

Zeitschrift: Publikationen der Arbeitsgruppe für Kriminologie
Herausgeber: Schweizerisches Nationalkomitee für geistige Gesundheit ;
Arbeitsgruppe für Kriminologie
Band: - (1986)

Artikel: Viktimologie in Kinderpsychiatrischer Sicht
Autor: Corboz, Robert J.
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1050932>

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: 11.01.2026

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

VIKTIMOLOGIE IN KINDERPSYCHIATRISCHER SICHT

Robert J. Corboz

1. EINLEITUNG

Die Rechte des Kindes sind ein Bestandteil der Menschenrechte und wurden vor mehr als 25 Jahren von der UNO proklamiert. Es hat sich dabei bestenfalls um eine Absichtserklärung gehandelt. Von einer weltweiten Durchsetzung der Rechte des Kindes kann heute noch nicht die Rede sein. Ein Blick in die Tageszeitungen genügt, um eindruckliche Bilder von Kindern zu sehen, die bis auf die Knochen ausgehungert sind. Alle Aufrufe zur Hilfe und zur Solidarität haben wohl eine gewisse Milderung der Not der hungerleidenden Kinder mit sich gebracht. Von einer gründlichen Lösung des brennenden Hungerproblems ist die Welt aber noch weit entfernt.

Hungernde und abgemagerte Kinder sind in der Schweiz verhältnismäßig selten anzutreffen. Doch wissen Kinderspitäler über Säuglinge und Kleinkinder zu berichten, die in einem solchen Zustand aufgenommen werden. Wie man der Tagespresse entnehmen kann, werden andere Kinder mißhandelt, mitunter von Gastarbeitereltern, aber keineswegs allein durch sie. Gleiches gilt für den sexuellen Mißbrauch. Wollte man sich ein zuverlässiges, quantitatives und qualitatives Bild der verschiedenen Formen von Kindesmißhandlungen machen, so käme theoretisch die Untersuchung einer repräsentativen Stichprobe aus der Bevölkerung in Frage. Ein solches Vorgehen ist praktisch nicht durchführbar, da solche Feldstudien auf Freiwilligkeit der miteinbezogenen Familien beruhen. Sie können auch nicht behördlich angeordnet werden. Gerade Familien, die zur Mißhandlung oder zu sexuellem Mißbrauch eines Kindes neigen, werden sich davor hüten, sich freiwillig an epidemiologischen Erhebungen zu beteiligen. Somit muß nach anderen Möglichkeiten gesucht werden, um an die kindlichen Opfer heranzukommen. Dabei geht es um die in Tab. 1 aufgezählten Tatbestände. Dazu sei einmal bemerkt, daß die Definition der kindlichen Mißhandlung in der Literatur wenig einheitlich ist. Dies erschwert, zusammen mit der unterschiedlichen Herkunft der Information die Strukturierung einer Gesamtschau über das Kind als Opfer in unserer Gesellschaft.

Die Informationen über kindliche Opfer werden hauptsächlich in den aufgelisteten Institutionen (Tab. 2) aufgefunden. In Spitälern sind vor allem körperlich mißhandelte Kinder in den ersten Lebensjahren anzutreffen. Sie werden, da sie Opfer von körperlicher Gewalt waren, vorwiegend auf chirurgischen Abteilungen

Tabelle 1: Übersicht der Mißhandlungen

1. Körperliche Mißhandlungen:	hauptsächlich übermäßige Strafen äußere und innere Verletzungen (Frakturen)
Sadistische Handlungen: Vernachlässigung:	z.B. Verbrennungen mit Zigarette ungenügende Pflege gesunder und chronisch kranker Kinder
2. Psychische Vernachlässigung und Mißhandlungen:	grausame Strafen Verweigerung der Behandlung psychischer Störungen Entführung
3. Sexueller Mißbrauch	

Tabelle 2: Forschungsquellen der Viktimologie

1. Krankenhäuser: spez. Kinderkliniken, Allgemeinspitäler (chirurgische und radiologische Abteilung)
2. Psychiatrische Institutionen (Stationen und Ambulanzen) für Kinder und Jugendliche
3. Gerichtlich-medizinische Institute
4. Erziehungsberatungsstellen und soziale Beratungsstellen
5. Vormundschaftliche Behörden
6. Strafuntersuchungsbehörden (inkl. Polizei) und Gerichte

angetroffen, wobei Röntgenuntersuchungen eine wichtige Rolle spielen. Auch allgemeine chirurgische Abteilungen nehmen solche Kinder auf, namentlich bei Verletzungen der inneren Organe, wie z.B. des Darmes, der Leber oder der Milz. Diese werden in der Regel auf ihre richtige Ursache zurückgeführt, obschon die Eltern mit großer Regelmäßigkeit unwahrscheinliche Geschichten erzählen, um den wahren Hergang zu verschleiern. Psychiatrische Institutionen, Polikliniken oder stationäre Einrichtungen behandeln in der Regel Kinder, bei denen die psychischen Folgen der Mißhandlung oder des sexuellen Mißbrauchs vorherrschen. In ihrem Krankengut kommen passive und aktive Mißhandlungen besonders häufig vor, weshalb in allen Fällen von kindlicher Ablehnung und Vernachlässigung stets auch an die Möglichkeit einer Mißhandlung zu denken ist.

Gerichtsmedizinische Institute (TRUBE-BECKER) haben ihren Schwerpunkt bei den schlimmsten Mißhandlungen, die zum Tode des Kindes führen. Beim

Infantizid ist allerdings zu unterscheiden zwischen der bewußten und gewollten Tötung eines Kindes und der Inkaufnahme eines tödlichen Ausgangs bei einer schweren physischen Mißhandlung. Soziale Stellen für Erziehungsberatung oder Jugendfürsorge sind ebenfalls in engem Kontakt mit Opfern und deren Familien.

Schließlich verfügen die gerichtlichen Instanzen über ein entsprechendes Aktenmaterial, welches wissenschaftlich ausgewertet werden kann (z.B. SCHOENFELDER, 1967; MAETZSCH u.a.).

Zuletzt möchten wir die Hausärzte erwähnen, Allgemeinpraktiker, Kinderärzte, die verhältnismäßig häufig als Erste eine Kindesmißhandlung feststellen. Für sie stellt sich die Frage des Kindsschutzes und der Verhütung der Wiederholung von Rezidiven. Mißhandlungsverdächtige Kinder werden entweder in eine Klinik oder in eine kinderpsychiatrische Institution eingewiesen. Die Einleitung von zivilrechtlichen Maßnahmen geschieht in der Regel über Jugendfürsorgestellen, da viele Ärzte bei der Auslösung einer Strafuntersuchung in schwere Konflikte mit ihrer Ethik gelangen. Das Problem des ärztlichen Verhaltens beim Verdacht auf kindliche Mißhandlung ist 1983 von McPHERSON und GARCIA untersucht worden. Es hat sich dabei herausgestellt, daß die Ärzte vor allem dann mit einer Strafuntersuchung zögern, wenn ihnen die Eltern aus früheren Behandlungen gut bekannt sind, also wenn eine Beziehung zwischen dem Arzt und der Familie besteht. In diesem Zusammenhang ist natürlich auch an die Folgen einer unzutreffenden Verdächtigung der Eltern zu denken, die ihnen einen schweren Schaden zufügen und zudem eine Zusammenarbeit mit dem betreffenden Arzt voraussichtlich für immer verunmöglichen würde. Dagegen sind die Meldungen der praktizierenden Ärzte nicht von der sozialen Klasse der Familien abhängig. Wenn Kinder als Opfer in der sozialen Unterschicht überproportional vertreten sind, läßt sich dies nicht auf die Meldepraxis der Hausärzte zurückführen.

Wie viele Autoren bestätigen (SCHMITT u. KEMPE, DESCHAMPS et al., KULLMER et al.), wird es aufgrund der bestehenden wissenschaftlichen Literatur kaum möglich sein, die wirkliche Zahl der kindlichen Opfer mit Bestimmtheit zu erfassen. Die Schätzungen schwanken in einem erheblichen Maß, so soll es jährlich in Frankreich 40-50 000 kindliche Opfer geben (DESCHAMPS et al.). Für die BRD wird die Inzidenz mit 140 000 bis 300 000 jährlich (REMSCHMIDT) angegeben. In den USA sollen 3,5 % aller Eltern bei einer Zufallsstichprobe ihre Kinder mißhandeln.

In diesem Referat sollen kindliche Opfer von strafbaren Handlungen vor allem aus der Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters beleuchtet werden. Allerdings ist eine Verallgemeinerung dieser Erfahrungen nur mit der gebotenen Vorsicht vorzunehmen, da kinderpsychiatrische Erkenntnisse zur Psychologie und Psychopathologie des Opfers Bilder vermitteln, die wahrscheinlich nur für einen Teil der Gesamtheit der Opfer gelten.

2. MISSHANDLUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

2.1.

Mißhandlungen von Säuglingen und Kleinkindern werden von Kinderpsychiatern am häufigsten im Rahmen einer konsiliarischen Tätigkeit an einer Kinderklinik gesehen. Es fällt dabei auf, daß gewisse Kinder besonders häufig mißhandelt werden. Hier ist allerdings auf die Tatsache hinzuweisen, daß die Mißhandlung nicht nur aus der Sicht des Kindes betrachtet werden kann, sondern daß die Eltern und andere Täter immer einzubeziehen sind. Denn die Kindsmißhandlung ist vor allem ein Zeichen einer gestörten Beziehung zwischen dem Kind und seinen Eltern, bzw. seiner Mutter. Beim Säugling und beim Kleinkind ist bekanntlich die Mutter ebenso häufig, wenn nicht häufiger, die mißhandelnde Person als der Vater. Besonders gefährdet sind die Kinder, die auf Tab.3 angeführt sind. Diesen Kindern ist gemeinsam, daß sie wegen des Zeitpunktes ihrer Konzeption und/oder wegen ihres körperlichen Habitus und/oder wegen ihres Verhaltens und/oder wegen äusseren Gründen eine natürliche tragende Beziehung zur Mutter nicht finden konnten.

Tabelle 3: Besonders gefährdete Kinder

-
- | |
|---|
| 1. Frühgeburten |
| 2. Psychoorganisch gestörte Kinder |
| 3. Kinder mit Mißbildungen |
| 4. Kinder, die im ersten Lebensjahr oft und lang von der Mutter getrennt wurden |
| 5. Unerwünschte Kinder |
| 6. Stief- und Adoptivkinder |
-

Zu einer Kindsmißhandlung kommt es also in erster Linie, wenn die Mutter ein gestörtes Verhältnis zum Kind hat. Um es positiv zu formulieren: eine gute, gesunde, einwandfreie Beziehung zwischen Mutter und Kind ist der beste Schutz gegen Mißhandlungen. Dies gilt für die Mutter, den Vater und weitere Täter. Wenn nämlich der Vater oder der Freund der Mutter das Kind mißhandeln will, so läßt die Mutter dies nur geschehen, wenn sie selbst eine gestörte, ambivalente bis ablehnende Beziehung zum Kinde hat. Sonst schreitet sie eben ein und trifft die nötigen Vorkehrungen zum Schutz des Kindes. Natürlich gibt es, abgesehen von den kindlichen Eigenschaften auch andere Ursachen für die kindliche Mißhandlung, die in den Persönlichkeiten der Eltern liegen, in ihrer gegenseitigen Beziehung und in der sozialen Situation der Familie. Auf diese Aspekte können wir im Rahmen dieses Referates nicht eintreten. Die Prognose der Mißhandlung des Säuglings und des Kleinkindes ist ungünstig, wenn keine genügenden Maßnahmen getroffen werden, um eine Wiederholung zu vermeiden.

So sieht der düstere Verlauf folgendermaßen aus (nach SCHMITT und KEMPE):

- Tod der Kinder	5 %
- ernsthafte Wiederverletzungen	37 %
- Entwicklung zu einem auffälligen Menschen, namentlich zu einem jugendlichen Delinquenten und/oder zu einem Kriminellen, der die eigenen Kinder wiederum mißhandelt, oder gar zum Mörder wird.	58 %
	<hr/>
	<u>100 %</u>

Zur Entstehung von Mißhandlungen von jungen Kindern seien noch folgende Hinweise gestattet: Eine Mangelernährung kommt nach SCHMITT und KEMPE dann besonders häufig vor, wenn die Mutter bequem ist und die Mühe des Trockenlegens vermeiden möchte. Das Kind erleidet demzufolge einen lebensgefährlichen Wasserentzug. Medikamente werden nicht selten mißbräuchlich verabreicht, angeblich zur Beruhigung des Kindes, in anderen Fällen ist eine infantizide Absicht mit im Spiel, namentlich wenn eine Mutter ohne ärztliche Verordnung einem Kleinkind hochwirksame oder, in diesem Alter, toxische Psychopharmaka, namentlich Antidepressiva, verabreicht.

Die Grenze der strafbaren Vernachlässigung wird bei chronischen Krankheiten relativ schnell erreicht. Hier sei das Beispiel der cystischen Pankreasfibrose angeführt, deren Behandlung bei einem Kind die Kräfte von gesunden Eltern voll beansprucht (CORBOZ). Wenn zwei Kinder erkrankt sind, so werden die Eltern häufig überfordert. Es wundert deshalb nicht, daß vermindert opferbereite Eltern ein chronisch krankes Kind vernachlässigen und ihm nicht die angemessene Pflege zukommen lassen, auf die es Anspruch hätte. In solchen Situationen ist also von seiten der Ärzte und des Pflegepersonals, aber auch von seiten anderer Personen, die mit dem Kind in Beziehung stehen, z. B. der Lehrer, Wachsamkeit am Platz.

2.2.

Die emotionale Mißhandlung eines Kindes ist erschreckend häufig. Sie begleitet so gut wie immer die physische Mißhandlung. Sie kann aber auch alleine vorkommen, so z. B. bei Eltern, die ständig strafen, das Kind einschüchtern und es unnötig zurücksetzen. Auch grausame Strafen sind in diesem Zusammenhang zu nennen, wie z. B. das Einsperren an einem dunklen Ort. Schließlich ist auch die Verweigerung gewisser Eltern, ihr Kind mit geeigneten psychiatrischen und pädagogischen Mitteln behandeln zu lassen, als Mißhandlung zu bezeichnen, in Analogie zur mangelhaften Pflege bei körperlichen Erkrankungen.

2.3.

Wir haben bereits darauf hingewiesen, daß unbehandelte Kinder eine ungünstige Prognose haben. Im Schulalter fallen sie durch ihr oft ängstlich-depressives Verhalten auf. Bei einer solchen Störung ist, namentlich wenn eine zusätzliche psychoorganische Symptomatologie vorliegt, stets die Möglichkeit

einer Kindsmißhandlung in Betracht zu ziehen (CORBOZ, 1983). Die Kinder sind auch im Vergleich zu ihren Geschwistern in ihrer schulischen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. MONEY möchte sogar sämtliche Störungen, inkl. Teilleistungsstörungen des Schulalters auf Vernachlässigung und Mißhandlung der Kinder zurückführen, was in dieser Form zweifelsohne zu weit geht. Immerhin ist zu bedenken, daß ängstlich-depressive Kinder ihr intellektuelles Potential nicht ausschöpfen können, namentlich in Kombination mit einer psychoorganischen Schädigung. Moderne Untersuchungsmethoden haben gezeigt, daß intrakranielle Blutungen bei mißhandelten Kindern sehr viel häufiger vorkommen als noch vor wenigen Jahren angenommen wurde. Neuere Untersuchungen mit der Scan-tomographie haben nachgewiesen, daß schon ein heftiges Schütteln des Kindes genügen kann, um multiple intracerebrale Blutungen zu verursachen (ROUSSEY et al.). Wenn also ein Schulkind ein psychoorganisches Syndrom unbekannter Genese aufweist, ist stets auf die Möglichkeit einer cerebralen Schädigung im Rahmen von frühen Kindsmißhandlungen zu denken.

3. SEXUELLER MISSBRAUCH

3.1.

Häufigkeit und gefährdete Entwicklungsphasen: Wie bei der körperlichen Mißhandlung sind die bekannten Fälle von sexuellem Mißbrauch nur die Spitze eines großen Eisberges. Die wirkliche Inzidenz beruht auf Schätzungen. So meint BENTOVIM, daß 19 % aller Frauen und 9 % aller Männer in ihrer Kindheit sexuell mißbraucht worden sind. Während Knaben und Mädchen ungefähr gleich häufig körperlich vernachlässigt und mißhandelt werden, überwiegen eindeutig die Mädchen beim sexuellen Mißbrauch. In einer Monographie zum Thema hat GEISLER 100 Probanden untersucht und dabei 87 Mädchen und 13 Knaben gefunden. Es hat sich dabei um Schulkinder zwischen 8 und 13 Jahren gehandelt. Ein Entgegenkommen, bis zur aktiven Herausforderung des Täters wurde in 25 % der Fälle vorgefunden. Hier liegt ein Sachverhalt vor, der den Viktimologen besonders interessiert. Es stellt sich nämlich hier die Frage nach der Persönlichkeit des Opfers und diejenige nach seiner Rolle im Rahmen der Dynamik der Tat. In einer neueren Untersuchung mit E.CONSTAM haben wir 20 Gutachten von Exploranden gesichtet, die von der psychiatrischen Universitätspoliklinik für K. und J. in Zürich in den Jahren 1970-80 für verschiedene Gerichte begutachtet wurden. Bei 3 Probanden konnte aus verschiedenen Gründen die Untersuchung nicht abgeschlossen werden. Von den restlichen 17 Probanden waren 16 Mädchen und 1 Knabe. Die Diagnosen lauteten folgendermaßen:

- 8 neurotische Störungen,
- 5 affektive und erzieherische Karenz,
- 3 Entwicklungsrückstand im Sinne eines somato-psychischen Infantilismus mit der Frage einer Grenzdeбилität,
- 1 Kind gesund.

In diesem Krankengut sind auch Kleinkinder vorhanden, auf welche andere Autoren (z.B. GEISLER) aufmerksam machen. Kinder zwischen 4 und 7 Jahren sind in einer besonders vulnerablen Phase in bezug auf ihre sexuelle Entwicklung. Werden sie sexuell verführt, so sind auch die Folgen besonders schwer und nachhaltig. Gleiches gilt für Knaben und Mädchen in der Präpubertät und in der beginnenden Pubertät. Aus den oben zitierten Diagnosen geht hervor, daß eine psychopathologische Störung meistens schon vor der Tat bestand. Dies bedeutet, daß bestimmte Störungen der psychischen Entwicklung gewisse Kinder offenkundig für eine sexuelle Verführung prädisponieren. Dazu gehören vorwiegend milieubedingte Entwicklungsstörungen, wie Verwahrlosungserscheinungen und neurotische Störungen. Entwicklungsrückstände, namentlich ein diskreter Schwachsinn, sind jedenfalls ein begünstigender Faktor bei diesen Kindern, die wenig selbständig denken können und leicht Suggestionen eines Erwachsenen erliegen. Daß nur ein Kind als gesund befunden wurde, ist wohl kein Zufall. Erfahrene Autoren haben an einem größeren Krankengut gezeigt (BENTOVIM), daß die Folgen eines sexuellen Mißbrauches außerordentlich verschieden sein können. Sie reichen von einer diskreten, rasch vorübergehenden Störung des psychischen Gleichgewichtes bis zu einer schwersten Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit. In unserem Explorandengut wurden folgende Maßnahmen vorwiegend therapeutischen Charakters empfohlen:

- 7 Heimplazierungen,
- 5 Psychotherapien,
- 3 fachärztliche Kontrollen und Beratungen,
- 2 Sonderschulungen,
- 1 medikamentöse Therapie,
- 3 vormundschaftliche Maßnahmen.

In diesem Zusammenhang sei noch darauf hingewiesen, daß die Kombination von sexuellem Mißbrauch und Gewaltanwendung im Kindesalter nur sehr selten vorkommt. Dies hängt mit der Tatsache zusammen, daß der Täter meistens zum Verwandten- oder Bekanntenkreis gehört (nach verschiedenen Autoren 70-80 %). Die nicht selten vorgetragene Geschichte von einer Vergewaltigung durch einen Unbekannten in einem dunklen Treppenhaus oder in einem Wald kommt zwar mitunter vor, ist aber weit häufiger eine Schutzklärung, um den richtigen Täter zu decken, wie wir dies zusammen mit KARRER bereits 1954 bei jungen Schwangeren nachweisen konnten. Vergewaltigungen (früher auch Notzucht genannt) kommen auch in unserem Krankengut in Übereinstimmung mit HAESLER 1981 praktisch nur in der Pubertät und in der Adoleszenz vor. Übersprungshandlungen im Sinne einer Triebirradiation nach NASS kommen beim sexuellen Mißbrauch von Kindern offenbar nur selten vor. Umso häufiger ist die Einschüchterung des Opfers mit Drohungen aller Art, im geringsten Ausmaß mit der Einweisung in ein Erziehungsheim und im höchsten Grad mit dem Tod.

3.2.

Was die Dynamik der Tat anbelangt, so soll vor allem der Anteil des Opfers beleuchtet werden. Eine Abwehr kommt aus verschiedenen Gründen

nur selten in Betracht. Einmal ist das Kind oder das pubertierende Mädchen häufig mit dem Täter bekannt. Oft ist sogar eine positive Gefühlsbeziehung vorhanden. Diesbezüglich sind vernachlässigte Kinder am stärksten gefährdet. Die Annäherung des Täters bedeutet Zuwendung und Aufwertung. Häufig entsteht sogar auf Seiten des Opfers ein Bedürfnis nach Wiederholung, vorwiegend aus emotionalen Gründen. Eine Rolle spielt auch die Tatsache, daß das Kind oft für seine Willfährigkeit eine kleine oder größere Belohnung erhält. Alle diese Momente tragen dazu bei, daß Opfer sehr oft nicht nur keinen Widerstand leisten, sondern die sexuelle Annäherung passiv geschehen lassen oder sich sogar aktiv daran beteiligen. Die fehlende Abwehr ist besonders einfühlbar, wenn der Täter zur nächsten Bekanntschaft gehört (Vater, Stiefvater, Onkel, Großvater u.s.f.). Im Rahmen von Inzest ist bezeichnenderweise die psychische Belastung für das Opfer am größten. Diese entsteht aus dem ausgesprochenen Gefühlszwiespalt dem Vater gegenüber, zu welchem beim Kind eine natürliche Zuneigung besteht, der aber wegen des Durchbrechens eines erheblichen Tabus verabscheut wird.

Zur Aktivität des Opfers ist noch hinzuzufügen, daß diese nicht nur in der Einzelsituation, sondern auch in kleinen Gruppen geschehen kann. Sexuell mißbrauchte Kinder neigen dazu, ihre Erfahrungen anderen Kindern mitzuteilen. So ist ein Fall bekannt, bei dem ein sexuell verführtes präpubertierendes Mädchen andere Mädchen darüber informiert hat, wobei die Gruppe die Initiative ergriff, den älteren Mann immer wieder aufzusuchen, ihn zu sexuellen Handlungen zu provozieren und Belohnungen zu erpressen unter dem Hinweis auf eine Anzeige an die Polizei. Man kann sich in solchen Situationen mit Recht fragen, ob in bezug auf das Opfer nicht eine Rollenumkehr stattgefunden hat und ob nicht der ursprüngliche Täter in die Situation des Opfers geraten ist (SCHOENFELDER, 1964). Diese kindliche Aktivität bei oder nach sexuellen Mißbräuchen ist kriminologisch relevant, wenn man die Dynamik des Geschehens richtig verstehen will. Allerdings bedeutet das Geschehenlassen durch das Kind oder seine aktive Anteilnahme am sexuellen Geschehen an sich noch keine Exkulpation des Täters. Wie weit seine Schuld allenfalls durch eine aktive Rolle des Opfers vermindert wird, muß durch das Gericht entschieden werden.

3.3.

Folgen für das Opfer: Körperliche Folgen kommen für das Kind namentlich in Form von venerischen Erkrankungen vor. So weisen KAHN und SEXTON auf den Befund hin, daß 20 % der sexuell mißbrauchten Mädchen an Gonorrhoe erkrankt sind. Andere körperliche Beeinträchtigungen infolge gewalttätigen Verhaltens des Mannes sind wie bereits erwähnt, beim Kind selten anzutreffen. Bei Jugendlichen hingegen besteht die Notwendigkeit der Koordination zwischen der gynäkologischen Behandlung und den psychotherapeutischen Maßnahmen. Zentren, die eine solche kombinierte Behandlung ermöglichen, sind bei weitem noch nicht in hinreichender Zahl verwirklicht (VOLK et al.). Auch bei relativ harmlosem sexuellem Mißbrauch besteht bereits bei Kindern die Gefahr des sexuellen Erwachens. Kinder verfallen oft einer exzessiven Onanie. Dabei neigen sie dazu, andere Kinder zu sexuellen Spiele-

reien zu verleiten. Es kann in der Folge zu einer regelrechten sexuellen Verwahrlosung kommen. Diese ist bedenklich, weil sie nicht auf das Opfer beschränkt bleibt, sondern wie eine Epidemie auf andere Kinder der gleichen Klasse z. B. überzugreifen droht.

Andere Opfer reagieren vorwiegend mit Angst- und Schuldgefühlen. Auch wenn sie nicht aktiv waren, haben sie das Gefühl, im gleichen Boot wie der Täter zu sitzen (SCHOENFELDER, 1967) und am Geschehen mitschuldig zu sein. Solche Angst- und Schuldgefühle dauern oft jahrelang an, ohne daß sie richtig verarbeitet werden können. Sie können im Rahmen der Pubertät und des erwachsenen Lebens zu einer abwehrenden Haltung zur Sexualität führen. Wie Psychotherapien mit Erwachsenen zeigen, können neurotisch bedingte Fehleinstellungen zur Sexualität auf Mißbräuche im Kindesalter zurückzuführen sein. Die Symptomatik kann auch weniger spezifisch sein und in Form von chronischen vegetativen Störungen in Erscheinung treten (Appetit-, Verdauungs-, Schlafstörungen u. s. f.). Namentlich bei pubertierenden Mädchen kann ein sexueller Mißbrauch zu akuten psychischen Störungen führen, die eine sofortige psychiatrische Hospitalisation erfordern. Dies war nach einer Untersuchung von HUSAIN bei einem Viertel der 400 Mädchen der Fall, die in eine psychiatrische Klinik eingewiesen wurden.

Die Folgen für das Opfer sind nicht nur abhängig von der Tatart, vom Täter und von der Häufigkeit des Mißbrauches, sondern auch vom Verhalten der Umgebung, namentlich der Eltern nach der Entdeckung der Vorfälle, sowie von den Erlebnissen in der Strafuntersuchung.

Wenn die Eltern das Vorgefallene gefaßt aufnehmen, das Kind nicht mit Vorwürfen überschütten, es vor allem auch nicht strafen und sich das Vorgefallene in aller Ruhe anhören, so sind bereits günstige Voraussetzungen vorhanden, damit das Kind seine Erlebnisse verarbeiten kann. Ähnliches gilt, wenn der Lehrer und die Schulkameraden über die Vorfälle etwas erfahren. Bei vielen Eltern besteht die natürliche Reaktion nach einem sexuellen Mißbrauch ihres Kindes darin, eine Strafanzeige zu erstatten. Dies führt zu einer Befragung des Kindes, die heutzutage mehrheitlich durch geschulte Polizeiassistentinnen vorgenommen wird und deshalb keine neue Traumatisierung des Kindes bedeutet. Ausgesprochen ungünstig für das Opfer sind Konfrontationen mit dem Täter, namentlich wenn dieser das Vorgefallene hartnäckig leugnet und die Aussagetreue des Kindes bezweifelt wird. So gesehen kann natürlich auch die psychiatrische Begutachtung im Hinblick auf die Beurteilung der Glaubwürdigkeit des Opfers eine Belastung darstellen (SCHOENFELDER, 1970). Nun ist aber zu berücksichtigen, daß bei einer fachkundigen Untersuchung des Opfers die größte Schonung am Platz ist. Auch hier gilt, wie überall in der Medizin, das "Primum nil nocere". Ein erfahrener Experte vergißt nicht, daß er auch zugleich Arzt ist. Ein vertrauensvolles Gespräch in einer ruhigen Atmosphäre oder eine spielerische Darstellung des Vorgefallenen kann für das Opfer einen therapeutischen Stellenwert erhalten. Außerdem kann nur im Rahmen einer eingehenden kinderpsychiatrischen Abklärung festgestellt werden, in welchem Ausmaß das Kind traumatisiert worden ist, und inwiefern psychische Störungen vorbestanden haben. Allenfalls sind psychotherapeutische und/oder pädagogische Maßnahmen am Platz, die ohne kinder-

psychiatrische Begutachtung zum Nachteil des Kindes unterbleiben würden. Zweifelsohne ist somit nach Bekanntwerden eines sexuellen Mißbrauchs eines Kindes in der Regel eine Strafanzeige am Platz. Dabei geht es ebenso sehr um die Wahrung der Interessen des Kindes und die Anordnung von zweckmäßigen Maßnahmen als auch um die Aufrechterhaltung der Rechtsordnung. Die meisten Kinder und Jugendlichen haben ein Bedürfnis nach einer rechtmäßigen Regelung des Vorfalles. Es sind Beispiele vieler Kinder bekannt, die infolge einer jahrelangen Verschweigung eines sexuellen Mißbrauches, namentlich im Rahmen eines Inzestes, schwer darunter gelitten haben.

4. THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN

Die therapeutischen Maßnahmen zugunsten des Opfers können weitgehend gemeinsam besprochen werden. Sie sind aus Tab.4 und 5 ersichtlich, wobei zu berücksichtigen ist, daß nicht alle körperlichen und psychischen Störungen, die man beim Opfer vorfindet, nur auf die Straftat zurückzuführen sind.

Tabelle 4: Therapeutische Maßnahmen

4.1. Körperliche und psychische Mißhandlungen

4.1.1. Wenn möglich, umfassende Therapie als

- multifokaler, patientenzentrierter Ansatz, inkl. sozialpädagogische Maßnahmen
- Familientherapie

4.1.2. Wenn Behandlung in der Familie nicht möglich:

Wegnahme des Kindes und Platzierung:

kurzfristig in pädiatrische oder kinderpsychiatrische Klinik

langfristig: Ersatzfamilie oder Heim

4.1.3. Flankierende gesetzliche Maßnahmen

Art. 307, 308, 310, 311 ZGB. Art. 134 Str.G.B.

4.1.

Sowohl bei der körperlichen Vernachlässigung und Mißhandlung als auch beim sexuellen Mißbrauch muß sich die Hilfe auf die ganze Familie erstrecken. Zunächst ist nach eingehender Untersuchung die Frage zu prüfen und zu beantworten, wie die Familie hinreichend mit psychotherapeutischen und sozialpädagogischen Mitteln gestützt werden kann, damit in Zukunft keine Mißhandlungen von Kindern mehr vorkommen. In der Regel brauchen nicht nur das Kind, sondern auch seine Eltern, mitunter auch seine Geschwister, eine Hilfe. Dies kann auf traditionelle Weise geschehen, bei der Kind und Eltern getrennt behandelt werden. Wir sprechen dann von einem multifokalen, patientenzentrierten

Ansatz. Seit etwa einem Jahrzehnt besteht auch die Möglichkeit eines systemischen Vorgehens, bei dem die ganze Familie als Patient betrachtet wird, und das mißhandelte Kind nur ein Index für die gestörte Funktion der Familie ist. Zweifelsohne kann ein solches Vorgehen auch hilfreich sein. Doch fehlt zur Zeit eine hinreichend lange Erfahrung mit solchen Behandlungen, um deren Effizienz einwandfrei zu ermitteln. Eine andere Lösung kann darin bestehen, namentlich in Situationen in welchen die Mutter stark überfordert ist, daß eine Sozialpädagogin für einige Monate, vielleicht auch für einige Jahre, in der Familie lebt, die Mutter entlastet und ihr zugleich Vorbild ist. Diese Person kann eine geschulte Erzieherin oder Sozialarbeiterin sein, sie kann aber auch eine psychisch hinreichend stabile und reife Persönlichkeit aus dem Kreis der Verwandten sein, wie eine Großmutter, eine Tante u.s.f. Diese Person, die ständig mit der Familie lebt, braucht selbst auch eine Hilfe, am besten in Form einer fachlichen Supervision.

Tabelle 5: Therapeutische Maßnahmen (Fortsetzung)

4.2. Sexueller Mißbrauch

4.2.1. Psychotherapie

- des Opfers oft indiziert
- Beratung der Eltern
- Therapie des Täters, namentlich beim Inzest, mitunter indiziert, allenfalls auch als Paartherapie
- Familientherapie

4.2.2. Maßnahmen für Opfer:

- Einweisung in eine/ein
- Abteilung für Kindergynäkologie
- psychiatrische Klinik für Kinder und Jugendliche
- Pflegefamilie oder Heim

4.2.3. Flankierende gesetzliche Maßnahmen:

- ZGB wie für Mißhandlungen
 - Str.G.B. Art.191 u. 192
-

4.2.

Ist der Zustand in der Familie desolat, und sind bei den Eltern, bei den Kindern und bei der Verwandtschaft keine Ressourcen vorhanden, die man zugunsten der Familie mobilisieren könnte, so muß das Kind aus der Familie herausgenommen werden und für kürzere oder längere Zeit in eine geeignete Institution eingewiesen werden, um es namentlich vor der Rückfallgefahr zu schützen. Für eine notfallmäßige Unterbringung kommt in der Regel eine pädiatrische, eine chirurgische, eine jugendpsychiatrische Klinik oder ein allgemeines Krankenhaus in Betracht. Wenn das Familiensystem irreparabel zerstört ist, dann muß das Kind in eine Ersatzfamilie oder in ein Heim plazierte werden. Dies geht in der Regel nicht ohne flankierende legale

Maßnahmen einher, und zwar vor allem auf der zivilrechtlichen Ebene. Leider ist es uns nicht möglich, auf die psychologischen Auswirkungen einer strafrechtlichen Ahndung des Täters einzugehen, namentlich, wenn dieser mit dem Opfer nahe verwandt ist.

5. PRÄVENTIVE MASSNAHMEN

5.1.

Auch hier müssen wir uns auf einige wenige Gesichtspunkte beschränken, die für jede Form von kindlicher Mißhandlung gültig sind. Eine Übersicht ist auf Tab.6 ersichtlich. Im Bereich der primären Prävention ist zweifelsohne eine gute Erziehung das beste Vorbeugungsmittel. Wenn die Erzieher dem Kind mit einer reifen, ausgewogenen und wohlwollenden Haltung begegnen und das Kind einen Erziehungsstand erreicht hat, der seinem Alter entspricht, so kommen weder körperliche Mißhandlungen noch sexueller Mißbrauch vor. Die affektive und erzieherische Verwahrlosung sind wohl die Hauptursachen jeder Viktimisierung im Kindesalter. Die Gesellschaft hat somit die Pflicht, alles vorzukehren, damit in der Familie, im Kindergarten, in der Schule und in Jugendvereinigungen eine möglichst gute Erziehung gewährleistet wird. Dies beginnt mit dem legalen Schutz der Familie, deren Bedeutung von der Gesellschaft nicht immer hinreichend erkannt wird. Die Förderung der Eltern und der Familie hat eine ideelle und eine materielle Seite, auf welche leider hier nicht eingegangen werden kann.

Tabelle 6: Präventive Maßnahmen

1. Primäre Prävention:	
	hinreichend gute Erziehung inkl. angemessene sexuelle Aufklärung.
	Entharmlosung der Umwelt.
	Soziale Aufwertung der Familie.
	Verbot körperlicher Züchtigungen.
2. Sekundäre Prävention:	
	Früherfassung von Risikokindern durch
Ärzte:	Hausarzt, Kinderarzt, Spitalärzte, Kinderpsychiater
Erzieher:	Mütterberaterin, Hortpersonal, Kindergärtnerin,
	Lehrer
	Öffentlichkeit: spez. Hausgenossen, Nachbarn u.s.f.
3. Tertiäre Prävention:	
	Verhütung von Rückfällen und Verschlimmerungen: entspricht den therapeutischen Maßnahmen (Tab.4 und 5).

5.2.

Die Beziehung zwischen Eltern und Kind sollte gesetzlich nicht mehr mit dem Ausdruck "elterliche Gewalt" gekennzeichnet werden. Das Wort Gewalt ist mehrdeutig und erweckt die Vorstellung, daß Gewaltanwendung am Kind legitim sei. Wesentlich besser ist der Ausdruck *Sorgerecht*, welcher einerseits die elterlichen Rechte gewährleistet, andererseits ihnen aber die Pflicht der Fürsorge auferlegt. Schließlich, wie dies bereits in Schweden der Fall ist, sollten körperliche Züchtigungen verboten werden. Dabei ist zu berücksichtigen, daß Gewaltanwendungen am Kind in Form von Schlägen u.s.f. in sehr vielen Fällen den Einstieg zur eigentlichen Mißhandlung darstellen. Was von den Eltern verlangt wird, gilt selbstverständlich auch für andere Erzieher, wie für Lehrer und Sozialpädagogen. Hinzu kommt die Tatsache, daß ein guter und erfahrener Erzieher ohne Anwendung von körperlichen Strafen auskommt.

5.3.

Wohlerzogene Kinder haben einen sinnvollen und ausgefüllten Tagesablauf. Sie erfahren hinreichend Zuwendung und Liebe im Rahmen der Familie und sind emotional nicht auf die Aufmerksamkeit und Liebesbezeugungen fremder Personen angewiesen. Sie sind deshalb in bezug auf eine sexuelle Verführung wesentlich weniger gefährdet als verwahrloste Kinder. Hinzu kommt die Tatsache, daß eine sorgfältige Erziehung nicht nur eine angemessene Aufklärung in sexuellen Belangen beinhaltet, sondern auch das Kind rechtzeitig vor bestimmten Gefahren warnt. Wenn das Kind eine gewisse Selbständigkeit erreicht und nicht mehr stets unter der Kontrolle der Eltern ist, so z.B. vom Beginn des Kindergartens an, läßt sich eine progressive Entharmlosung der Umwelt nicht vermeiden. So wie das Kind frühzeitig auf die Gefahren im Straßenverkehr aufmerksam gemacht werden muß, so soll es auch auf die Möglichkeit einer sexuellen Verführung aufmerksam gemacht werden. Bei Schulbeginn tritt ohnehin das Kind in eine Entwicklungsphase, in welcher es sich immer stärker der realen Welt zuwendet mit ihren positiven und negativen Seiten. Eine angemessene Warnung der Kinder braucht ihre Lebensfreude nicht zu trüben und ihr Vertrauen in das Gute und Rechtmäßige nicht zu untergraben, namentlich wenn ihnen die Eltern in ihrem Verhalten ein leuchtendes Beispiel sind.

5.2.

Die sekundäre Prävention zielt auf eine Früherfassung von Risikokindern ab. Es sollen drohende Mißhandlungen verhütet werden. Hier nehmen Ärzte, Mütterberaterinnen, Kleinkinderfürsorgestellen und Kinderkliniken die wichtigsten Stellungen ein. In vermehrtem Maß als bisher sollen diese Instanzen auf die Möglichkeit einer Kindsmißhandlung aufmerksam gemacht werden, und zwar, indem sie vor allem potentielle Gefährdungen erkennen, was bisher leider nicht immer der Fall war. Das nötige Wissen soll schon sehr früh in der Ausbildung vermittelt werden und im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen aufgefrischt werden. Aber auch die Allgemeinheit hat

hier eine wichtige Rolle zu erfüllen, indem manchmal Nachbarn die Ersten sind, die auf Kindsmißhandlungen aufmerksam werden, selbst dann, wenn die Eltern den Staubsauger oder den Radioapparat laufen lassen, um das kindliche Weinen zu übertönen.

5.3.

Die tertiäre Prävention deckt sich weitgehend mit den bereits besprochenen therapeutischen Maßnahmen. Sie will die Verschlimmerung des Zustandes des Opfers verhüten und namentlich einer Wiederholung der Mißhandlungen vorbeugen. Allen diesen Maßnahmen ist großer Erfolg zu wünschen, damit Kinder und Jugendliche immer weniger das Opfer einer Mißhandlung oder eines Mißbrauchs werden. Die Erwartung einer völligen Behebung wäre wohl utopisch und nicht vereinbar mit den Schwächen und der Unvollkommenheit der menschlichen Natur.

ZUSAMMENFASSUNG

Kinderpsychiatrische Institutionen betreuen oft Kinder, die sich in der Situation eines Opfers befinden. In diesem Beitrag befassen wir uns lediglich mit den Opfern einer strafbaren Handlung. Ein solcher Ansatz wirft Licht auf die Persönlichkeit des Opfers, auf den Schweregrad seiner Beeinträchtigung, auf den Spontanverlauf und auf die Behandlungsmöglichkeiten. Meistens können auch die Beziehungen zwischen Opfer und Täter hinreichend abgeklärt werden. Doch ist bei einer Verallgemeinerung Vorsicht am Platze, denn es werden lange nicht alle Opfer einer Straftat dem Kinderpsychiater vorgestellt. Epidemiologische Studien, die allein ein vollständiges Bild über alle Delikte, die gegen Kinder und Jugendliche vorgenommen werden, geben, sind praktisch nicht durchführbar. Immerhin kann aus psychiatrischer Sicht gesagt werden, daß auffällige und bereits geschädigte Kinder (Frühgeburten, psycho-organisch gestörte Kinder u.s.f.) besonders oft mißhandelt werden und daß emotional und erzieherisch zu kurz gekommene Kinder in einem hohen Maße Gefahr laufen, sexuell mißbraucht zu werden. Aus diesen Feststellungen lassen sich entsprechende präventive Maßnahmen ableiten.

Bibliographie

- Bentovim, A.: Sexual abuse of children - fleeting trauma or lasting disaster. 10. International Congress of Child- and youth psychiatry, Dublin 1982.
- Constam, E. u. Corboz, R.J.: Poliklinische und stationäre Glaubwürdigkeitsgutachten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Kriminologisches Bulletin 7, 40-47 (1981).
- Corboz, R.J. und Karrer, P.: Die Schwangerschaft und Mutterschaft bei ganz jungen Müttern. Z. für Präventivmed. I, 218 (1956).
- Corboz, R.J. et al.: Psychologie, Psychopathologie und soziale Probleme bei Kindern mit zystischer Fibrose. Helvetica paediat. Acta 35, 477-488 (1980).
- Corboz, R.J.: Hirn- und Persönlichkeitsentwicklung. Der informierte Arzt 10. 16-24 (1983).
- Deschamps, G. et al.: Incidence des mauvais traitements chez l'enfant. Arch. fr. pédiatr. 39, 627-632 (1982).
- Geisler, E.: Das sexuell mißbrauchte Kind. Beiheft zur Praxis der Kinderpsychologie, Verlag f. med. Psychologie, Göttingen 1959.
- Haesler, W.T.: 10 Jahre Vergewaltigung in Zürich. Kriminolog. Bulletin, 7, 48-69 (1981).
- Husain, A.: One hundred sexually abused teenage girls. 10. International Congress of Child- and Youth Psychiatry, Dublin 1982.
- Kahn, M. and Sexton, M. et al.: Sexual abuse of young children. Clin. Paediatrics 22, 369-372 (1983).
- Kullmer, H. Th. et al.: Kindesmißhandlung in der Bundesrepublik. Monatschr. Kinderheilkd. 130, 710-713 (1982).
- McPherson, K. and Garcia, L.: Effects of social Class and familiarity on Pediatricians, responses to child abuse. Child Welfare 62, 387-393 (1983).
- Maetzsch, T. et al.: Zur Epidemiologie und Kriminologie der Kindesmißhandlung in Hamburg 1968-1978. Med. Welt 31, 1342-1347 (1980).
- Money, J.: Child abuse: Growth failure, IQ deficit, and learning disability. Journal of learning disabilities 15, 579-583 (1982).
- Nass, G.: Vergewaltigung als forensisch-psychologisches Problem, in: "Frauen als Täter, Opfer und Bestrafte", hrsg. von G. Nass, Akadem. Verlagsges. Wiesbaden 1981.
- Remschmidt, H.: Kindesmißhandlung. Monatschr. Kinderheilkd. 131, 408-412 (1983).
- Roussey, M. et al.: La tomodensitométrie crânienne chez les enfants mal-traités. Ann. radiol. 25, 237-243 (1982).

- Schmitt, B. und Kempe, H.: Kindsmißhandlungen. Folia traumatol. Geigy, Basel 1975.
- Schoenfelder, Th.: Die Initiative des Opfers, in: Beiträge zur Sexualforschung, Enke-Verl., Stuttgart 1964, S.109-115.
- Schoenfelder, Th.: Die Erstaussagen kindlicher Zeuginnen bei Sexualdelikten. Verh. 3. Europ. Kongress Paedopsychiat., Wiesbaden 1967, S.502-506.
- Schoenfelder, Th.: Sexuelle Traumata in der Kindheit und ihre Folgen. Praxis d. Psychotherapie XV, 13-21 (1970).
- Trube-Becker, E.: Gewalt gegen das Kind. Kriminalistik Verl. Heidelberg 1982
- Trube-Becker, E.: Kindesmißhandlung aus ärztlicher Sicht. Med.Klin.75, 563 (1980).
- Volk, P. et al.: Zur Viktimologie des Sexualverbrechens. Münch.med. Wschr.121, 1279-1284 (1979).

Robert J. Corboz

Prof.Dr.

em.Direktor der psychiatrischen Universitätspoliklinik für Kinder und Jugendliche in Zürich

Witikonstr.360

8053 Zürich