen. Die Mutter wurde daraufhin sehr depressiv. Das Kind wurde nicht begraben. Für jemanden, der sehr religiös ist, ist das ein sehr schwerwiegendes moralisches Problem. Sie konnte sich nicht darauf konzentrieren, was in den nachfolgenden Schwangerschaften vor sich ging. Als dieser Junge geboren wurde, hat sie wohl auf der funktionellen Ebene das Nötige getan, aber auf der moralischen Ebene hat sie immer noch getrauert, eben um die acht Kinder, die sie verloren hatte. Das heißt, er wurde auf sehr stressvolle Weise gefüttert, er hat dann erbrochen, und so hat das Problem eben seinen Lauf genommen. In drei Wochen Behandlung hat dieser Junge drei Kilo zugenommen, und im Alter von einem Jahr ist er bereits herumgelaufen.

Sehen wir uns nun das nächste Beispiel an. Hier sehen Sie eine sehr viel häufiger auftretende Situation, ein durchaus übliches Fütterungsproblem beim Stillen des Kindes. Die Mutter hat uns dieses Video aus Norddeutschland geschickt und hat gemeint, dass ihr Kind verhungert, sie kann das Kind nicht füttern. Sie hat uns gesagt, dieser kleine Junge ist sieben Wochen alt und bereits sechs Kilo schwer. Das heißt, wir wussten, dass ihm körperlich wirklich gut ging, aber der Stress der Situation war einfach zuviel für ihn. Wir haben hier die klassische Situation einer ängstlichen, überinvolvierten Mutter, die viel zu viel versucht und zuwenig bei all ihren Bemühungen erreichte. Sie spricht mit ihrem Kind, sie streichelt das Kind. Das Kind ist viel zu nah an ihr, und sie sieht einfach nicht, dass das Kind vermutlich nicht hungrig ist. Er sieht wirklich gesund aus, er hat den ganzen Morgen über gegessen, also jetzt ist er einfach nicht hungrig, aber das ist ein sehr häufiges Problem, dass die Mütter das einfach nicht sehen. Das heißt, manche Situationen beginnen oft ganz harmlos, aber in kürzester Zeit dramatisiert sich das Problem, und die Mütter kommen dann in das Krankenhaus und sagen: "Ich bin einfach die falsche Mutter für das Kind. Nehmen Sie es, ich kann nicht mehr für mein Kind sorgen. Es mag mich nicht, weil es die Brust nicht mag," weil diese Gefühle natürlich sehr negativ für den Aufbau einer unterstützenden Beziehung zwischen Mutter und Kind sind. Sie sehen, er macht hier eigentlich nichts wirklich Schlimmes, aber die ganze Situation muss einfach unterbunden werden. Es muss hier einfach jemanden geben, der sagt: Hör einfach auf, versuche es in drei, vier Stunden wieder. Das macht dem Kleinen sicher nichts aus. Aber sie versucht hier wirklich immer wieder dem Kind die Brust zu geben. Das ist ein durchaus übliches und häufiger auftretendes Problem. Kinderärzte haben Tag für Tag mit diesen oder ähnlichen Problemen zu tun. Ich glaube, wir sollten dennoch diese Probleme ernst nehmen und hier wirklich kompetente Hilfe anbieten, und zwar für das Problem, das die Mütter an uns herantragen. Diese Mutter kam mit ihrem sieben Monate alten Kind ins Krankenhaus, und sagte: "ich glaube, sie entwickelt sich nicht gut, obwohl die Ärzte mir gesagt haben, dass ich mir keine Sorgen machen muss." Wir haben uns die Interaktion angesehen. Ich glaube, Sie sehen hier sehr gut, die Mutter scheint traurig zu sein. Die Mutter verbringt sämtliche Wachstunden mit dem Kind und weint dabei. Sie ist auch Opfer vieler Jahre sexuellen Missbrauchs in der Familie, körperlichen Missbrauchs, körperliche Gewalt. Nachdem sie beschlossen hat, dass sie ihr erstes Kind aufgrund ihrer sozialen Verhältnisse nicht behalten kann, hat sie beschlossen, dass sie ihr zweites Kind behalten möchte, und sie möchte dem Kind nun all das geben, was sie in ihrer Kindheit nicht bekommen hat. Eine Situation, die bei solchen Müttern sehr häufig ist, sie möchten wirklich alles kompensieren, was ihnen in der Kindheit gefehlt hat, und hier sozusagen eine Art Wiedergutmachung betreiben. Sie hat sich eingebildet, dass sie beobachtet wird. Sie hat gesagt: Ich sehe immer Augen hinter mir. Es sind die Augen meines Vaters, der mir sagt, dass ich keine gute Mutter bin. Sie konnte sehr gut darüber sprechen, und sie sagte: Ich weiß, dass das nur in meinem Kopf vorgeht. Sie hat aber auch gesagt: Ich fühle es direkt hinter mir. Sie hat gesagt, dass sie bereits acht Selbstmordversuche hinter sich hat, während der Zeit ihres Missbrauchs oder während sie missbraucht worden ist. Sie hat sehr oft darüber nachgedacht, sich umzubringen, aber sie konnte es einfach nicht tun, weil das Kind das nächste Fläschchen brauchte. Sie hatte einfach keine Zeit, sich umzubringen, weil das Kind sie braucht. Das war schon ein sehr positives, fürsorgliches Signal. Sie kam in das Krankenhaus mit einem gesunden Kind. Es gab keinerlei Probleme, weder Fütterungsstörungen noch andere Probleme, aber Sie sehen, dass die Mutter sich richtiggehend an das Kind klammert, und das Kind braucht, nicht umgekehrt. Das ist ganz typisch für Kinder

von psychisch kranken Eltern. Hier wird das Ganze eigentlich umgekehrt. Die Kinder fungieren sozusagen als Eltern für ihre Eltern. Das wird immer deutlicher, wenn die Kinder älter werden, mit zwei oder drei Jahren. Wenn die Mutter hier keine Behandlung bekommt, dann sorgen hier die Kinder auf psychiatrische Art und Weise richtiggehend für ihre Eltern, um sie hier eben nicht zu beunruhigen oder aufzuregen. Sie sehen hier eine sehr monotone Körpersprache, und das geht so eine ganze Stunde lang. Weinen, sie hält das Kind, wieder weinen. Wir haben für diese Situation eine sehr positive Lösung gefunden wie auch im Falle der Frau mit der Narkolepsie. Diese Mutter wurde gemeinsam mit ihrem Kind in einer Mutter-Kind-Abteilung untergebracht, in der sie blieb, bis das Kind zwei Jahre alt war. Das Kind ist jetzt elf Jahre alt. Im Alter von zwei wurde das Kind wirklich Mamas Liebling, der große Stolz seiner Mutter. Die Mutter konnte auch eine Ausbildung absolvieren, einen Beruf erlernen. Sie wurde Hebamme, das war immer ihr Traumberuf. Zuvor hatte sie in einem Restaurant gearbeitet. Es ist also wirklich alles sehr, sehr gut in diesem Fall ausgegangen.

Wir haben zuvor auch schon über sehr häufige Verhaltensweisen seitens des Kindes gesprochen, die aber auch oft zu Missbrauch im Kinderzimmer führen. Hier sehen Sie eine Schlafstörung, das wurde vom Vater gefilmt. Es ist Mitternacht, und das geht so acht- bis zwölfmal in einer Nacht und dauert zwischen fünf und dreißig Minuten. Das heißt, die Eltern bekommen überhaupt keinen Schlaf. Ich habe diese Leute an einem Freitag Nachmittag besucht. Der kleine Bub war hier wirklich in einer sehr guten Stimmung, sah sehr gesund aus. Die Eltern haben mir gesagt, wir haben wirklich dieses schlimme Problem. Ich habe ihnen nicht geglaubt, ich habe das nicht ernst genommen. Ich muss mich gar nicht damit auseinandersetzen, sie sollen einfach nächste Woche zu mir kommen, und ich gebe ihnen einen Termin. Aber dann haben sie mir das Video gezeigt und gemeint: Sie müssen sich dieses Video ansehen. Das ist die Schwiegermutter, die Sie hier sehen, die ebenfalls gekommen ist, um der Mutter zu helfen. Nachdem ich dieses Video gesehen hatte, habe ich sie stationär aufgenommen, denn die Mutter hat gemeint: "Ich halte es wirklich keine Nacht mehr aus, ich kann keine Handlungen wirklich steuern oder kontrollieren, das geht schon seit Monaten so." Sie sehen, dass beide Frauen wirklich sehr, sehr angestrengt versuchen, den kleinen Mann zu beruhigen. Der Vater filmt das Ganze eine halbe Stunde lang. Das heißt, alle akzeptieren das, dass das die übliche Situation im Moment ist, und alle träumen eigentlich davon, die Situation in irgendeiner Weise zu verändern. Die Mutter sagt die ganze Zeit seinen Namen, und er sagt die ganze Zeit "Geh weg, geh weg".

Sehen wir uns nun das nächste Beispiel an. Haben wir noch etwas Zeit? Wir haben ein bisschen später begonnen. Fünf Minuten noch. Gut. Das nächste Beispiel ist hier wirklich ein sehr typischer Konflikt zwischen einer Mutter und einem Zweijährigen. Das ist hier wirklich unsere größte Patientengruppe. Die meisten unserer Patienten kommen zu einem früheren Zeitpunkt. Dieser Junge ist bereits zweieinhalb Jahre alt. Das Video soll der Mutter sagen, füttern sie ihn genau so wie sie es zu Hause machen, versuchen sie hier wirklich alles genau so zu tun wie sie das auch zu Hause tun. Hier sehen Sie, dass das Kind wirklich sehr gesund ist, gut ernährt ist, es ist ein sehr kräftiger kleiner Junge. Er hat eine kräftige Stimme. Er will einfach nicht das tun, was die Mutter gerne möchte. Hier typisches Animationsverhalten der Mutter. Sie beginnt ihm Lieder vorzusingen, mit ihm herumzutanzten, sie zeigt ihm Bücher, sie versucht wirklich alles, und den Kindern gefällt das auch ganz gut, aber dann versucht die Mutter wieder ihn zu füttern, und dann beginnt alles wieder von vorne. Das sieht ja fast schon ganz amüsant aus, es ist geradezu lächerlich. Wir müssen hier wirklich sehr vorsichtig sein, diese Situation zu respektieren und das Leiden der Mutter zu respektieren, denn die Mutter leidet unter dieser Situation. Sie ist viele tausend Kilometer gefahren, um hier her zu kommen, und sie meint: "Ich muss wieder arbeiten gehen, Wer wird mein Kind füttern?" Wir haben gesagt: "Diese Situation wird sich ganz von alleine lösen. Sie können wieder zur Arbeit gehen." Sie konnte das einfach nicht akzeptieren, und sie hat gedacht, dass sie es einfach falsch gemacht hat, zwei Jahre lang.

Das ist eine andere Patientin. Sehen Sie sich einfach den kleinen Jungen an, sehen Sie ihn an. Jetzt dreht er sich um, und er lächelt seiner Mutter zu, lächelt sie an. Das ist ganz schrecklich, wirklich ganz schrecklich. Denken Sie, wie Sie sich fühlen würden, wenn Sie in der Haut der Mutter stecken. Dieses junge Mädchen ist erst fünfzehn Jahre. Sie ist sehr, sehr stolz darüber, dass sie diese Situation gelöst hat, aber sie glaubt, dass sie das jetzt vielleicht tun kann, und dass sie den kleinen Jungen füttern kann. Das heißt, sie geht zum Tisch zurück. Das ist eine sehr hübsche kleine Szene. Sie geht zurück, und das war ihr Fehler, sehen Sie. Jetzt möchte sie ein bisschen angeben. Sie möchte zeigen, dass sie es tun kann, und wieder zurück zum Anfang. Ich glaube, diese Videos zeigen uns sehr gut, dass die Sprache der Kinder, die ja nonverbal ist, eine sehr deutliche Sprache ist. Das ist ein Bub, dem ins Gesicht geschlagen worden ist. Sie sehen Hämatome im Gesicht. Das ist noch der Handabdruck der Person, die ihn geschlagen hat, aber das ist nicht der Bub, den wir uns ansehen. Das ist der Bub, auf den wir uns konzentrieren. Er ist ein Jahr alt, und er ist so schwer geschlagen worden, dass er akute Nierenprobleme hat und unter schwerer Dystrophie leidet, schwere Entwicklungsstörungen hat und hier wirklich schwere körperliche Schäden aufweist. Dieses Kind ist an

einem Abend zu uns gebracht worden. Die Mutter hat zu uns gesagt: "Sie können ihn behalten. Ich werde mit ihm nicht mehr fertig. Suchen Sie neue Eltern für ihn. Ich kann ihn nicht füttern, ich bin nicht gut genug für ihn. Ich bin ihm keine gute Mutter. Nehmen Sie ihn." Wir waren wirklich schockiert. Das passiert nicht sehr oft, er kommt nicht sehr oft vor. Das ist seine Mutter, sie sehen hier beide Eltern. Wir haben hier wirklich sehr lange Gespräche mit den Eltern geführt, und wir haben zwei Wochen lang versucht, die Mutter dazu zu bringen, ihre Entscheidung, ihr Kind wegzugeben, noch mal zu überdenken. Wir konnten einfach nicht glauben, dass das vom Krankenhaus akzeptiert wird, wenn jemand sagt, ich möchte mein Kind nicht mehr, dass das Krankenhaus einfach sagt, vielen Dank wir nehmen es. Also wir haben zwei Wochen wirklich versucht alles zu tun, um die Mutter dazu zu bewegen, ihre Entscheidung rückgängig zu machen. Sie hat gesagt, dass das Kind vom Vater geschlagen worden ist, der während der Schwangerschaft auch schon die Mutter geschlagen hat, es also sehr viel Gewalt innerhalb der Familie gibt. Sie wollte ihn weggeben, weil sie Angst hatte, dass das Kind andere Gewalttätigkeiten seitens des Vaters nicht überleben wird, der immer dann gewalttätig wurde, wenn er getrunken hatte. Das heißt, sie sagte: "Ich möchte mein Kind schützen und habe deswegen beschlossen ihn wegzugeben." Nach zwei Wochen haben wir dann aufgegeben, wir haben einfach aufgegeben zu versuchen, die Eltern zu überreden, und sie davon zu überzeugen, dass die Situation eine wirklich ernsthafte ist, aber dass wir sie bessern könnten, dass wir eine Lösung finden könnten, dass wir eine Veränderung herbeiführen könnten. Ein halbes Jahr später in der Gerichtsverhandlung stellte sich heraus, dass die Mutter das Kind geschlagen hat, dass die Mutter gewalttätig geworden ist, und sie diese Geschichte nur erzählt hatte, um sich selbst zu schützen. Sie hatte ihren Ehemann gebeten, dieselbe Geschichte zu erzählen. Bis zum heutigen Zeitpunkt wissen wir nicht, was wirklich geschehen ist. Das Kind wurde dann von einer Bauernfamilie adoptiert, und es geht ihm nun sehr gut. Es hat sich sehr gut entwickelt. Er kennt seine biologischen Eltern. Sie besuchen ihn, aber sie haben den Status von Onkel und Tante und nicht den von Eltern. Seine emotionalen Eltern sind seine neue Familie. Wir bewegen uns schon langsam auf das Ende zu.

Das kleine Mädchen aus dem nächsten Beispiel. Das war ebenfalls eine sehr dramatische Geschichte. Die Mutter ist durch künstliche Befruchtung schwanger geworden, was als Risikofaktor gilt, in Bezug auf psychologische Faktoren und dem Aufbau einer Bindung. Sie ist Bewegungstherapeutin. Das Kind schrie einfach nur, es schrie die ganze Zeit. Die Mutter konnte mit dieser Situation nicht fertig werden. Sie wurde einfach nicht damit fertig, dass die Erfüllung all ihrer Wünsche eben dieses schreiende Baby ist. Sie hat ihm die Rippen, Ärmchen und auch den Oberschenkel gebrochen, also fast alle Knochen des Kindes waren gebrochen, als es zu uns gebracht wurde. Hier sehen Sie das Kind im Alter von elf Monaten mit seiner Pflegemutter. Nach der Einweisung des Kindes mit sechs Monaten wurde es der Mutter sofort weggenommen und kam in diese Pflegefamilie, die immer wieder zu uns gekommen ist, um verschiedene Check-ups durchführen zu lassen. Hier im Alter von elf Monaten sehen wir, dass sich das Kind wirklich sehr schön entwickelt hatte, und es ihm wirklich sehr gut ging. Es gab hier keine physischen oder psychologischen Schäden oder Narben von dieser Misshandlung seitens seiner leiblichen Mutter.

Die Mutter in unserem nächsten Beispiel hat sich wirklich schrecklich gefühlt, weil das passiert ist. Sie war in psychiatrischer, stationärer Behandlung für viele Wochen und hat sich monatelang einer Psychotherapie unterzogen. Sie hat gemeint, dass ihre postpartale Psychose, die zu dieser Misshandlung geführt hat, nun vorbei ist. Ich bin gesund, es geht mir wieder gut. Ihre Ärzte haben gesagt: "Die Frau ist gesund." Sie wollte nun ihr Kind wieder haben. Das führte natürlich nun zu einem großen Konflikt zwischen den Kinderpsychologen des kleinen Mädchens und den Ärzten der Mutter, denn die Experten, die sich um das Kind gekümmert haben, sagten: "Wir können das Kind in diesem Alter nicht aus seinem sicheren Umfeld in der Pflegefamilie reißen, das wäre ein zweites Trauma für das Kind. Wir würden das Kind psychologisch gesehen vielleicht stärker traumatisieren als das erste Trauma, dass ihr im Alter von sechs Monaten zugefügt worden ist." Das war wirklich eine sehr, sehr harte Entscheidung. Die leibliche Mutter. hatte bessere Anwälte, war sozial besser gestellt, und das Gericht entschied schließlich - hier sehen Sie den Pflegevater, das ist der leibliche Vater hier. Wir haben versucht, beide Familien zusammenzubringen, um zu sehen, wie das Kind mit den einzelnen Personen interagierte, denn in der Pflegefamilie hatte sie alle zwei Wochen Kontakt mit ihren leiblichen Eltern, mit ihrer leiblichen Mutter. Das Ende der Geschichte war nun, dass das Kind im Alter von drei Jahren zu ihren leiblichen Eltern zurück ging, und es wurde vereinbart, dass der Kontakt zur Pflegefamilie nun ebenfalls zweimal pro Woche statt findet, also genau umgekehrt, wie das zuvor der Fall gewesen war. Das heißt, sie ging nun zu ihren leiblichen Eltern zurück und sah dann in regelmäßigen Abständen, also alle zwei Wochen, ihre Pflegeeltern. Ihre Pflegemutter wurde dann selbst schwanger. Es hat sich dann fast eine Freundschaft zwischen den beiden Familien eingestellt, und das Kind hat jetzt Kontakt zu beiden Familien.

Das letzte Beispiel. Ich habe als letztes Beispiel keinen so dramatischen Fall ausgewählt. Das letzte Beispiel zeigt uns eine Situation einer jungen Mutter, die aus Deutschland kam und nach Süd-Ostösterreich, also nach Graz zu uns kam, weil sie Angst hatte, etwas zu tun, was ihrem Kind schaden könnte. "Mein Kind spielt nicht mit mir, offensichtlich mag mich mein Kind nicht, und ich kann einfach nicht mehr so weiter machen. Ich kann nicht mit meinem Kind umgehen." Sie hat hier wirklich ihren Krankenhausaufenthalt von der Versicherung bezahlt bekommen, was eigentlich eine Überraschung war, weil das eigentlich nicht allgemein anerkannt wird, eine solche Situation. Aber sie hat hier ihr Missbrauchsverhalten wohl erkannt, sie wollte einfach nicht, dass es sich in Situationen manifestiert, wo sie dann die Kontrolle verliert. Wir sehen, dass die beiden wirklich eine sehr schwierige Zeit miteinander haben. Es ist nicht sehr dramatisch, es liegt hier kein Trauma vor. Das Kind schreit auch nicht, aber wir sehen, dass das Kind fast überhaupt keinen Kontakt zu seiner Mutter unterhält, und er hat überhaupt kein interaktives Spielverhalten entwickelt, das auch seine Mutter mit einbindet. Die Mutter hat auch nicht gelernt, mit dem Kind zu interagieren, es sei denn, das Kind überschreitet bestimmte Grenzen oder übertreibt es, dann gebietet sie dem Einhalt. Also jetzt gibt sie nach, sie sieht er fängt zu Schreien an, und das führt dazu, dass sie sich unzulänglich fühlt. Sie kann einfach nicht das tun, was das Baby möchte. Jetzt schlägt er hier auf die Trommel ein, und dann sehen Sie, dass er wirklich gewalttätig wird. Seine Mutter schlägt mit. Sie sehen, das Kind ist einfach gelangweilt. Er gewinnt wieder. Das ist natürlich keine gute Lösung für die nächsten Monate seiner Entwicklung, denn er macht hier ein Stadium durch, wo er wirklich klar gesetzte Grenzen braucht. Man muss hier wirklich einen Dialog aufbauen, mit dem man diese Konflikte bewältigen kann. Das heißt, es geht nicht darum, ein gewaltsames oder überhaupt kein Verhalten an den Tag zu legen. Wir haben versucht beiden beizubringen, bestimmte Signale hier wahrzunehmen, und haben ihnen gezeigt oder beigebracht, miteinander zu spielen. Ich glaube, wir haben jetzt noch einige Minuten für eine Diskussion. Das war das letzte Videobeispiel, und ich möchte hier gern meine Ausführungen beenden.
e-mail: marguerite.dunitz@klinikum-graz.at

Fragen und Kommentare

F&K: Was ist aus dem Kind geworden? Mit den Schlafstörungen?

Dunitz: Die Frage betraf das Kind mit den Schlafstörungen, das vom Vater gefilmt worden ist, und nach der weiteren Entwicklung dieses Kindes. Das Kind war allein im Krankenhaus untergebracht, wurde zwei Wochen lang stationär behandelt. Wir wollten, dass auch die Eltern bei ihm bleiben, aber sie haben abgelehnt und haben gesagt, sie brauchen einfach Zeit für sich selbst. Sie sind jeden Tag gekommen, haben ihn besucht, sind bis am Abend geblieben, aber dann sind sie nach Hause gegangen und haben zu Hause geschlafen. Die Therapie bestand aus zehn Sitzungen, Gespräch mit der Familie, die auch die Großeltern miteingebunden haben, die Eltern des Vaters, wo die Familie gewohnt hat. Wir haben über verschiedene Generationen bedingte Grenzen gesprochen und über die Vorstellungen, wie die wirkliche oder die richtige Situation aussehen sollte. In dieser Familie war dieser kleine Junge das erste Enkelkind, und es gab nichts, was ihm verweigert wurde. Das heißt, es wurden ihm überhaupt keine Grenzen gesetzt. Man hat ihm nichts abgeschlagen. Es war eine sehr kurze aber sehr intensive Therapie. Wir haben zehn Sitzungen in zwei Monaten durchgeführt, und die Situation hat sich wirklich gut entwickelt, denn sowohl die Eltern als auch die Großeltern, bei denen die Familie gewohnt hat, waren sehr kooperativ, haben hier wirklich aktiv mitgeholfen, um die Situation zu verändern. Nach zwei Nächten waren auch die Schlafstörungen verschwunden. Man konnte in dem Video auch sehr gut erkennen, dass das fast ein Schlafterror war. Der kleine Junge hat bei den Eltern geschlafen, also es gab hier viel zu viel Nähe. Es war auch zu warm. Wenn man ihn alleine in ein Bettchen gelegt hat, hat ihn das schon sehr beruhigt. In der ersten Nacht im Krankenhaus ist er vielleicht ein-, oder zweimal aufgewacht, aber er hat dieses Verhalten im Krankenhaus nicht gezeigt.