

Kinder als Opfer von körperlicher und sexueller Gewalt

Autor(en): **Eggler, Madeleine**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Kriminologie / Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie
SAK = Criminologie / Groupe Suisse de Criminologie GSC =
Criminologia / Gruppo Svizzero di Criminologia GSC**

Band (Jahr): **26 (2009)**

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1051405>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Kinder als Opfer von körperlicher und sexueller Gewalt

MADELEINE EGGLER

*Dr. med., Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie FMH;
Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Bern; Stv. Chefärztin/Stv.
Direktorin.*

Zusammenfassung

Nach Aufzeigen der Unterschiede im Erleben der beiden Formen von Gewalt wird eingegangen auf die aktuell gebräuchlichen Definitionen der Folgen von Kindsmisshandlungen unter Berücksichtigung der verschiedenen Altersstufen. Es wird darauf hingewiesen, dass je nach vorhandenen protektiven oder Risikofaktoren ein Kind nicht, mehr oder weniger traumatisiert werden kann und dass die erwachsenen Bezugspersonen mit ihrem eigenen Erleben und ihren Bewältigungsstrategien diesbezüglich eine grosse Rolle spielen. Daraus folgen die möglichen Vorgehensweisen und Massnahmen.

1. Unterschiede im Erleben der beiden Formen von Gewalt

Physische Misshandlung

- Mädchen und Buben sind gleichermassen betroffen
- Die Gewalt wird meist von einer erziehenden Person ausgeübt
- Die Tat geschieht meist in Überforderung und spontan
- Das Kind kann schreien
- In der Familie ist die Gewaltanwendung meist offen bekannt
- Die Gewalt hinterlässt oft sichtbare Spuren
- Dem Kind wird das Erlebte geglaubt
- Das Kind kann das Erlebte benennen, hat Worte dafür
- Die Täter und Täterinnen zeigen oft Reue und sind bereit, ihr Verhalten zu ändern

- Die Gewalt ist offensichtlich für das Kind, die Gefühle zum Erlebten sind eindeutig

Sexuelle Misshandlung

- Es sind deutlich mehr Mädchen als Buben betroffen
- Die Gewalt wird meist von Männern ausgeübt
- Die sexuelle Ausbeutung ist geplant, organisiert
- Die Gewalt findet leise, versteckt, lautlos statt
- Die Misshandlung ist vor den Angehörigen meist geheim
- Es gibt meist keine sichtbaren Spuren
- Dem Kind wird oft nicht geglaubt oder es wird der Verführung beschuldigt
- Das Kind hat oft keine Worte, um das Erlebte beschreiben zu können
- Die Täter zeigen meist keine Reue und bestreiten die Tat, bezichtigen das Kind der Lüge
- Bei innerfamiliärer sexueller Gewalt wird das betroffene Kind oft den anderen vorgezogen und beschenkt im Alltag
- Die Übergriffe werden oft als besondere Zuneigung deklariert und bringen das Kind in ein Chaos der Gefühle

Diese Unterschiede gilt es zu bedenken, wenn wir nach Hinweisen auf und nach den Folgen von Misshandlungen suchen, wenn wir mit den betroffenen Kindern reden, sei es im Zusammenhang mit der Ermittlung oder im diagnostisch-therapeutischen Kontext.

Nicht vergessen sollten wir die Kinder und Jugendlichen, die zwar nicht selbst Opfer von sexueller und/oder körperlicher Gewalt sind, jedoch in ihrem Umfeld Zeugen solcher Taten sind. Es wird oft unterschätzt, welche mehr oder weniger starken Folgen diese potenziell traumatisierenden Erlebnisse auf die Kinder haben. Ich begrüße es deshalb sehr, dass von der Polizei neuerdings vielerorts automatisch Meldung gemacht wird an die zuständige Vormundschaftsbehörde, wenn sie einen Einsatz haben wegen häuslicher Gewalt. Selbstverständlich erwarte ich dann von den Behörden auch, dass sie die mögliche Gefährdung dieser betroffenen Kinder und Jugendlichen prüft und entsprechende Massnahmen in die Wege leitet.

Sind nun alle diese Kinder traumatisiert und somit behandlungsbedürftig?

2. Folgen von Gewalterlebnissen

Definitionen der Traumafolgen:

Fischer und Riedesser¹ definieren Trauma als „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, welches mit dem Gefühl der Hilflosigkeit und schutzlosen Preisgabe einher geht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“.

Das Trauma wird gesehen als Angriff auf die gesamte biologische, psychische und soziale Existenz, der schon beim Säugling zu einer dauerhaften Funktionsstörung nicht nur im intrapsychischen und interpersonellen Bereich, sondern auch auf der körperlich-neurobiologischen Ebene führen kann.

Die Symptome, die ein misshandeltes Kind entwickeln kann, hängen beispielsweise ab vom individuellen Entwicklungsstand des Kindes, von der Art des Traumas (einmalig/mehrmalig über längere Zeit), von vorbestehenden Störungen, von den individuellen Risikofaktoren und Ressourcen des Kindes und der Familie, aber auch davon, ob der Täter aus dem innerfamiliären Kreis stammt oder ob er keine Bezugsperson des Kindes ist.

Terr unterscheidet zwei Trauma-Typen.

Beim Typ I oder Schocktrauma ist von einem einmaligen Ereignis die Rede, es wird meist detailliert, eventuell jedoch verzerrt erinnert. Das Kind findet oft magische Erklärungen, wenn es die Zusammenhänge noch nicht erkennen kann (beispielsweise, wenn man schläft, dann stirbt man...nachdem jemand im Schlaf gestorben ist). Ältere Kinder suchen und finden Erklärungen, sie machen oft Schuldzuweisungen (an die Eltern, sich selbst, andere).

Das Typ II oder komplexeres, längeres traumatisches Geschehen, führt oft zu Verleugnung und emotionaler Anästhesie. Wir finden bei diesen Kindern dissoziative Zustände bis zur Selbsthypnose als Schutzstrategie. Die häufigste emotionale Folge ist extreme Distanzierung, andauernder Ärger und Wut sind häufig anzutreffen nach schwerer regelmässiger Misshandlung. Diese Affekte können sich abwechseln mit Passivität und Abstumpfung, können sich gegen die eigene Person richten und dann zu Selbstverletzung und Suizid führen. Typisch bei diesem Typ

¹ Gottfried Fischer & Peter Riedesser (1998), Lehrbuch der Psychotraumatologie, S. 79, Ernst Reinhardt Verlag München Basel.

II Trauma ist, dass die Kinder nach Wegen suchen, wie sie die traumatischen Ereignisse hätten verhindern können respektive sie in Zukunft vermeiden könnten und dass sie sich schuldig fühlen.

Bei der sexuellen Misshandlung, die ja meist durch dem Kind bekannte Personen – Bezugspersonen ausgeübt wird, kommen einige besondere Aspekte hinzu. Meist wird die Beziehung des Kindes zu dieser Person missbraucht in einer dem Kind nicht verständlichen, nicht bekannten Art, zu der es wegen seinem Entwicklungsstand keine Zustimmung geben kann. Dem Kind wird aber vermittelt, dass es diesen Kontakt auch will und genießt. Die meisten sexuellen Misshandlungen geschehen ohne körperliche Gewaltanwendung und sehr viele Kinder haben sexuelle Lustgefühle, die sie dann zusätzlich verwirren und schuldig fühlen lassen. Zudem wird dem Kind meist auf subtile, psychologisch geschickte Form vermittelt, dass die besondere Beziehung geheim bleiben muss. Trotzdem erlebt es natürlich, dass es in einer ungleichen Beziehung ist, die ihm keine Wahl und keinen Einfluss lässt. Bei der innerfamiliären sexuellen Ausbeutung kommt noch dazu, dass insbesondere ältere Kinder schliesslich sehr genau wissen, welche Folgen es haben könnte, wenn sie darüber mit Drittpersonen reden würden. Viele Kinder und Jugendliche treffen deshalb aus Gründen der Schonung der Familie die Entscheidung, niemandem davon zu erzählen.

In der Psychiatrie unterscheiden wir nach dem internationalen **Klassifikationssystem ICD-10** die akute traumatische Reaktion und die posttraumatischen Störungen neben vorübergehenden Anpassungsstörungen.

Die akute traumatische Reaktion sehen wir hauptsächlich nach einmaligen traumatischen Ereignissen. Die **akute Belastungsstörung** ist mindestens zu Beginn eine normale Reaktion auf ein bedrohliches Erlebnis und ist in der Regel vorübergehend. Wie bei den Erwachsenen finden wir eine Flucht-Kampf-Reaktion mit erhöhter muskulärer Spannung, verstärkter Atmung und gesteigerter Herzaktivität, mit Ausschüttung der bekannten Stresshormone (Adrenalin, Cortison, Serotonin und Endorphin), mit erhöhter Aufmerksamkeit nach aussen (Überwachung, sog. monitoring) und nach innen (Abstumpfung, sog. blunting), und mit verminderter Emotionalität, Emotionsstupor, Dissoziation (Wegtreten). Im Bereich der Kinder und Jugendlichen ist es ausserordentlich wichtig, wie die erwachsenen Bezugspersonen die Situation bewerten und bewältigen. Je besser sie damit umgehen können, umso besser kann auch das Kind ein solches Ereignis bewältigen.

Die Zeichen der **posttraumatischen Belastungsstörung** treten nach mindestens 4 Wochen auf. Die Kinder und Jugendlichen zeigen wie die Erwachsenen körperliche Übererregung. Das für Erwachsene bekannte Wiedererleben des Traumas mit sog. Flashbacks finden wir bei den Kindern je nach dem Entwicklungsstand in unterschiedlichen Erscheinungsformen als intrusive Erinnerungen, Alpträume oder im traumatischen Spiel. Wie die Erwachsenen kann es zu Verhalten kommen mit Vermeiden von Umständen, die der Belastung ähnlich sind oder mit ihr im Zusammenhang stehen. Es finden sich Einschränkungen in der allgemeinen Reagibilität, dissoziative Phänomene, Emotionslosigkeit, „numbing“. Neben dem allgemein erhöhten Erregungsniveau und erhöhter psychischer Sensitivität mit Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit oder Wutausbrüchen, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz und erhöhter Schreckhaftigkeit finden wir viele neue Ängste und ein Zurückfallen in alte Verhaltensweisen im Sinne einer Regression (Wiederauftreten von Bettnässen, Babysprache, Daumenlutschen, etc).

Die Kinder entwickeln Sensibilisierungen und Überempfindlichkeiten, sodass sie auf relativ unbedeutende Reize immer stärker ansprechen. Dies kann zu Affektdysregulationen führen, sie ängstlich, aggressiv und hyperaktiv machen.

Man geht heute davon aus, dass die Entwicklung des zentralen Nervensystems durch Traumatisierung in einer kritischen Phase beim Kind und Jugendlichen gestört werden kann.

Grosses Gewicht ist darauf zu legen, dass durch traumatisierende Erlebnisse und deren Verarbeitung bei den Kindern Entwicklungskräfte gebunden werden im Bemühen, sich der traumatischen Situation anzupassen beziehungsweise diese psychisch und oft auch körperlich zu überleben. Kindheitstraumata können eine Vielzahl von Entwicklungsverläufen, Symptomen und Diagnosen im späteren Leben nach sich ziehen.

Altersspezifische Reaktionen auf traumatisierende Erfahrungen

Vorschulalter bis ca. 2. Klasse:

- Hilflosigkeit und Passivität
- Generalisierte Angst
- Kognitive Verwirrung
- Fehlende Verbalisierung
- Schlafstörungen
- Ängstliche Bindungen
- Regressive Symptome
- Ängste in Verminderung mit „Nichtverstehen“ der Ereignisse
- Zuschreibung von magischen Qualitäten
- Traumatisches Spiel

3.-ca. 6 Klasse:

- Gedanken zu eigenem Verhalten während Ereignis, thematisch Verantwortung und Schuld
- Spezifische Ängste
- Traumatisches Spiel und Erzählen
- Angst vor Überwältigung durch eigene Gefühle
- Schlafstörungen
- Sorge um Sicherheit von sich und andern
- Verhaltensänderung
- Körperliche Beschwerden
- Schonung von Eltern, Familie, Ermittlungsbeamten, Therapeuten, etc.

Jugendliche:

- Absonderung, Scham- und Schuldgefühle
- Bewusste eigene Ängste, eigene Verwundbarkeit, Angst abnormal zu sein oder als solches gesehen zu werden
- Traumatisches Agieren (Drogen, Delinquenz, sexuelle Handlungen), Reinszenierung
- Veränderte Beziehungsgestaltung
- Rachewünsche und -pläne
- Veränderung der Lebenseinstellung
- Vorzeitiger Eintritt in Erwachsenenalter

Mädchen und Jungen reagieren unterschiedlich auf Traumatisierungen. Mädchen neigen eher dazu ihre Aggression gegen sich selbst zu richten mit Depressionen, Suizidalität, selbstverletzendem Verhalten, Somatisierungen (körperliche Symptome). Jungen richten ihre Aggression eher nach aussen mit Drogenmissbrauch, Gewalt, Kriminalität, Entwicklung von radikalen Ideen, etc. Selbstverständlich ist das eine Angabe der Häufigkeit und es kann auch umgekehrt sein im Einzelfall.

Alle diese genannten Folgen können auch auftreten bei Zeugen von Gewalt, die selbst nicht direkt Opfer sind. Leider sind sie beim Opferhilfegesetz meines Wissens nicht eingeschlossen.

Schliesslich möchte ich noch aufmerksam machen auf etwas spezielle mögliche Folgen von innerfamiliärer Gewalt. Es kann nämlich zu einer Hierarchieumkehr kommen, in der die Kinder in die Rolle der Eltern geraten, entweder um sie zu schützen (jene die Gewalt erleben müssen und sich in Hilflosigkeit nicht wehren können) oder indem sie über die geschwächten Eltern Macht ausüben (indem sie ihre Hilflosigkeit nicht ertragen können oder ausnützen resp. bei sexuellen Übergriffen genau wissen, dass eine Anzeige schlimme Folgen haben könnte für den Täter und die ganze Familie). Trotzdem aber müssen diese Kinder erleben, dass sie den Eltern nicht helfen können, ihre Hilflosigkeit miterleben und mitleiden müssen bei den beschützenden Kindern oder sie werden im sozialen Umfeld zunehmend ausgegrenzt im Fall, dass sie sich auch ausserhalb der Familie zu mächtig fühlen und benehmen.

Zusammengefasst müssen wir deshalb sehr vorsichtig sein bei der Beurteilung eines Kindes oder Jugendlichen ausschliesslich nach seinem Verhalten und seinen Symptomen. Es kann – wie es gut vorstellbar ist – eine traumatische Störung leicht übersehen werden. Die Diagnose einer traumatischen Störung ist bei Kindern sehr komplex und kann leicht mit andern psychischen Störungen oder Entwicklungsstörungen verwechselt werden. Nicht alle hyperaktiven Kinder mit Verhaltensstörungen haben einfach ein ADHD (eine Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung) und brauchen zur Anpassung an unsere Gesellschaft einfach Ritalin!

3. Protektive und Risikofaktoren

Nicht alle Kinder, die traumatisierende Erfahrungen machen, entwickeln eine psychische oder Entwicklungsstörung. Es ist möglich, dass wir ein

Kind treffen, das schlimme Misshandlungen erlebt hat und das psychisch und körperlich gesund ist.

Schepker² hat schon 1997 in seinem Artikel über die posttraumatischen Belastungsstörungen im Kindesalter – „Diagnose, Verlaufsprädiktoren und therapeutische Strategien“ geschrieben, dass die Güte der elterlichen Versorgung und die An- oder Abwesenheit von einer posttraumatischen Störung bei den Eltern den stärksten Prädiktorwert für das Outcome des Kindes nach einem Jahr und nach zwei Jahren hat.

Riedesser nennt folgende Faktoren, die vor der Entwicklung einer posttraumatischen Störung schützen können:

- Eine dauerhafte gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson
- Aufwachsen in einer Grossfamilie mit kompensatorischen Beziehungen zu den Grosseltern und entsprechender Entlastung der Mutter (der Hauptbezugsperson)
- Ein gutes Ersatzmilieu nach frühem Mutterverlust
- Überdurchschnittliche Intelligenz
- Ein robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament
- Sicheres Bindungsverhalten
- Soziale Förderung, zum Beispiel durch Jugendgruppen, Schule oder Kirche
- Eine geringe Risikogesamtbelastung

Daneben nennt er aber auch entsprechende Risikofaktoren:

- Alleinerziehende Mutter
- Autoritäres väterliches Verhalten
- Verlust der Mutter
- Häufig wechselnde frühe Beziehungen
- Sexueller und/oder aggressiver Missbrauch
- Schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen
- Altersabstand zum nächsten Geschwister von unter 18 Monaten
- Uneheliche Geburt
- Jungen sind allgemein vulnerabler als Mädchen

² Schepker, R. (1997) Posttraumatische Belastungsstörungen im Kindesalter – Diagnose, Verlaufsprädiktoren und therapeutische Strategien. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychther* 1997 Mar; 25 (1): 46-56.

4. Umgang mit Kindern als Opfer von Gewalt

Es ist unabdingbar, stets von mehreren Hypothesen auszugehen, also das Kind/Jugendliche könnte etwas Traumatisierendes erlebt haben bis zu es könnte nichts Traumatisierendes erlebt haben; das Kind könnte gesund sein, es könnte traumatisiert sein. Ausserdem ist es wichtig zu wissen, dass man nicht sehen kann, ob ein Kind traumatisiert ist und schon gar nicht, ob es etwas Traumatisierendes erlebt hat. Also ist eine möglichst neutrale Haltung angebracht. Wir müssen hauptsächlich so wenig suggestiv wie möglich aktiv zuhören, was das Kind zu erzählen hat und wenn immer möglich keine direkten und suggestiven Fragen stellen. Dies gilt sowohl in der Ermittlung als auch in der Behandlung, Begleitung, Beratung.

Je nach Störung und Persönlichkeit kann das Kind beim Befrager oder Untersucher folgendes auslösen:

- Mitleid
- Sich unter Druck fühlen – Achtung „Erfolgsdruck“
- Uns ärgerlich machen
- Uns zweifeln lassen
- Usw. usw.

Die kann unter anderem damit zusammenhängen, dass es seine eigenen psychischen Zustände auf uns „überträgt“. Wenn wir solche Gefühle und Reaktionen an uns bemerken, müssen wir unbedingt versuchen, diese zwar festzustellen, aber dann von ihnen wieder Abstand zu gewinnen, da sie unser Verhalten dem Kind gegenüber sowohl in der Ermittlung (suggestives Fragen) wie auch in der Untersuchung und Beratung beeinflussen (unerlaubte Allianzen). Es empfiehlt sich, sich mit Fachkollegen darüber auszutauschen.

Wir müssen darauf achten, dass das Kind nicht unter Druck gesetzt wird, sei es aus dem Begehren, die Ermittlung voranzutreiben oder um Erfolg in der Beratung und Therapie zu haben. Insbesondere in Anbetracht der Tatsache, dass diese Kinder Grenzüberschreitungen erlebt haben und uns Erwachsenen gegenüber oftmals zu Recht sehr skeptisch und misstrauisch sich verhalten, muss uns zu einem sehr professionellen Handeln anleiten.

Eben so wichtig ist es, die das Kind **betreuenden Bezugspersonen** gut zu behandeln. Wir müssen uns vor Augen halten, wie sehr auch sie unter Druck stehen, dass sie das Kind nicht vor dieser Gewalt haben schützen

können, dass sie Mitleid haben mit dem Kind, dass sie den Traum vom gesunden unversehrten Kind begraben müssen, dass sie nicht wissen, wie sie sich verhalten sollen. Ich möchte noch einmal darauf hinweisen, dass der psychische Zustand der erwachsenen Bezugspersonen für die Entwicklung einer Störung beim Kind eine grosse Rolle spielen kann.

Das Kind braucht nach der erfahrenen Gewalt wieder möglichst bald einen **sicheren geschützten Alltag**. Es soll die Möglichkeit erhalten, wieder ungestört zu Schule gehen zu dürfen. Es soll auch in der Schule, im Sportclub oder anderswo wieder Kind sein dürfen und nicht von allen Leuten als Opfer geschützt und somit gestempelt werden und schon gar nicht von überall her Therapie bekommen.

Wichtig ist auch, dass man das Kind aus Erbarmen und Mitleid nicht einfach machen lässt, was es will. Dies könnte es zusätzlich schädigen und in eine wiederum sehr schwierige Position bringen, die seiner weiteren Entwicklung hinderlich ist.

5. Massnahmen

Schutz vor weiteren Misshandlungen ist selbstverständlich die wichtigste erste Massnahme. Dabei ist aber darauf zu achten, dass das Kindeswohl nicht nur unmittelbar, sondern auch mittel- und längerfristig gewährleistet werden kann.

Aus diesem Grund sind **Kinderschutzmassnahmen** immer gut zu überlegen, zu planen und nicht allein zu entscheiden. Oft genug wird eine Massnahme in der Hitze des Gefechts beschlossen und es werden dabei methodische Fehler in der Ermittlung der Vorkommnisse gemacht, die in einem späteren Zeitpunkt nicht mehr korrigiert werden können. So ist beispielsweise eine notfallmässige aber nicht professionelle Befragung eines Kindes in Gefahr, später nicht glaubhaft zu wirken wegen zu vielen suggestiven Elementen. Wenn dann ein Täter deswegen freigesprochen und bei innerfamiliärer Gewalt sogar wieder nachhause entlassen wird, dann ist das Wohl des Kindes sicher nicht mehr gewährleistet.

Dem Kind/Jugendlichen ist sodann ein **möglichst normaler Alltag** zu gewähren mit einer möglichst ihm entgegenkommenden geregelten Struktur. So sollte beispielsweise ein Kind normal zu Schule gehen können, dort entsprechend seinen aktuellen Fähigkeiten gefördert und gefordert werden und soll nicht aus Mitleid oder Ratlosigkeit verwöhnt und geschont werden oder gar von den Lehrpersonen therapeutisch betreut

werden. Dies könnte sich insofern gegenteilig auswirken, als es das Kind in seiner Opferrolle zementiert. Die Kinder müssen aber gehalten, verstanden, respektiert und geführt werden von sich ebenfalls möglichst sicher fühlenden erwachsenen Bezugspersonen. Aus diesem Grund ist es äusserst wichtig, die oft ebenfalls mehr oder weniger traumatisierten Erwachsenen gut zu betreuen.

Das Kind sollte seinem Alter und Entwicklungsstand entsprechend hinreichend über das weitere Vorgehen informiert werden. Kinder, denen das weitere Procedere unklar oder unbekannt ist, fantasieren eventuell die schlimmst möglichen Folgen für sich selbst und seine Familie.

Schliesslich sollte geprüft werden, ob die Kinder und Jugendlichen, die Opfer von sexueller und/oder körperlicher Gewalt geworden sind, eine **psychotherapeutische Behandlung** brauchen. Ich bin dezidiert der Meinung, dass ein Opfer, das Grenzüberschreitungen erlebt hat, dabei sollte mitreden können, ob es Therapie bekommt. Oft erleben wir, dass die Kinder und Jugendlichen in einer ersten Phase eine Therapie sogar vehement verneinen, beispielsweise mit der Idee, sie seien nicht verrückt oder krank, sondern hätten „nur“ schlimme Sachen erlebt. Den älteren Kindern vermitteln wir, wie mögliche Reaktionen auf Misshandlungen sein können und machen das Angebot, jederzeit wieder zu kommen. Viele können ein solches Angebot besser annehmen als eine Therapie gegen ihren Willen. Und schliesslich ist sehr darauf zu achten, dass eine Psychotherapie im Verlaufe der Ermittlung nur das Hier und Jetzt und die Zukunft bearbeitet und sich nicht mit den Erlebnissen beschäftigen sollte, da sonst die Gefahr einer suggestiven Einwirkung gross ist. Dies wiederum kann das Ermittlungsergebnis negativ beeinflussen.

Was wir Berater und Therapeuten aber tun sollten, ist, die **erwachsenen Bezugspersonen zu betreuen**. Auch sollten wir sie beraten, in welcher Weise sie mit den Kindern und Jugendlichen umgehen sollten, damit sie nicht ebenso wie die Therapeuten und Berater die Opfer suggestiv beeinflussen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Folgen von sexueller und körperlicher Gewalt bei Kindern und Jugendlichen sehr vielfältig sein können und dass im Einzelfall sehr genau abgeklärt werden muss, was der aktuelle und vorbestehende Entwicklungsstand und psychische Zustand des Kindes ist und war, und daraus folgend welche Massnahmen das Kind braucht. Sicher aber ist, dass die erwachsenen Bezugspersonen viel besser betreut werden müssen mit

Information, Beratung, Betreuung und Begleitung, da dies einerseits eine gute Ermittlung erlaubt und andererseits für die weitere Entwicklung des Kindes zentral ist. Sie sind für die langfristige Betreuung es Kindes oder Jugendlichen verantwortlich und können bei Bedarf zusätzliche Hilfe organisieren.

Literatur

- De Bellis Michael D.: Developmental traumatology: the psychological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and Psychopathology*, 13 (2001), 539-564
- Fischer G. & Riedesser P.: *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. Ernst Reinhardt, GmbH & Co, Verlag, München
- Flannery Daniel J., Singer Mark I., Wester Kelly: Violence Exposure, Psychological Trauma, and Suicide Risk in a Community Sample of Dangerously Violent Adolescents. *J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY*, 40:4, April 2001
- Garbarino James: Psychological Child Maltreatment. A developmental View. *Primary Care*. Volume 20, Number 2, June 1993
- Gurwitch Robin H., Sullivan Maureen A., Long Patricia J: The Impact of Trauma and Disaster on Young Children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, Volume 7, Number 1, January 1998
- Juen, Werth, Roner, Schönherr, Brauchle: *Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch für psychosoziale Fachkräfte*. 2004 2. Auflage. Studia Universitätsverlag, Innsbruck
- Kaufman Joan, Charney Dennis: Effects of early stress on brain structure and function: Implications for understanding the relationship between child maltreatment and depression. *Development and Psychopathology*, 13 (2001), 451-471
- Landolt Markus A.: *Psychotraumatologie des Kindesalters*. Hogrefe 2004
- Pfefferbaum Betty, Allen James R.: Stress in Children exposed to Violence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. Volume 7, Number 1. January 1998
- Remschmidt Helmut/Schmidt Martin/ Poustka Frisz (Hrsg.): *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. Hans Huber Verlag. Vierte vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2001
- Riedesser Peter: *Entwicklungspsychopathologie von Kindern mit traumatischen Erfahrungen*. Artikel München 24.1.2002. Direkt vom Verfasser.

- Shaw Jon A: Children, Adolescents and Trauma. *Psychiatric Quarterly*, Vol 71, No. 3, 2000
- Scheeringa Michael S., Zeanah Charles H., Myers Leann, Putnam Frank W.: New Findings on Alternative Criteria for PTSD in Pre-school Children. *J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY* 42:5, May 2003
- Schepker, R. (1997) Posttraumatische Belastungsstörungen im Kindesalter - Diagnose, Verlaufsprädiktoren und therapeutische Strategien. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 1997 Mar; 25 (1): 46-56
- Schwarz Eitan D., McNally Richard J., Yeh Lisa C.: The Trauma Response of Children and Adolescents. *Future Directions in Research. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. Volume 7, Number 1, January 1998
- Streek-Fischer Annette, van der Kolk Bessel A: Down will come baby, cradle and all: diagnostic and therapeutic implications of chronic trauma on child development. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000, 34:903-918
- Tauber Yvonne & van der Hal Lisheva: Transformation of perception of trauma by child survivors of the Holocaust. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 27, 157-172
- Terr Lenore C.: Childhood Traumas: An Outline and Overview. *Am J Psychiatry* 148:1, January 1991
- Van der Kolk Bessel A: Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata. *Prax. Kinderpsycho.Kinderpsychiat.* 47: 19-35 (1998)
- Wolfe David A., Scott Katreena, Wekerle Christine, Pittman Anna-Lee: Child Maltreatment: Risk of Adjustment Problems and Dating Violence in Adolescence., *J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY* 40:3, March 2001