

**Mirjam Kalland (Finnland):**

**Unterstützung von Eltern-Kind-Interaktionen bei Risikofamilien  
(Supporting parent-child interaction in families at risk)**

Mirjam Kalland kommt aus Finnland. Sie ist in Finnland eine sehr anerkannte und respektierte Expertin für Interaktion, die Wechselbeziehung zwischen Kindern und Eltern. Derzeit arbeitet sie für den Verein „Safe the children“ (Rettet das Kind). Sie ist ein Mitglied des Lenkungsausschusses des finnischen Daphnepartners und hat auch sonst vielfältige Aufgaben in sozialen Entwicklungsprojekten und Zentren.

Sehr geehrte Damen und Herren!

Guten Morgen. Ich freue mich und ich fühle mich geehrt, hier in Wien bei Ihnen sein zu können. Ich werde mich in meinem Referat auf die Wechselbeziehung, die Interaktion zwischen Kindern und Eltern in Risikofamilien konzentrieren. Ich werde zwar über Intervention, therapeutisches Eingreifen im Frühstadium der Interaktion in der Familie reden, möchte aber jetzt auf einer anderen Ebene beginnen.

Es ist heutzutage ganz klar, dass wir, wenn wir Kindesmissbrauch und Kindesmisshandlung als Phänomene verstehen wollen, in einer anderen Ebene ansetzen müssen. Wir wissen, dass zwischen den distalen und den proximalen Faktoren, die für die Kindesentwicklung ausschlaggebend sind, ein dynamisches Zusammenspiel besteht. Diese Faktoren können das Risiko erhöhen oder protektiv wirken und zwar auf dem Level des Mikrosystems (Familie), des Exosystems (Gemeinde) sowie des Makrosystems (Kultur).

Auf Ebene des Makrosystems kennen wir folgende Faktoren, die Risiken verstärken können: Krieg, Wirtschaftsdepression, Ungleichheit (sowohl zwischen den Geschlechtern als auch wirtschaftlich-soziale Ungleichheit und Ungerechtigkeit), aber auch die kulturelle Akzeptanz von körperlicher Züchtigung der Kinder. Ich möchte hier ein Beispiel geben.

Wir forschen viel im Bereich der Kinder- und Müttergesundheit. Wir haben herausgefunden, dass die Gleichberechtigung der Geschlechter die beste Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung des Kindes ist. Die Kindersterblichkeitsrate ist besonders hoch in Ländern, in denen der Frauenanteil in den Parlamenten besonders niedrig ist. Die Kindersterblichkeit ist am niedrigsten, wenn viele Frauen beispielsweise im Parlament vertreten sind. Schweden und Finnland haben hier eine sehr emotionale Debatte begonnen bzw. wir haben einen gewissen Wettbewerb in diesem Bereich. Derzeit sind es in Schweden 3,4 Kinder von 1000, in Finnland 3,6. Wir sind den Schweden also ganz knapp auf den Fersen. Der Frauenanteil im Parlament verhält sich ähnlich.

Wir wissen auch, dass soziale, gesellschaftliche und wirtschaftliche Ungleichheit ein wichtiger Faktor bei der Beeinträchtigung der Kindesentwicklung ist. Wir streben daher nach sozialer, wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Gleichheit und Gerechtigkeit, da wir wissen, dass dies gut für die Kinder ist.

Wir sind uns auch bewusst, dass es in verschiedenen Ländern verschiedene kulturelle Normen gibt, insbesondere was zum Beispiel die körperliche Züchtigung, die Prügelstrafe von Kindern betrifft. In Schweden ist diese Form der Bestrafung illegal. Wenn eine Familie dies also tut, obwohl sie weiß, dass sie sich in der Illegalität bewegt, dann ist das ein Zeichen, dass mit der Familie irgendetwas nicht stimmt. In anderen Ländern ist körperliche Züchtigung legal. Es ist eine kulturelle Norm. Wir müssen also unterschiedliche Interpretationen anwenden, auch was körperliche Züchtigung betrifft.

Auf Ebene des Exosystems gibt es auch eine Anzahl von Risikofaktoren, die wir mittlerweile kennen, darunter sind Gewalt, ein gewaltgeprägtes Wohnumfeld, schlechte Schulen, schlechte Kinderbetreuungseinrichtungen, Isolation, beschränkter Zugang zu sozialen und Gesundheitseinrichtungen, eine niedrige Ebene der sozialen Sicherheit und auch schwache soziale Netzwerke; das sind alles Risikofaktoren. Wenn es um die Schutzfaktoren, um die Ausgleichsfaktoren geht, dann sind das natürlich genau die Gegenteile, die jeweiligen Gegenpole zu diesen Faktoren.

Wir wissen, dass auf der Ebene des Mikrosystems, der wichtigsten Ebene für die Kindesentwicklung, eine gewisse Reihe von Risikofaktoren auftreten können, wie z. B. Drogenmissbrauch seitens der Eltern, psychische Probleme, alleinstehende Eltern, Eltern, die erst selber Teenager sind. Es stellt auch einen Risikofaktor dar, wenn die Eltern selber während ihrer Kindheit missbraucht und vernachlässigt wurden, oder eine nicht normgerechte Bindung zwischen den Eltern oder zwischen Eltern und Kind zu beobachten ist.

Hier möchte ich einen kurzen Diskurs darüber ansetzen, wie die Bindung zwischen Eltern und Kindern unterschiedlich ist, abhängig vom Land, in dem wir uns befinden. In Finnland ist die Mutter zwischen 21 und

27 Jahren, wenn sie ihr erstes Kind bekommt. Eine Mutter, die mit achtzehn ihr erstes Kind bekommt, bricht also in Finnland gewissermaßen die soziale, die gesellschaftliche Norm. In Finnland wäre sie mit achtzehn Jahren eine junge Mutter. In anderen Ländern jedoch, wo es der gesellschaftlichen Norm entspricht, mit durchschnittlich neunzehn oder zwanzig Jahren das erste Kind zu bekommen, dort wäre dies kein Bruch der sozialen oder gesellschaftlichen Normvorstellung. Wir können also zum Beispiel Teenagermütter nicht in jedem Land mit der gleichen Perspektive belegen und mit der gleichen Perspektive betrachten.

Wir wissen auch, dass das Kind eine gewisse aktive Rolle in der Beziehung spielt. Das bedeutet natürlich nicht, dass das Kind für Misshandlungen verantwortlich ist, aber Kinder mit einem schwierigen Temperament, mit Entwicklungsproblemen oder verzögerter Entwicklung haben im Gegensatz zu einfachen ausgeglichenen Kindern ein größeres Risiko, misshandelt zu werden. Wir wissen auch, dass die Pflegeperson, selbst wenn sie sich gleich verhält, von verschiedenen Kindern verschieden wahrgenommen wird. Es sind also auch die Familienmitglieder als Individuen zu betrachten. Unterschiedliche Kinder, die in der gleichen Familie, unter gleichen Bedingungen aufwachsen, können dies ganz unterschiedlich wahrnehmen. Wir wissen auch, dass der Phänotyp des Kindes nicht dessen Genotyp ist. Wir wissen, dass das Kind gewisse Gene von seinen Eltern mitbekommen hat, aber wissen jedoch nicht im Vorhinein, welche dieser Gene sich ausdrücken werden und welche die Persönlichkeit des Kindes beeinflussen werden.

Als Forscher oder Forscherin ist es meistens recht schwierig, über Kausalitäten zu reden, die immer die gleiche Folge haben. A führt immer zu B. Dies ist ein sehr schwieriger Standpunkt. Er ist so gut wie unhaltbar. Das Gegenteil trifft zu. Die gleiche Aktion wird manchmal für unterschiedliche Kinder eine unterschiedliche Folge haben. Wir wissen auch, dass die gleiche Folge manchmal verschiedenste Ursachen haben kann. Wenn wir zum Beispiel einen Teenager haben, der Drogen missbraucht, dann wissen wir zwar, dass viele dieser Kinder aus Familien kommen, in denen sie vernachlässigt werden. Wir wissen aber auch, dass bestimmte Kinder, manche Kinder, die von ihren Eltern vernachlässigt werden, nicht zur Droge greifen. Wir müssen also auch hier eine gewisse Sensibilität walten lassen. Wenn Geschwister in verschiedenen Umgebungen aufwachsen, ist dies auch ein gewichtiger Unterscheidungsfaktor.

Weiters müssen wir beachten, dass es wichtiger ist, wie die Entwicklungsgeschichte gesehen und verarbeitet wird, als sie objektiv aussieht. Der Blickpunkt des Kindes selbst ist das, was am wichtigsten, was am ausschlaggebendsten ist. Warum sind wir also heute zusammengekommen? Weil wir wissen, dass Kindesmisshandlung ein sehr wichtiges Thema ist, weil Kindesmisshandlung für das Kind sehr ernste Folgen hat.

Wir haben eine Studie mit allen 13 000 Kindern, welche während der 90er Jahre in Finnland bei Pflegeeltern oder in Pflegeheimen untergebracht waren, organisiert, und letzten Juli publiziert. Zu unseren großen Überraschung haben wir in dieser Studie herausgefunden, dass sowohl die Mädchen als auch die Buben in dieser Gruppe eine höhere Sterblichkeit aufwiesen als dies im Durchschnitt der Bevölkerung der Fall ist. Wir haben erwartet oder hatten ursprünglich erwartet, dass besonders die Buben eine höhere Sterblichkeitsrate haben würden. Das überraschende Ergebnis war, dass besonders bei den Mädchen die Differenz zur durchschnittlichen Sterblichkeitsrate der Durchschnittsbevölkerung höher war.

Wir wissen heute mit Sicherheit, dass Kindesmisshandlung die Entwicklung des Kindes im Verhalten, im gesundheitlichen Sinn und in jeder anderen Hinsicht beeinträchtigen wird. Wir wissen, dass wir Elternkompetenzen entwickeln müssen, da misshandelte Kinder, wenn sie einmal erwachsen sind, mit höherer Wahrscheinlichkeit ihre Kinder ebenfalls misshandeln werden.

Der Kernpunkt meiner Rede hier ist jedoch Bindung, Attachement, wie es auf Englisch ausgedrückt wird. Ich möchte Ihnen einige Konzepte über Attachement, über die Bindungstheorie, präsentieren. Wir wissen, dass ein Kind eine sichere Bindung zu seinen Eltern aufbaut, wenn die Eltern sensibel sind, die Bedürfnisse des Kindes wahrnehmen und ernst nehmen, für das Kind zugänglich sind, die Signale des Kindes richtig interpretieren und auslegen und damit darauf richtig reagieren. Kinder brauchen verstehbare Eltern. Sie brauchen Eltern, bei denen sie vorhersagen können, wann sie für sie verfügbar sein werden. Das Kind hat einfach nichts davon, wenn die Eltern manchmal sensibel sind und seine Bedürfnisse wahrnehmen, manchmal aber wieder nicht. Das Kind muss die Eltern verstehen und vorhersagen können, wie sie reagieren würden.

Es steht auch bereits fest, dass Kinder mit einer sicheren Bindung sich bei ihren Eltern sicher fühlen und zu diesen Eltern fest gebunden sein werden. Solche Eltern sind sensibel gegenüber den Zeichen und den Reaktionen des Kindes. Sie reagieren prompt und korrekt darauf. Wenn wir solche Bindungen beobachten, dann finden wir zum Beispiel, dass Mütter instinktiv in einer höheren Stimme zu ihren Kindern sprechen. Sie gehen im Tonfall etwas hinauf, wenn sie mit ihrem Baby sprechen, und sie haben wieder ihre „normale“ Stimme, wenn sie mit ihrem Mann sprechen. Das sehen wir sehr oft. Solche Mütter haben auch eine ganz spezielle Grammatik im Diskurs mit ihren Kindern, „Babytalk“ wie man das nennt. Eine solche Mutter

wartet auf eine Reaktion des Kindes, und dann beantwortet sie ihre Frage selbst, spricht also sowohl für sich selbst als auch für ihr Baby, eine Art dyadische Interaktion mit dem Kind. Eine solche Mutter hat auch eine ganz besondere Mimik - Sie wissen, wie das aussieht – sie spricht mit ihren Augen, sie hebt ihre Augenbrauen an und sieht dann etwa so aus. Auch wenn Sie jetzt lachen, manchmal sieht man auch so aus, wenn man kleine Hunde oder Tierbabys ansieht. Das nennt man eben die mutterbetonte Mimik. Wenn wir so etwas beobachten, dann wissen wir, dass das Kind gut betreut wird. Ich möchte Ihnen später auch ein Video zeigen, auf dem wir das sehen können.

Wenn eine Mutter nicht sensibel ist, wie wir das in Finnland verstehen, können wir einige der folgenden Muster – in Finnland leider die zweithäufigsten – beobachten. Wenn wir bestimmte Merkmale sehen, dann wissen wir, dass ein Risiko besteht, dass das Kind vernachlässigt, manchmal leider auch missbraucht wird. Das sieht dann so aus: Die Mutter ist unzugänglich, sie steht dem Kind emotional nicht zur Verfügung, ihre Stimme ist nicht sehr stark artikuliert, nicht sehr stark intoniert, leise, sie spricht zu langsam oder zu wenig, sie spricht vor allem über sich selbst („Deine Mama ist müde“, „Deine Mama fühlt sich nicht gut“). Wir haben schon sehr viele Mütter so reden gehört. Sie versuchen über sich zu reden, konzentrieren sich auf sich anstatt eine Interaktion mit dem Kind zu betreiben. Die Mimik der Mutter ist eher spärlich, manchmal kommen langsame, verspätete oder gar keine Reaktionen auf Signale des Kindes. Es besteht das Risiko einer Vernachlässigung des Kindes im körperlichen oder emotionalen Sinn.

Die dritte Möglichkeit ist eine kontrollierende (intrusive) Beziehung zum Kind, wie wir das nennen. Ich habe zum Beispiel einen Vater gesehen, der mit Gegenständen nach seiner 2-jährigen Tochter warf, vor der Kamera. Er wusste, dass er von Leuten beobachtet wurde, die versuchten, ihm zu helfen. Das war sehr ungewöhnlich. Häufiger sehen wir verborgene, unterdrückte Feindseligkeit. Das Kind wird geneckt. Das Kind wird ausgelacht, wenn es ihm schlecht geht. Die Eltern oder der Elternteil verhalten sich in einer abrupten Art und Weise, die dem Kind Angst macht, die das Kind erschreckt. Das Risiko, das hier besteht, ist körperlicher, emotionaler oder verbaler Missbrauch des Kindes, eine Fehlbehandlung des Kindes in jedem Sinn.

Warum ist eine Beobachtung dieser verschiedenen Verhaltensweisen so wichtig? Nun, der Grund ist, dass eine Bindung auch ein repräsentationales Konstrukt ist, ein Konstrukt, das vor allem auf Darstellungen, auf Bildern, die wir konstruieren, basiert. Das Kind macht sich bestimmte Bilder von sich selbst als gutem/schlechtem, bravem/schlimmem Kind. Es macht sich auch ein bestimmtes Bild von seinem Verhalten. „Ist es erlaubt oder nicht erlaubt, sich so zu verhalten, wie es mir ergeht?“ Das Kind macht sich aber auch ein Bild von den Eltern. Sind sie verlässlich oder unverlässlich, sprunghaft und gefährlich? Ein Kind, das sensible, empfängliche, gute Eltern hat, wird auch ein gutes Bild von sich selbst bekommen, dass es ein braves Kind ist und dass es erlaubt und willkommen ist, seine wahren Gefühle zu zeigen. Es wird auch von seinen Eltern ein Bild bekommen, das empfänglichen, zur Verfügung stehenden Eltern entspricht. Ein Kind, das jedoch von seinen Eltern falsch behandelt wird, wird die Vorstellung bekommen, dass es seine eigenen Gefühle nicht zeigen darf, seine eigenen Bedürfnisse nicht ausdrücken darf, und dass es den Personen in seiner Umgebung nicht trauen kann.

Das Kind wird dieses angelernte Verhalten mitnehmen und wird diese Erfahrungen einbringen, wenn es neue Beziehungen aufbaut. Das nennen wir EWM - Eternal Working Model, also ein ewiges Arbeitsmodell. Das Kind lernt sich bestimmte Verhaltensweisen in der Kindheit an und wendet sie im laufenden, späteren Leben dauernd an.

Die Frage, die wir stellen, ist, warum wiederholen bestimmte Kinder, die in solchen risikobeladenen Umgebungen aufwachsen, diese Muster und manche nicht. Es ist wahrscheinlicher, dass diese Muster wiederholt werden. Warum kann eine Frau, die einen Vater hatte, der sie missbraucht hat, der sie geschlagen hat, der Alkoholiker war, nicht ganz einfach zu 100 Prozent einen Mann als Ehemann wählen, der nicht so ist? Warum hat sie nichts daraus gelernt? Nun, wir wissen, dass Menschen eine bestimmte Tendenz haben, sich mit Bekanntem zu umgeben. Eine Änderung des Musters bedeutet, dass man seine eigenen Vorstellungen ändern muss, dass man angelernte Verhaltensweisen anpassen muss, dass man sich ändern und zugeben muss, dass man seine Gefühle zeigen kann, und das ist ein sehr schwieriger Schritt. Jeder von uns weiß, wie schwierig es ist, sein Selbstbild und die Art zu ändern, wie man andere sieht und auf andere reagiert.

In der Bindungstheorie sehen wir also, wenn wir misshandelte Kinder behandeln, eine Bindung zu den Eltern, eine Liebesbindung zwischen den Kindern und den Eltern. Die Kinder werden also unsicher, wenn ein Elternteil oder beide Elternteile nicht verlässlich sind, nicht verstehbar für das Kind. Das Kind fühlt sich schlecht, das Kind sieht dies als eine Bedrohung. Mütter, die die Kinder missbrauchen, die die Kinder schlagen, reagieren nicht auf deren Bedürfnisse. Ein Muster, das wir immer wieder sehen.

Was sind die Folgen für therapeutisches Einschreiten, für Intervention im therapeutischen Sinn? Ich möchte hier Selma Freiberg zitieren. Sie sagt: „Mit den Eltern sehen wir uns die Vergangenheit und die Gegenwart an, um sie zu befreien und ihr Baby zu befreien von den alten Geistern, von den Geistern, die sie heimsuchen. Wir gehen vor und zurück zwischen der Vergangenheit und der Gegenwart, zwischen den Eltern und dem Kind, aber wir kommen immer am Ende zum Kind zurück.“

Das ist eine Erfahrung, die auch ich gemacht habe, in der Arbeit mit Elterngruppen, in der Diskussion mit Eltern. Es interessierte mich damals sehr, was bei diesen Menschen zu Hause los war. Dann plötzlich saß ich mit diesen Eltern und den Kindern am Boden, ich arbeitete mit ihnen, verbrachte Zeit mit ihnen und fand heraus, dass ich mich immer mehr aufs Kind konzentrierte, um herauszufinden, was in den Familien tatsächlich passierte. Warum rede ich hier über Kinder, Babys, Säuglinge im eigentlichen Sinn? Nun, wir wissen heutzutage, dass die beste Zeit für den Beginn einer Therapie, einer Intervention die Schwangerschaft oder das erste Jahr nach der Geburt ist.

Daniel Stern hat über die Konstellation zwischen Mutter und Kind Forschungen angestellt. Seiner Ansicht nach aktiviert die Erfahrung der Mutter-Werdung frühkindliche Erfahrungen der Mutter. Mütter brauchen meistens auch Hilfe und akzeptieren diese Hilfe auch. Wir wissen auch, dass Mütter oft ein Stadium durchmachen, in dem sie sich sehr große Sorgen machen, sich vor allem auf das Wohl des Kindes konzentrieren, und ihre Gedanken vor allem auf das Kind richten. Eine Studie hat gezeigt, dass die Mutter in den letzten drei Monaten der Schwangerschaft und im ersten Jahr nach der Geburt eine ganz besondere Geisteshaltung annimmt, die sie auf das Kind einstellt. Das ist auch sehr interessant zu wissen. Heutzutage wissen wir auch, dass die direkte Beobachtung in der natürlichen Situation uns eine Möglichkeit gibt, die Interaktion zwischen Mutter und Kind unmittelbar zu beobachten. Wir erkennen sichere Bindungsbeziehungen, wenn wir Mutter und Kind zusammen sehen. Die wirkliche Intervention, das therapeutische Einschreiten, wird den Eltern neue Möglichkeiten, neue Ideen, Konzepte und Verhaltensweisen mitgeben, ihnen neue Instrumente auf den Weg geben, indem man ihnen durch den Therapeuten positive Wertschätzung und Aufmerksamkeit zukommen lässt. Ich bin davon überzeugt, dass jeder Experte heute zustimmt, wenn ich sage, dass die meisten dieser Eltern auch konkrete Hilfe brauchen, zum Beispiel: dem Arzt zu schreiben, wenn das Kind krank ist, ein Buch über Kinderernährung, oder mit den Kindern ein Schwimmbad zu besuchen. Es gelingt uns vielleicht nicht, die internen Bilder, die Vorstellungen der Eltern während einer kurzen Therapiedauer zu ändern, doch wir wissen, dass wir sehr wohl die Ebene ändern können, auf der Kinder und Eltern interagieren. Auch wenn Eltern weiterhin eine unsichere Bindungsbeziehung zu ihren Kindern und zu anderen Menschen haben, werden sie trotzdem nach der therapeutischen Intervention die Möglichkeit haben, eine sichere Bindung von ihren Kindern zu ihnen zuzulassen. Wenn wir oder sie selbst ihr Verhalten also ändern, dann können ihre Kinder eine sichere Beziehung aufbauen, auch wenn die Beziehung von der Elternseite her noch unsicher ist. Wir haben auch herausgefunden, dass kurzfristige oder nur kurze Zeit dauernde Interventionen am effizientesten, am wirksamsten in solchen Fällen sind. Es geht also vor allem darum, dass wir durch therapeutische Intervention die Rolle der Eltern und die Effizienz der Elternrolle beeinflussen können, und dass wir so die Bindung und die Beziehung zwischen Eltern und Kindern beeinflussen können, wie in diesem Modell gezeigt wird.

Was machen wir also in der konkreten Arbeit mit der Familie? In meinem Fall gehen wir mit der Familie heim, in ihr Zuhause. Wir brauchen normalerweise viel Zeit. Während der ersten Besuche bleiben wir zwei oder drei Stunden bei der Familie, regelmäßig ein- bis zweimal pro Woche, je nachdem wie viel Zeit die Familie braucht. Zunächst wird beobachtet. Wir sind ganz einfach dort und beobachten. Denn bevor wir gesehen haben, was überhaupt passiert, wissen wir nicht, wo wir ansetzen können.

Der zweite Schritt ist mit den Eltern zusammenzuarbeiten, eine Zusammenarbeitsbasis zu formen. Wir müssen also den Eltern Vertrauen entgegenbringen, eine Vertrauensbasis aufbauen, und wir müssen uns den Eltern als verlässliche Partner zur Verfügung stellen, damit sie uns auch vertrauen können. Der dritte Schritt in der ersten Interventionsphase ist das Herausstreichen positiver elterlicher Verhaltensweisen, positiver Reaktionen auf das Kind. Es hilft nicht, Leuten ganz einfach zu sagen, dass sie gute Eltern sind, dass sie natürlich wie alle anderen Eltern ihre Kinder lieben, sondern wir müssen konkrete Dinge herausstreichen, z. B. „Schauen Sie, Sie haben so einen schönen Augenkontakt zu ihrem Kind hergestellt, bevor Sie begonnen haben, es zu füttern. Sehen Sie, Ihr Kind hat Sie ganz genau angesehen.“ Konkrete Dinge müssen unterstrichen werden. Ich habe bemerkt, dass besonders Väter in dieser Stufe der Arbeit, Videoaufnahmen sehr hilfreich finden. Väter sehen sich die Videos dann an; nachdem sie vor allem nonverbal mit ihren Babys interagieren, sehen sie: „Ah, habe ich das wirklich gesagt, habe ich mich wirklich so verhalten?“ Es ist sehr interessant, die Väter reagieren zu sehen. Versuchen wir den Übergang zu negativen Verhaltensweisen, zu negativen Reaktionen zu schaffen. Wir sagen zum Beispiel in einem zweiten Schritt zu den Eltern: „Ja, ich weiß, Sie wollten dies und dies, Sie haben das und das beabsichtigt, doch Sie haben es falsch umgesetzt.“

Diese Stufe kann jedoch erst einsetzen, wenn wir bereits eine gute Vertrauensbasis mit den Eltern etabliert haben.

Danach, wenn dies erfolgreich erledigt werden konnte, kommt die reflektive, die reflexive Phase. Wir denken darüber nach, was wir gesehen haben, was passiert ist. Wir binden die Eltern ein und versuchen, einen Rückfall zu verhindern. Wir versuchen nicht, weitere Krisen zu verhindern und die Familie vor Krisen zu schützen, da Krisen unvermeidbar sind. Wir versuchen, die Eltern in die Lage zu versetzen, mit diesen Krisen umzugehen und sie erfolgreich zu lösen. Eine Mutter hat mir zum Beispiel gesagt: „Vor einem Jahr wäre ich mit dieser Situation nicht zurecht gekommen. Heute weiß ich, dass ich diese Situation bewältigen kann.“ Dann weiß ich, dass wir erfolgreich behandelt, das wir erfolgreich interveniert haben.

Wir können in den Familien die Behandlung nicht abrupt beginnen bzw. abrupt absetzen. Als es Probleme in einer Familie gab, setzten wir die Behandlung den ganzen Herbst hindurch fort. Jetzt sind wir so verblieben, dass wir uns einmal monatlich treffen, wenn es ein Problem gibt, auch öfter sehen können. Jetzt hat sich die Situation bereits so gebessert, dass die Eltern möglicherweise gar keine Therapie mehr brauchen, aber sie sind sich selbst noch nicht so ganz sicher. Es wird vielleicht im Herbst einen Nachbesuch geben, aber es ist wichtig, die Behandlung nicht abrupt abzubrechen. Die Eltern müssen sich sicher sein, dass sie jemanden haben, an den sie sich wenden können, an den sie sich immer wenden können, wenn es ein Problem gibt. Dieser Aspekt ist auch besonders zur Vermeidung von Rückfällen wichtig. Die Eltern müssen Strategien haben, auf die sie zurückgreifen können, wenn es zu einer Krise kommt, wenn ein Rückfall droht. Sie müssen mit uns reden können, und wir müssen uns wirklich sicher sein, wann wir die Therapie beenden können.

Jetzt möchte ich Ihnen gerne ein kurzes Video zeigen und kurz über nicht zugängliches Verhalten sprechen. Sie werden eine Mutter sehen, die direkt aus dem Krankenhaus nach der Geburt ihres Kindes zu uns in die ALMA-Klinik - ein neues Zentrum für Eltern und Kinder in Helsinki - gekommen ist. (Wir haben die Erlaubnis der Mutter dieses Band in Wien zu zeigen.) Sie hat hier mit einem Therapeuten gearbeitet, der für sie persönlich zuständig war. Hier sehen Sie den Beginn der Behandlung, als das Kind zwei Wochen alt war. Das war die Situation, als die Mutter in unsere Klinik kam: Sie bewegte sich nicht, sie sagte nichts und sie reagierte auch nicht auf das Weinen des Kindes. Jetzt schläft das Kind gerade, aber es gab auch keine Änderung in ihrem Verhalten, wenn das Baby weinte. Als ich das Video zum ersten Mal sah, hatte ich hier sehr starke Gefühle. Ich kann Ihnen jetzt den Zeitpunkt zeigen, als das Kind schon einige Monate alt war. Die Mutter hat mit einem Therapeuten gearbeitet, und auch der Vater wurde in die Behandlung miteinbezogen. Sie sehen, dass das Kind gut genährt ist. Es sieht auch nicht wie ein vernachlässigtes Kind aus. Die Mutter spricht mit einer sehr leisen Stimme, aber sie spricht mit dem Kind. Das heißt, es hat hier doch einige bedeutende Veränderungen gegeben. Wenn wir der Mutter zu Beginn vielleicht 0 Punkte gegeben hätten, befänden wir uns jetzt beinahe schon in einem Stadium der perfekten Mutterschaft. Sie hat wirklich große Fortschritte gemacht. Das ist ein laufender Prozess.

Jetzt möchte ich Ihnen ganz kurz etwas über die ALMA-Klinik erzählen. Das Ziel oder die Funktionsweise der ALMA-Klinik ist, dass ein Kind, wenn es ein Problem gibt, direkt vom Krankenhaus oder der Adoptionsbehörde an die Klinik überwiesen wird. Die Therapien finden dann vor allem zu Hause bei der Familie statt. Wir müssen das Kind beobachten, wenn es schläft, wenn es aufwacht, wenn es gefüttert wird und wenn es dann wieder schlafen gelegt wird. Dadurch können wir sehen, wie sich die Eltern zu Hause dem Kind gegenüber verhalten, das ja auch das Zuhause und die Lebensumgebung des Kindes ist. Der Vater wird in die Arbeit miteinbezogen. In einigen Fällen, in denen wir keinen Erfolg hatten, war das meistens darauf zurückzuführen, dass wir den Vater nicht miteinbezogen haben, meist aus dem einfachen Grund, weil die Mutter dem Vater nicht gesagt hat, dass ein Therapeut nach Hause kommt, und der Vater einfach nichts von dem Ganzen gewusst hat. In diesen Fällen waren die optimalen Rahmenbedingungen gegeben, jetzt bestehen wir darauf, dass der Vater bei unserem ersten Besuch anwesend ist. Wenn der Vater nicht immer anwesend sein kann, ist das auch kein Problem, aber er sollte doch in regelmäßigen Abständen dabei sein.

Der Therapeut sammelt von Anfang an Daten. Wir nennen das den Pflegeindex, und zwar gilt der für beide Elternteile, betrifft also die Interaktion zwischen Mutter und Kind und die Interaktion zwischen Vater und Kind. Dann haben wir auch noch ein Arbeitsmodell für die Gespräche, um zu sehen, wie eben die Eltern zum Kind stehen, wie sie über das Kind denken usw. Das Krankenhaus, zum Beispiel das städtische Krankenhaus von Helsinki, das dieses Kind an uns überwiesen hat, bekommt dann ein Feedback vom Therapeuten, der das Kind zurück in das Krankenhaus gebracht hat. Dann findet eine Sitzung mit dem Krankenhauspersonal statt, in der über die Fortschritte informiert wird; das Personal sieht, dass wir durchaus kompetent bei der Erkennung der Probleme sind, und dass es selber die Probleme auch kompetent erkannt hat. Man kann jedoch nicht sagen, was passiert wäre, wenn die Familie keine Hilfe erhalten hätte.

Dann haben wir noch ein Projekt, das wir das Swing-Projekt oder das Schockprojekten nennen. Hier geht es vor allem um Kinder mit Entwicklungsstörungen, aber sehr oft hat es in der Familie ein doppeltes Risiko, eine doppelte Gefährdung, auch ein Risiko psychologischer Natur gegeben. Diese Intervention läuft meistens drei Jahre lang ab. Für manche Familien ist es ausreichend, manche Familien benötigen aber eine längere Therapie. Wir nennen den Ansatz eine interaktive Entwicklungshilfe oder Entwicklungsunterstützung. Wir beschäftigen uns hier mit der Entwicklung des Kindes von der Geburt bis zum Alter von drei Jahren und unterstützen die Entwicklung des Kindes. Wir haben hier die Bindungstheorie und Forschungen in der Aktion zwischen Eltern und Kind zugrunde gelegt. In die Pilotphase waren vier Spitäler inkludiert. Heute sieht die Situation so aus, dass sämtliche großen Krankenhäuser in Finnland diese Methode anwenden. Und ich habe auch bereits über diese Methode publiziert, aber bis jetzt nur in Finnisch. Es wird Ihnen wahrscheinlich nicht sehr viel weiterhelfen, aber ich werde in Kürze dazu auch auf Englisch publizieren. Ein Projekt beschäftigt sich mit Pflegekindern, und zwar mit Kindern, die in einer langfristigen Pflegefamilie oder Pflegeinstitution untergebracht sind, aber vor allem mit den Familien, bei denen die Wahrscheinlichkeit, dass sie das Kind zurückbekommen, sehr gering ist. Familien mit Drogenmissbrauch, Problemen, wo keine Aussicht auf eine Besserung gegeben ist. Wir stellen auch hier einen Pflegeindex mit beiden Elternteilen, in diesen Fällen mit den Pflegeeltern, auf. Wir sprechen auch mit den biologischen Eltern, wenn das möglich ist. Nach einem Jahr sehen wir uns die Veränderungen in der Interaktion innerhalb der Pflegefamilie an. Wir beobachten auch Depressionen, den Stress, der auf den Eltern lastet, Stress, der auf der Ehe lastet. Das ist für Pflegeeltern natürlich eine sehr große Aufgabe, sich um das Kind zu kümmern, aber auch manchmal mit den gewalttätigen biologischen Eltern des Kindes zu tun zu haben. Das heißt, wir wollen hier allen diesen Parteien, eben den Pflegeeltern, den biologischen Eltern und natürlich auch den Kindern, Hilfe und Unterstützung bieten. Sehr oft werden die biologischen Eltern alleingelassen, wenn ihnen das Kind weggenommen worden ist. Wie reagieren sie darauf? Sie bekommen einfach ein weiteres Kind. Das ist so eine Art Teufelskreis, dem kein Einhalt geboten werden kann, wenn wir nicht auch mit den biologischen Eltern arbeiten.

Und schließlich was die Ausbildung der Therapeuten betrifft, wie sollte diese aussehen? Wir schulen die Therapeuten durch die Beobachtung der Interaktion zwischen Eltern und Kindern, wir beobachten die Kinder nach dem Modell von Tavistoc, erstellen den Pflegeindex oder auch eine frühe Beurteilung der Beziehungen. Vielleicht haben Sie schon von diesem Pflegeindex gehört. Dann erfolgt eine Schulung, was die Entwicklungsstadien des Kindes betrifft, vor allem die Phase von der Geburt bis zum dritten Lebensjahr, dann in der Unterstützung der Interaktion zwischen Eltern und Kind. Eine gute Supervision ist ebenfalls sehr, sehr wichtig. Eine weitere sehr wesentliche Komponente ist, dass die MitarbeiterInnen über Empathie verfügen und den Eltern wirklich bedingungslose Wertschätzung und positive Aufmerksamkeit entgegenbringen können. Das ist noch wichtiger als die ursprüngliche Ausbildung; es ist kein so ausschlaggebender Faktor, ob sie Krankenschwestern oder Psychotherapeuten sind, oder welche Ausbildung sie immer genossen haben. Der Schwerpunkt muss auf dem Kind und den Bedürfnissen des Kindes liegen. Vielen Dank.

e-mail: Mirjam.Kalland@pela.fi

### **Fragen und Kommentare**

F & K: Ich glaube, der wirtschaftliche Aspekt ist auch sehr wichtig. Wir haben hier ein sehr gutes System in Finnland. Die finnische Lotteriegesellschaft oder Spielautomatengesellschaft spendet ihre Einnahmen oder widmet ihre Einnahmen für soziale Zwecke und verschiedene NGOs, also nicht staatliche Organisationen, spenden uns ebenfalls Gelder. Das Swing-Projekt wurde auf diese Weise finanziert. Wenn ein solcher Prozess einmal ins Laufen gebracht worden ist, dann kann er auch nicht wieder gestoppt werden. Das heißt, alle diese Krankenhäuser, die dieses Projekt umsetzen, machen das mit kommunalen Geldern, aber sehr oft werden solche Projekte zu Beginn einmal mit Geldern von nicht staatlichen Organisationen umgesetzt. Auch die ALMA-Klinik funktioniert nach diesem Prinzip. Es gab vier Organisationen, die die Projekte finanziert haben. Ich glaube, in einigen Jahren werden wir wirtschaftlich unabhängig sein, denn die Stadt Helsinki nimmt bereits ein Großmaß an Hilfe für ihre Kinder in Anspruch, also ich glaube, das funktioniert ganz gut.

F & K: Gibt es Daten darüber oder Daten über die Beziehung zwischen postpartaler Depression und den Problemen zwischen Mutter und Kind in Finnland und bei Ihrer Arbeit?

Kalland: Es gibt sehr viele Mütter mit postpartalen Depressionen, und wir haben verschiedene Projekte und Unterstützungsstrategien für Depressionen. Wir nennen das den Babyblues. Zum

Beispiel die Mutter aus unserem Videobeispiel: Sie litt unter Depressionen, aber es gab hier keine klinische Diagnose oder auch keine Vorgeschichte irgendwelcher mentaler Krankheiten. Das heißt, es tritt schon auf oder es kommt bereits vor, dass das Baby der Auslösefaktor für diese Depression ist. Das heißt, dass solch ein unzugängliches Verhalten sehr oft bei depressiven Müttern auftritt aber auch bei manisch depressiven Müttern, auch da sehen wir unzugängliches Verhalten gekoppelt mit intuitivem Vorgehen, was vielleicht noch schlechter ist.

F & K: Ich möchte Sie bitten, die gesetzlichen Grundlagen dieser Therapien zu beschreiben. Mich würde interessieren, ob es notwendig ist, dass die Familien um diese Art der Behandlung ansuchen, oder ob Sie einfach diese Behandlung durchführen können, ohne darum ersucht zu werden.

Kalland: Nein, es kommt schon auf die Bereitschaft der Familie an. Das heißt, das ist eine Voraussetzung, dass die Familie die Hilfe annimmt, nur diesen Familien kann geholfen werden. Ich glaube, das ist nicht so sehr eine gesetzliche Frage als eine psychologische Frage, aber keine Familie hat die Hilfe, die wir ihr angeboten haben, zB in dem Swing-Projekt, abgelehnt. Wir haben früher so gearbeitet, dass bei Frühgeburten automatisch ein Therapeut eingeschaltet wurde. Man hat natürlich die Möglichkeit abzulehnen, aber es hat eigentlich noch niemand gemacht.

F & K: Mein Name ist Birgit Appelt, ich bin von „Women against violence Europe“, einer nicht staatlichen Organisation, und ich möchte gerne wissen, wie Sie mit Gewalt in der Familie umgehen, bzw. ob Sie Gewalt gegen Mütter in Ihre Behandlung miteinbeziehen?

Kalland: Jeder Bürger in Finnland muss natürlich das finnische Gesetz akzeptieren. Gewalt gegen Frauen, gegen Kinder ist einfach ungesetzlich und wird nicht toleriert. Das heißt, es ist nicht so sehr eine Frage, die sich nur auf die Familie bezieht, sondern es ist ein Delikt, das von Amtswegen angeklagt wird, also ein Exoffiziodelikt. Das heißt, hier kann der Staatsanwalt eingeschaltet werden, selbst wenn die Mutter nicht möchte, dass Anzeige erhoben wird, können die Gerichte eingeschaltet werden. Das heißt, es ist kein Thema, das sich nur auf die Familie bezieht, das ist ein gesellschaftliches Anliegen, ein gesellschaftliches Thema. Es ist einfach nicht akzeptabel. Die Strategien sind hier ganz unterschiedlich. Es ist sehr schwierig, hier nur kurz darüber Auskunft zu geben, aber man muss der Familie klar machen, dass es einfach nicht tolerierbar ist, dass es nicht toleriert werden kann. Wir bemühen uns, den Mitgliedern der Familie dabei zu helfen oder ihnen klar zu machen, dass man hier nicht mit körperlicher Gewalt gegen die anderen Mitglieder der Familie vorgehen kann. Das heißt sehr oft, wenn ein Ehemann gewalttätig gegenüber seiner Frau ist, beginnt die Frau in der Folge gewalttätig gegenüber den Kindern zu sein. Ich glaube, man muss hier von ganz unten beginnen, den Müttern mitteilen, dass es einfach ungesetzlich ist, dass ihr Ehemann sie einfach nicht schlagen darf. Wenn man das den Müttern sagt, dann erlebt man oft diese Reaktion: „Ist das wirklich der Fall?“ Das heißt, es braucht eine gewisse Zeit. Es gibt auch Zufluchtstätten für Mütter, also verschiedene Strategien.

F & K: Wie hoch ist der Prozentsatz der Familien aus niederen sozialen Schichten, die zu Ihnen kommen, und nehmen diese Familien Ihre Hilfe an oder lehnen sie sie ab?

Kalland: Wir sehen diese Probleme bei der Interaktion wirklich in allen sozialen Schichten. Das heißt, es kommt nicht nur in den unteren Schichten vor, es gibt sie ebenso in der Oberschicht. Es gibt auch häusliche Gewalt in allen sozialen Schichten in Finnland, aber wenn wir uns die Therapien ansehen, dann ist hier wirklich ein sehr hoher Prozentsatz aus der Unterschicht vertreten. Wenn wir versuchen, diese Partnerschaft, diese Arbeitspartnerschaft aufzubauen, dann stoßen wir nur auf sehr geringe Ablehnung. Wenn das der Fall ist, dann meistens, weil der Vater einfach nicht wollte und er die Behandlung abgelehnt hat, oder weil es geheimgehalten wurde. Die Mutter hat es dem Vater nicht gesagt, weil sie vor irgendetwas Angst gehabt hat.

F & K: Ich würde gern mehr über Gewalt in der Familie wissen. Wo beginnt die Gewalt in Finnland, denn häusliche Gewalt, Gewalt in der Familie, ist auch in Italien verboten, also aber wo beginnt diese in Finnland, und wo sind Ihre diesbezüglichen Bezugsgrößen. Was können Sie tun, um hier wirklich eine Sensibilisierung zu erzielen?

Kalland: Ich bin mir bewusst, dass wir nicht genug über häusliche Gewalt wissen. Es gibt hier einige Untersuchungen, die sagen, dass jede fünfte Frau in Finnland bereits von verbaler oder körperlicher Gewalt in der Familie betroffen war. Grundsätzlich muss eine Frau mehr als 20-mal

zusammengeschlagen werden, bevor sie freiwillig Hilfe in Anspruch nimmt, mehr als 20-mal!. Das heißt, die Frauen werden oft von der Polizei an uns überwiesen, oder von Sozialarbeitern, aber die Frau kann natürlich auch selbst zu uns kommen, um Hilfe in Anspruch zu nehmen. Aber natürlich gibt es ein großes Maß an vielleicht nicht so stark ausgeprägter Gewalt, von der wir überhaupt nichts wissen. Der Idealfall wäre natürlich, sich um die ganze Familie zu kümmern. Wenn der Ehemann sehr gewalttätig ist, dann kann ein Wegweiserecht in Anspruch genommen werden, das heißt, er kann aus der Familie weggewiesen werden. Es gibt diese Möglichkeit natürlich auch in Schweden. Das sind die selben Prinzipien. Das heißt, es gibt Gesetze, eben dieses Wegweisegesetz, die den Ehemann aus der Familie entfernen. Auch was Alkohol- und Drogenmissbrauch betrifft, gibt es institutionelle Pflege für die gesamte Familie, auch bei minderjährigen Müttern.