Zeitschrift: Publikationen der Arbeitsgruppe für Kriminologie

Herausgeber: Schweizerisches Nationalkomitee für geistige Gesundheit ; Arbeitsgruppe für Kriminologie

Band: - (1985)

Artikel: Psychosomatische und kriminogene Auswirkungen bei psychischer Kindesmisshandlung

Autor: Ammon, Alice V.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1051015

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 14.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Psychosomatische und kriminogene Auswirkungen bei psychischer Kindesmisshandlung

Alice V. Ammon
Psychologin, Jugendanwaltschaft des Kantons Solothurn, Apfelseestr. 76, 4143 Dornach

Ein 15jähriger Bub bricht in Tränen aus und weint schliesslich bitterlich während der berufsberaterischen Abklärung. Auf die Bemerkung: "Du bist recht verzweifelt", kommt die kurze Antwort: "allerdings". Kaum zwei Minuten später gibt sich dieser Bub wieder zufrieden, lustig, offen für die berufsberaterischen Fragen; gegenüber Fragen im Zusammenhang mit dem vorausgegangenen Weinen bleibt er verschlossen.

Ein 12jähriges Mädchen weigert sich plötzlich beim Coiffeur, die Haare schneiden zu lassen, obwohl es sich selbst eine andere Frisur wünschte. Der Coiffeur und die Mutter sind ungeduldig. Der Coiffeur schneidet schliesslich die Haare nach Anweisung der Mutter, das Mädchen tobt, weint schliesslich, und zu Hause angelangt, wird es wegen zunehmender Beunruhigung mit Tabletten der Mutter beschwichtigt. Am darauffolgenden Tag geht es nicht zur Schule, nimmt eine Überdosis Tabletten und kommt per Ambulanz ins Spital. Dort entlässt man das Kind noch am selben Tag; nach einem sehr kurzen Gespräch mit Arzt, Mutter und Vater. In der Folge lernt das Mädchen in der Region noch etliche Spitäler kennen, stets wegen ähnlicher Ursache, und erst nach zahlreichen Einweisungen bemüht sich drei Jahre später eine Beobachtungsstation um die Probleme des Mädchens.

Ein Vater begleitet seinen 9jährigen Sohn auf die Jugendberatungsstelle. Er erwartet Ratschläge für die Erziehung seines Sohnes. Dort bricht er in Anwesenheit des Kindes in Tränen aus und der Bub reagiert beschämt und schweigend. Der Vater holt sich keine Ratschläge mehr. Der Neunjährige nimmt stets mehr Distanz zu seinem alleinerziehenden Vater und sucht sich ein starkes Vaterbild. Er misst sich mit den um einige

Jahre älteren Burschen und beginnt im Alter von 11 Jahren mit kleineren Diebstählen und später mit Entwendungen von Mofas zum Gebrauch.

Ein 7jähriges Kind wird zum Arzt begleitet. Bei der Untersuchung zuckt das Kind wiederholt zusammen. Die Mutter schimpft, der Arzt beschwichtigt. Eine Untersuchung wird auf einen zweiten Arztbesuch verschoben. Sie erfolgt nie, weil Mutter und Kind von der Konsultation fernbleiben.

Zwei Geschwister fahren Tram. Ganz unerwartet steigt kurz vor der Abfahrt das grössere aus. Das kleine, noch nicht realisierend, dass es allein im Tram bleibt, ist ruhig. Obwohl das Tram wegfährt, zeigt das Kind kein Verlassenheitsgefühl; es schweigt. Es schweigt aber auch, als die Leute versuchen, auf das Kind einzugehen und nach seiner Wohnadresse zu fragen. Über die Polizei und einen Arzt wird das Kind in eine Kinderklinik eingewiesen und nach einigen Tagen nach Hause geholt.

Keines dieser fünf Kinder ist nach einer relativ kurzen Zeitspanne noch sichtbar auffällig. Kein unmittelbar involvierter Mensch hat das plötzliche Weinen oder Schweigen und Verharren als Anlass genommen, um sich näher mit einem Kind und seinen Eltern zu befassen. Nach diesen Vorfällen erleben die mit den Kindern im Kontakt stehenden Personen nichts Auffälliges und sehen auch keinen Anlass, dem einen oder andern Kind Hilfe leisten zu müssen.

Und doch kann in jedem einzelnen Fall ein solches Verhalten eine nur gerade diesem Kind eigene Ausdrucksweise sein, um seine lange oder kurze, aber intensive Leidensgeschichte nach aussen bekanntzugeben. Wenn dieses Signal von der Umwelt nicht wahrgenommen wird, nicht wahrgenommen werden kann, ist möglicherweise der Appell für lange Zeit wieder verblasst, verschwunden. Ein kleiner Teil der möglichen Signale an die Mitmenschen wird aufgefangen und davon wird wiederum nur ein kleiner Anteil verstanden und als seelischer Notschrei interpretiert.

Auffälliges Reagieren, wie z.B. "laut ausrufen", "um sich schlagen", "Gegenstände herumwerfen", hat eine grosse Chance,

registriert zu werden – wenngleich auch diese Ausdrucksweise oft bereits als unbewusst erzwungener Hilferuf bezeichnet werden müsste – Menschen in Aktion zu bringen, die Aufmerksamkeit des Hilfesuchenden auf sich lenken zu lassen und Hilfe zu bekommen. Selbst dann, wenn spontan nicht jedesmal die adäquate Hilfe auf Anhieb kommt.

Auffälliges Schweigen, scheinbar nicht zu reagieren, wortlos zu bleiben, – in der Natur kennen wir eine ähnliche Reaktion, den Totstellreflex – löst wesentlich weniger Aufmerksamkeiten auf sich. Wir sind nicht geübt, auf nicht verbale Zeichen und Signale einzugehen. Das bedeutet, dass zahlreiche nicht ausgesprochene Zeichen nicht interpretiert werden und folglich stumme Reaktionen auf seelischen Schmerz und Schock wenig Chancen haben, als Ausdruck ihrer Interpreten zu finden.

Je mehr unbeachtete Signale ausgesendet worden sind, desto grösser wird die Wahrscheinlichkeit des Verdrängens der erlebten Notlage, meist bis in die Erwachsenenjahre, nicht selten bis ins 3. und 4. Lebensjahrzehnt. Verdrängte Sorgen sind, das wissen wir aus vielfältiger eigener und beruflicher Erfahrung, nicht etwa geringfügigere Sorgen und schon gar nicht den Träger schonende und beschützende Erlebnisse. Zahlreiche Krankheiten, auch Unfälle und Fehlverhalten, sind die Folge von nicht verarbeiteten Erlebnissen. Erlebtes Unverstandensein in der Kindheit durch die Eltern, andere Erziehungsbeauftragte, im Kindergarten, in der Schule, später am Lehrort, ist gravierend, weil es ausgelöst wird durch unmittelbare Bezugspersonen, folglich durch den Verlust an Vertrauen in diese. Dieses Unverstandensein kann Verursacher von langwierigen Krankheitssymptomen sein. Es beginnt damit nicht selten die Odyssee von Arzt zu Arzt, von Klinik zu Klinik.

Der Patient bringt meist sehr lange seine Symptome nicht in einen direkten Zusammenhang mit erlebtem Unverständnis für sein eigenes So-Sein und seinem aktuellen Gesundheitsproblem. Er sucht sehr lange nach für ihn äusseren Gründen und nach Hilfsmöglichkeiten, ohne die erlebten Stressituationen nachvollziehen zu können. Ohne einen langwierigen Leidensdruck wird selten ein Patient, der möglicherweise nicht

als Patient, sondern als Aussenseiter der Gesellschaft empfunden wird, die Ursache seines Krankseins, seines Ausgestossenseins wahrnehmen und angehen können. Er wäre auf Hinweise durch den behandelnden Arzt, den Sozialarbeiter, den Psychologen und Psychotherapeuten angewiesen. Diese benötigen jedoch durch längere Beobachtung und/oder durch die Anamnese Merkmale zur sinngemässen Erfassung und Interpretation der Ursache. Wenn nun eben der Patient und die behandelnde Fachperson sich ausschweigen, nicht aus Wortkargheit, sondern aus mangelnder Sensibilität für diese Erlebnissphäre, folgen meist langjährige Misserfolge. Für den Patienten meist entmutigende Erfahrungen. Sie haben ausserdem zur Folge, dass das seit der Kindheit eingeübte Fehlverhalten im Umgang mit dem Partner und den Kindern bereits an die nächste Generation weitergegeben wird.

Um die *nicht artikulierte Sprache* des Patienten, des sozial nicht angepassten jungen Menschen zu verstehen, benötigen wir ein besonderes Sensorium, ein Feingefühl, ein Hinlauschen, ein Mitschwingen, um die unausgesprochenen Situationen, kompliziert ausgedrückten Erlebnisse, verworrenen Begebenheiten richtig interpretieren zu können. Diese Wahrnehmung muss wertfrei und uneigennützig sein. Sie hat zwei Faktoren zu berücksichtigen, den zeitlichen und den persönlichen, innerfamiliären.

Im Bereich von Misshandlungen ist der *zeitliche Aspekt* von Wichtigkeit: gesellschaftliche, geografische, politische, sprachliche Momente spielen subjektiv eine unwesentliche, objektiv für den Interpreten der erlebten Misshandlungen eine wesentliche Bedeutung. Überhaupt zählen für den an den Folgen von Misshandlungen Leidenden ausschliesslich die subjektiven und nie die äusseren Begebenheiten eine Rolle. Erst im Prozess der *Problem-Verarbeitung* können objektive Erklärungen (damaliger Zeitdruck, Scheidung der Eltern, Krankheit oder Todesfall in der Familie, etc.) zum erleichternden Verständnis beitragen. Die viel früher erlebte Dramatik findet ihren Niederschlag in Hemmungen, Lebensangst, Leistungsreduktion, Depressionen, im Sich-ungeliebt-Fühlen. Es handelt sich dabei primär um die *Auswirkungen von psychischen Misshandlungen,* sekundär von physischen.

Öfters erfahren wir in destruktiven, aggressiven Phasen im Jugendalter, manchmal auch in aggressiven Verhaltensweisen bei Erwachsenen, Auswirkungen von kindlichen Gewalt-Erlebnissen im Elternhaus und im weiteren Milieu der Kindheits- und Jugendjahre. Daraus lernen wir, wie sehr selbst erlebte Gewalt in angewandte Gewalt in 1 – 3 folgenden Dezennien ausgelebt wird; meist entgegen dem eigentlichen Wunsch der Betroffenen. Zwangsmechanismen, neurotische Zwangshandlungen schleichen sich ein und wirken sich in nicht erwarteten Momenten aus.

Versuchen wir einmal nachzuvollziehen, was die psychotherapeutische Behandlung aufdecken konnte: eine Angstneurose in Wechselwirkung mit Lähmungserscheinungen in Armen und Beinen, bedingt durch eine sexuelle Aufdringlichkeit – im juristischen Fachbereich, wäre diese Beziehung damals entdeckt worden, eine inzestuöse Vergewaltigung an einem 12jährigen Mädchen durch seinen Vater –, vorerst vom Mädchen als väterliche Liebkosung erlebt, später als Zwang und Terror, weil mit der Zärtlichkeit gleichzeitig Verbote und Drohungen seitens des Vaters an sein Töchterchen ausgesprochen wurden. Es waren Selbstmorddrohungen vom Vater und Drohungen, das Kind dann nicht mehr zu lieben. Das Mädchen wurde ungefähr ein Jahr nach den Intimbeziehungen mit dem Vater kränklich, schwach, vom Arzt als gesund diagnostiziert und dennoch beinahe vollumfänglich leistungsunfähig. Es schlich sich aus dem Elternhaus, litt an Schlafstörungen, erlebte sich schulisch als Versager, kam in die Hilfsklasse und wurde gleichzeitig von der Familie abgelehnt. Die Intimbeziehungen blieben bestehen und scheinbar blieben die Zärtlichkeiten zwischen Vater und Tochter unauffällig. Das Mädchen wurde zusehends mehr verwöhnt und – verwahrlost. Zwar absolvierte es noch eine Anlehre in einem Verkaufsgeschäft. Aus Angst, den Vater zu verlieren, entzog es sich gegen eigenen Wunsch einer Freundschaft mit einem Burschen. Mit 18 Jahren kam es zu einer Schwangerschaft. Die Angst vor dem Vaterverlust und gleichzeitig vor der Bestrafung zwang die Tochter zu einer unwahren Aussage: Sie behauptete, ihr Vater sei auch der Vater ihres Kindes. Der Vater, schuldbewusst, beging in der Nacht der Geburt dieses Kindchens Selbstmord. Die junge Mutter

lernte daraus, keine engen Beziehungen mit Männern einzugehen, sie "erstarrte" bei jeder persönlichen Begegnung mit einem jungen Mann und musste wegen katatonie-ähnlichen Zuständen in die Psychiatrie eingewiesen werden. Nach der Entlassung blieb die Arbeitsunfähigkeit, sie litt nach ihren eigenen Aussagen unter der Beziehungsarmut zum eigenen Kind. Um unangenehmen und zwangshaften Erlebnissen auszuweichen, kam sie zusehends mehr in ein politoxikomanes Suchtverhalten und verwahrloste.
Zwischen einem extrem erlebnisarmen Leben in der Psychiatrie und einem Aussenseiter-Dasein ohne eigene Wohnmöglichkeit und ohne Beziehung zu ihrem Kind leidet sie unter dem schwindenden Selbstwertgefühl. Die mit 12 Jahren eingegangene intime Beziehung mit ihrem Vater und das ständige Leben mit der Angst führte sie in eine Pseudodebilität und verhinderte eine psychotherapeutische Betreuung im offenen Rahmen. Eingewiesen in eine Klinik oder in ein Heim setzen bald die depressiv-anmutenden, katatonie-ähnlichen Verhaltensweisen wieder ein. Sie wechseln sich ab mit euphorischen Phasen, während denen sie sich im Milieu aufhält.

Der Sohn einer alleinlebenden, geschiedenen Mutter erlebt wiederholt den Wechsel von Partnern seiner Mutter. Manchmal ist er erfreut darüber, oft aber erbost und traurig. Er spürt seine Macht, durch sein Verhalten die Freundschaften seiner Mutter zu manipulieren. Die Mutter entscheidet sich immer wieder für ihn. Einer dieser Partner lässt sich nicht so leicht zurückdrängen, er lässt es auf einen Machtkampf ankommen. Mit Erfolg. Es kommt zur Bildung einer neuen Ehe. Der inzwischen 9jährige Bub fühlt sich zu neuen Varianten herausgefordert, er entdeckt vermehrte Beachtung in kranken Tagen. Der Hausarzt und die Fachärzte erkennen die Ursachen für die hohen Fieberschübe nicht. Es kommt zu diffusen, scheinbar wechselnden Krankheitsbildern. Eine längerdauernde Hospitalisation bringt keine Besserung. Das mehrheitlich bettlägerige Leben während der Pubertät prägt die ganze Zukunft. Der Sohn kommt nicht zur gewünschten und allseitig erhofften Berufsausbildung.

Beide jungen Leute sind als Kinder nach ihren späteren Ausführungen nie durch körperliche Gewalt erzogen worden, sie kannten beide keine Schläge im Elternhaus. Ihre Erziehung und Begleitung war, äusserlich betrachtet, angepasst. Die Konflikte der Eltern wurden zur extremen psychischen Belastung und wirkten lebenshemmend und krankmachend.

Bei der jetzt knapp 30jährigen Frau setzt langsam, sehr langsam die Erkenntnis ein, um den Zusammenhang zwischen ihren kindlichen Erlebnissen und der schliesslich als Hysterie diagnostizierten Krankheit zu verstehen. Damit kann eine Verbesserung ihrer Lebensqualität erreicht werden. Eine Heilung zu erwarten, wäre eine Illusion. Die rund 18 Jahre ihres Leidensweges werden sie durch ihr Leben begleiten und können durch die bestmögliche Therapie nicht ungeschehen gemacht werden.

Wir erleben sehr deutlich, wie Fehlverhalten von Generation zu Generation weitergegeben werden. Die sich unterschiedlich auswirkenden Faktoren und sichtbar werdenden Symptome sind eine Frage der Individualität des betroffenen Menschen. Je früher diese prophylaktisch und pädagogisch-therapeutisch angegangen werden, desto grösser ist die Chance der Unterbrechung von einer Kette von Fehlverhalten, von Zwangsmechanismen und Abbruch der psychogenen Reaktionen auf die nächste Generation.

Noch müssen wir grosse Bemühungen unternehmen, um betroffene Kinder und Erwachsene, aktiv und passiv Misshandelnde wahzunehmen, zu erreichen, im Gespräch und in der Therapie.

Es gibt keinen aktiven Misshandelnden, wenn es nicht auch einen passiv verhaltenden Handlungspartner gibt. Beide brauchen Hilfe, brauchen Verständnis und Enttabuisierung. Zahlreiche Patienten mit psychosomatischen Krankheiten bedürfen vermehrter psychotherapeutischer Hilfen, benötigen materielle Entlastung durch Übernahme der Therapien durch die Krankenkassen, aber vor allem auch die Einsicht des Therapeuten in die Spätfolgen der im Kindesalter erlittenen seelischen Leiden durch Unverstandensein und Nichtakzeptanz ihres damaligen So-Seins.

Vor allem aber müssen wir erreichen, in Volksschulen vermehrte Beachtung für die Aussenseiter zu wecken, an Arbeitsplätzen für zeitweise oder chronische Leistungsabfälle, psychische Disharmonien Verständnis aufzubringen, an Zivilgerichten vermehrt bei den Fragen über die Kinderzuteilung Fachleute zu Worte kommen zu lassen, aber auch auf ihre Wahrnehmung und Empfehlung einzugehen und Gelder für die unverstandenen und oft über lange Zeit leidenden Kinder aufzubringen, damit ihnen die notwendige Therapie zukommen kann. Es dürften keine Konventionalscheidungen mit Prestigebedürfnissen der scheidenen Ehepartner zu ungunsten der Kinder mehr erfolgen, ohne das Wohl der Kinder über den Tag des Scheidungsurteils hinaus umfassend zu berücksichtigen. Im öffentlichen Leben müssen vermehrte Anstrengungen unternommen werden, um auf die schwächeren und ausdrucksärmeren Menschen Rücksicht zu nehmen.

Das muss bedeuten, an Ausbildungszentren, an Fachschulen, an Universitäten, in Kaderkursen in der Industrie und in Staatsbetrieben, in Elternbildungskursen, an Weiterbildungsprogrammen von Fachleuten, bei Ärzten, Sozialarbeitern, Psychologen, Polizisten, Lehrern usw. Sensibilisierungskurse zum ordentlichen Angebot zu machen. Gewecktes Verständnis für diese menschlichen Probleme bedeutet gleichzeitig auch Enttabuisierung der Kindesmisshandlung und der Respektierung der menschlichen Würde und das Wohl des Kindes.