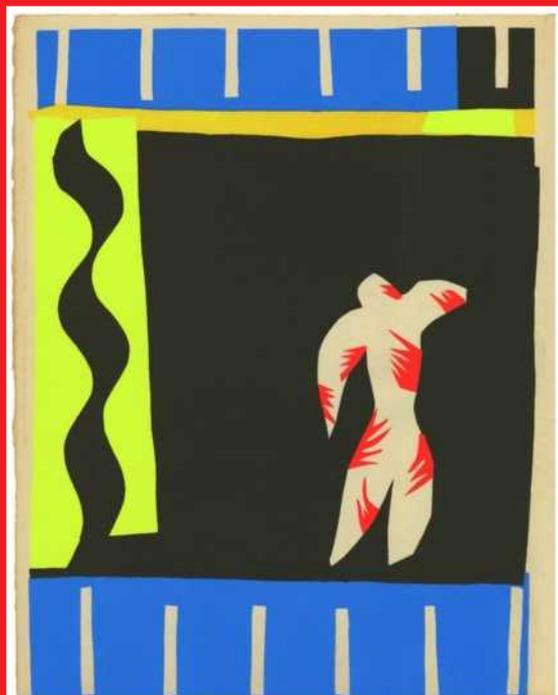


Egle ■ Joraschky ■ Lampe  
Seiffge-Krenke ■ Cierpka

4. Auflage



# Sexueller Missbrauch Misshandlung Vernachlässigung

Erkennung, Therapie und Prävention  
der Folgen früher Stresserfahrungen

 Schattauer

Egle ■ Joraschky ■ Lampe ■ Seiffge-Krenke ■ Cierpka

# **Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung**

---

---

## Unter Mitarbeit von

Benjamin Aas  
Sotoodeh G. Abhary  
Thomas Beblo  
Monika Becker-Fischer  
Doris Bender  
Martin Bohus  
Vanessa Caskey  
Manfred Cierpka  
Steffen Dauer  
Nel Draijer  
Ulrich T. Egle  
Stefan Eisenbeis  
Annette Engfer  
Silvia Exenberger  
Jörg M. Fegert  
Gottfried Fischer  
Guido Flatten  
Matthias Franz  
Romina Gawlytta  
Ursula Gast  
Barbara Gromes  
Jochen Hardt

Christine Heim  
Veronika Hillebrand  
Jeffrey G. Johnson  
Peter Joraschky  
Bernd Kappis  
Cornelia König  
Annika Krick  
Astrid Lampe  
Friedrich Lösel  
Arnold Lohaus  
Pamela G. McGeoch  
Eva Möhler  
Ralf Nickel  
Ellert R. S. Nijenhuis  
Judith Overfeld  
Franz Petermann  
Katja Petrowski  
Karin Pöhlmann  
Elisabeth Pott  
Kathlen Priebe  
Miriam Rassenhofer  
Katharina Ratzke

Luise Reddemann  
Franz Resch  
Georg Romer  
Martin Sack  
Günter Schiepek  
Andrea Schleu  
Martin H. Schmidt  
Christian Schubert  
Dominique Schwartze  
Inge Seiffge-Krenke  
Joel R. Sneed  
Wolfgang Söllner  
Cornelis Stadtland  
Bernhard Strauß  
Cornelia Thiels  
Ute Thyen  
Hanns Martin Trautner  
Haci-Halil Uslucan  
Pauline van Zon  
Angela von Arnim  
Wolfgang Wöllner

# Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung

---

Erkennung, Therapie und Prävention  
der Folgen früher Stresserfahrungen

4., überarbeitete und erweiterte Auflage

Herausgegeben von

**Ulrich Tiber Egle**  
**Peter Joraschky**  
**Astrid Lampe**  
**Inge Seiffge-Krenke**  
**Manfred Cierpka**

Mit 55 Abbildungen und 70 Tabellen

 **Schattauer**

Ihre Meinung zu diesem Werk ist uns wichtig! Wir freuen uns auf Ihr Feedback unter [www.schattauer.de/feedback](http://www.schattauer.de/feedback) oder direkt über QR-Code.



### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

### **Besonderer Hinweis:**

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlos-

sen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 1997, 2000, 2005 und 2015 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany  
E-Mail: [info@schattauer.de](mailto:info@schattauer.de)  
Internet: [www.schattauer.de](http://www.schattauer.de)  
Printed in Germany

Projektleitung: Ruth Becker  
Lektorat: Marion Lemnitz, Berlin  
Umschlagabbildung: Henri Matisse: „Le Clown“; © Succession H. Matisse/VG Bild-Kunst, Bonn 2014  
Satz: abavo GmbH, Buchloe  
Druck und Einband: Mayr Miesbach GmbH, Druck · Medien · Verlag, Miesbach

Auch als E-Book erhältlich:  
ISBN 978-3-7945-6752-2

ISBN 978-3-7945-2921-6

# Vorwort zur 4. Auflage

Seit Erscheinen der 3. Auflage dieses Handbuchs 2005 sind zehn Jahre vergangen. In dieser Zeit erschienen zusätzlich zu den bereits vorhandenen prospektiven Langzeitstudien große epidemiologische Querschnittsstudien und vor allem zahlreiche neurobiologische Studien, welche das „Puzzle“ der Zusammenhänge zwischen frühen psychischen Traumatisierungen sowie emotionaler Deprivation und gesundheitlichen Langzeitfolgen immer konturierter werden ließen. Inzwischen ist eine Fülle wissenschaftlicher Daten zu diesen Zusammenhängen vorhanden, wie wir sie uns bei der Planung der 1. Auflage des Buches vor 20 Jahren noch gar nicht vorstellen konnten. Offensichtlich wurde dabei auch, welche enormen Folgekosten – direkt gesundheitsbezogen ebenso wie volkswirtschaftlich – daraus resultieren und welche große Bedeutung künftig der Etablierung von Präventionsmaßnahmen zukommt.

Die große Zahl der Studien macht es selbst Experten nicht leicht, in den verschiedenen Bereichen dieses Themas den Überblick zu behalten. Genau diese wissenschaftliche Orientierung für den Wissenschaftler ebenso wie für die in den verschiedenen Bereichen tätigen Psychotherapeuten und Ärzte, aber auch Sozialpädagogen, Juristen und Politiker will das Buch bieten. Wie bereits bei der 1. Auflage geht es weiterhin in allererster Linie um eine nüchterne wissenschaftliche Bestandsaufnahme.

Um dem gerecht zu werden, war auch eine neue, inhaltlich breitere Zusammensetzung der Herausgebergruppe erforderlich. Mit Inge Seiffge-Krenke ist eine in diesem Bereich wissenschaftlich erfahrene Entwicklungspsychologin hinzugekommen, wo-

durch eine umfassendere und differenziertere Darstellung der Auswirkungen früher Stresserfahrungen auf Kinder und Jugendliche möglich wurde. Ebenfalls mehr Raum nimmt das Thema Prävention ein, das von Manfred Cierpka, dessen fachliches Tun seit zwei Jahrzehnten ganz wesentlich diesem Thema gewidmet war, als neuem Mitherausgeber konzipiert und koordiniert wurde. Des Weiteren ist die Trauma-Expertin Astrid Lampe als Herausgeberin hinzugekommen und vor allem für den Therapieanteil verantwortlich. Bezüglich der derzeit angewandten traumatherapeutischen Verfahren war es uns wichtig, möglichst umfassend die unterschiedlichen Methoden darzustellen. Ulrich Egle und Peter Joraschky waren für die Grundlagen-, Krankheitsbilder- sowie Begutachtungs-Kapitel zuständig und stehen für die konzeptionelle Kontinuität dieses Handbuchs, dessen erste drei Auflagen eine sehr breite Resonanz fanden. Fast alle Beiträge der 3. Auflage mussten weitgehend überarbeitet bzw. vollständig neu konzipiert werden. Durch diese Differenzierung hinsichtlich Herausgeber-Zuständigkeiten waren engmaschige Abstimmungen mit den mehr als 60 Autoren möglich. Gleiches gilt auch für inhaltliche Abstimmungen zwischen den einzelnen Beiträgen.

Das umfassende Literaturverzeichnis mit insgesamt mehr als 2500 Verweisen macht die breite wissenschaftliche Fundierung der Beiträge deutlich und ermöglicht vor allem dem wissenschaftlich interessierten Leser eine Vertiefung einzelner Aspekte. Unter Berücksichtigung des Gesamtumfangs des Buches – und damit nicht zuletzt auch seiner Handlichkeit – haben sich Herausgeber

und Verlag dafür entschieden, die 125 Seiten des Literaturverzeichnisses online zur Verfügung zu stellen und dem Leser die Option einzuräumen, es auszudrucken. Sie finden es unter [www.schattauer.de/2921.html](http://www.schattauer.de/2921.html).

Wir möchten uns bei allen Autoren für ihre Bereitschaft bedanken, dass sie bei der Ab-

fassung und Überarbeitung ihrer Beiträge das übergeordnete Ziel dieses Handbuchs bereit waren zu unterstützen. Danken möchten wir auch Frau Ruth Becker vom Schattauer Verlag sowie Frau Marion Lemnitz, Berlin, für die sorgfältige Lektorierung, ohne die ein solches Werk nicht möglich wäre.

Freiburg, Dresden,  
Innsbruck, Mainz,  
Heidelberg  
im Mai 2015

**Ulrich T. Egle, Peter Joraschky,  
Astrid Lampe, Inge Seiffge-Krenke,  
Manfred Cierpka**

# Vorwort zur 1. Auflage

Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung und Vernachlässigung von Kindern einschließlich ihrer Folgen im Erwachsenenalter sind ein Thema zwischen Überschätzung und Vernachlässigung. In der Geschichte der Menschheit ist der Abschnitt, in dem die Unversehrtheit der kindlichen Entwicklung als schützenswertes Gut gilt, extrem kurz. Noch im Mittelalter galt ein Kinderleben wenig, führten die Berichte über den pervertierten Gilles de Rais (berichtet von G. Bataille) mehr zur Sensation als zur Empörung. Die Alternative, ein Kind großzuziehen oder es sterben zu lassen, ist moralisch erst wenige Jahrhunderte zugunsten der ersten Konsequenz entschieden.

Erst im 17. und 18. Jahrhundert setzte sich die Idee der Familie als Ideal durch, wobei man immer noch unerwünschte Kinder ins Findelhaus tragen konnte, wie J. J. Rousseau es tat. War im 18. Jahrhundert noch die erste Forderung an die Kinder der Respekt vor ihren Eltern, so kam erst im 19. Jahrhundert der Gedanke zum Tragen, daß Kinder ein basales Anrecht auf die Liebe ihrer Eltern hätten. Dieser Gedanke wurde rasch dahingehend verabsolutiert, daß Kinder von ihren Eltern nur Gutes zu erwarten hätten, ja, daß es, so das sich dann entwickelnde Tabu, völlig unmöglich, ja undenkbar sei, Kinder würden durch die eigenen Eltern willentlich geschädigt.

So hielt sich, kurzgefaßt, der Stand der Erkenntnis bis weit in die Mitte unseres Jahrhunderts: Die Mütter herzten ihre Kinder, und die Väter scherzten mit ihnen und ließen ihnen die notwendige Strenge angedeihen, alles zusammen aber war gut. Die bekanntgewordenen Ausnahmen, die Kindsmörderinnen und Blutschänder, gehörten

entweder überhaupt nicht der menschlichen Art an („Unmensen“) oder sie waren Produkte der niederen sozialen Schichten, bei denen die Höhe des Menschentums ohnehin nicht so recht erreicht war.

Angesichts dieser Sachlage verwundert eigentlich nicht, daß das Thema der Folgen von Mißbrauch, Mißhandlung und Vernachlässigung in der Wissenschaft so wenig Beachtung fand. Ein früher Versuch der mutigen Konfrontation in der jungen Psychoanalyse wurde von Freud selbst wieder aufgegeben, oder exakter, in seiner Bedeutung hintangestellt. Erst in der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts machten sich beharrliche Forscher an die Aufarbeitung von Entwicklungsschäden.

Mit einiger Berechtigung ist hier stellvertretend für alle John Bowlby aus England zu nennen. Seine Beharrlichkeit war wohl einer der Faktoren, der dem Thema dann Interesse und Reputation sicherte, als es in den 70er Jahren breiter in der Fachliteratur auftauchte. In den USA wurden schon in den 80er Jahren erste unseriöse Überbewertungen des Themas publik – wir spielen hier auf die Diskussion um die sogenannten „repressed memories“ an –, und auch für gezielte Anschuldigungen von Familienangehörigen innerhalb von Prozessen schien es einiges herzugeben. So fiel ein Schatten auf das Thema, bevor es sich recht in der Forschung etabliert hatte.

Unser Band versucht, zwischen Vernachlässigung und Überschätzung, zwischen Bagatellisierung und Politisierung, zwischen Idealisierung der Opfer und Dämonisierung der Täter dem nüchternen Pfad der Erkenntnis zu folgen und das zu sammeln, was wir heute über die Rolle dieser Fakto-

ren für die Entstehung späterer Krankheiten wissen. Zugleich versuchen wir, Behandlungsmöglichkeiten für die entstandenen Schäden aufzuzeigen (wobei wir leider auf ein ursprünglich vorgesehenes Kapitel über verhaltenstherapeutische Ansätze bei erwachsenen Patienten verzichten mußten) und die insgesamt eher noch unbefriedigenden Ansätze zur Prävention wiederzugeben. Weil mit dem Thema eng verbunden, gehen wir auch auf sexuelle Übergriffe in Therapien ein und beschließen die Übersicht mit den rechtlichen Aspekten. Ein Schlußwort der Herausgeber versucht, ein Resümee zu ziehen und künftige Perspektiven aufzuzeigen.

Besonderen Dank schulden wir Frau Christel Schieferstein, Medizinische Dokumen-

tarin, die wiederum mit großer Sorgfalt und nahezu unerschöpflicher Ausdauer Korrekturen und formale Überarbeitungen und Anpassungen vorgenommen hat, welche Manuskripte aus unterschiedlicher Feder erst zu einem gemeinsamen Ganzen werden lassen.

Unser Dank gilt auch dem Schattauer Verlag und hier besonders Herrn Dipl.-Psych. Dr. med. Wulf Bertram und Frau Dipl.-Biol. Catrin Cohnen dafür, daß dieses mehrjährige Buchprojekt, das in seiner thematischen Konzeption Neuland betritt und den meisten Autoren bei der Abfassung ihrer Kapitel ein erhebliches Literaturstudium abverlangte, trotz aller bei dieser Thematik fast unvermeidbaren Turbulenzen zu einem guten Abschluß gebracht werden konnte.

Mainz und Erlangen,  
im Herbst 1996

**Ulrich Tiber Egle,  
Sven Olaf Hoffmann,  
Peter Joraschky**

# Anschriften der Herausgeber

**Prof. Dr. med. Ulrich Tiber Egle**

Wiesentalerstraße 48, 79115 Freiburg  
prof-egle@ut-egle.eu

**Prof. em. Dr. med. Peter Joraschky**

Klinik und Poliklinik für Psychotherapie  
und Psychosomatik  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden  
Peter.Joraschky@uniklinikum-dresden.de

**Univ.-Prof. Dr. med. Astrid Lampe**

Universitätsklinik für Medizinische  
Psychologie  
Medizinische Universität Innsbruck  
Department Psychiatrie und Psychotherapie  
Schöpfstraße 23a  
6020 Innsbruck/Österreich  
astrid.lampe@tirol-kliniken.at;  
astrid.lampe@i-med.ac.at

**Prof. Dr. phil. Inge Seiffge-Krenke**

Psychologisches Institut  
Wallstraße 3–5, 55123 Mainz  
seiffge-krenke@uni-mainz.de

**Prof. Dr. med. Manfred Cierpka**

Universitätsklinikum Heidelberg  
Institut für Psychosomatische Kooperations-  
forschung und Familientherapie  
Bergheimer Straße 54, 69115 Heidelberg  
manfred.cierpka@med.uni-heidelberg.de

# Anschriften der Autoren

**Benjamin Aas, M.Sc., M.Sc.**

Institut für Synergetik und Psychotherapieforschung  
Ignaz-Harrer-Straße 79  
5020 Salzburg/Österreich  
b.aas@salk.at

**Sotoodeh G. Abhary, MBBS**

Department of Psychiatry  
University of Adelaide  
Adelaide/Australien  
sotoodeh.abhary@student.adelaide.edu.au

**Prof. Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Thomas Beblo**

Evangelisches Krankenhaus Bielefeld  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Forschungsabteilung, Haus Gilead IV  
Remterweg 69–71, 33617 Bielefeld  
thomas.beblo@evkb.de

**Dr. phil. Monika Becker-Fischer**

Deutsches Institut für Psychotraumatologie  
Springen 26, 53804 Much  
Befi@psychotraumatologie.de

**Dr. phil. Doris Bender**

Institut für Psychologie  
Universität Erlangen-Nürnberg  
Nägelsbachstraße 49c, 91052 Erlangen  
doris.bender@fau.de

**Prof. Dr. med. Martin Bohus**

Wissenschaftlicher Direktor  
Institut für Psychiatrische und  
Psychosomatische Psychotherapie  
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit  
J 5, 68159 Mannheim  
martin.bohus@zi-mannheim.de

**Vanessa P. Caskey, BA**

Department of Clinical Psychology  
Long Island University  
199 Jackson Street, #2, Brooklyn 11211 NY  
USA  
vanessa\_caskey@yahoo.com

**Dr. phil. Steffen Dauer**

Institut für Rechtspsychologie und  
Forensische Psychiatrie Halle (Saale)  
Große Steinstraße 69, 06108 Halle/Saale  
institut@rechtspsychologie-halle.de

**Dr. Nel Draijer, PhD**

Department of Psychiatry  
VU Medical Center  
Leidsekade 101“  
1017PP Amsterdam/Niederlande  
n.draijer@ggzingeest.nl;  
draijerdelouw@hetnet.nl

**Dipl.-Psych. Stefan Eisenbeis**

St. Anna Virngrund Klinik  
Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und -psychotherapie Ellwangen  
Dalkingerstraße 8–12, 73479 Ellwangen  
stefan.eisenbeis@klinik-ellwangen.de

**Dr. rer. nat. Silvia Exenberger**

Universitätsklinik für Medizinische Psychologie,  
Medizinische Universität Innsbruck  
Department Psychiatrie und Psychotherapie  
Schöpfstraße 23a  
6020 Innsbruck/Österreich  
silvia.exenberger-vanham@i-med.ac.at

**Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert**

Universitätsklinikum Ulm  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/  
Psychotherapie  
Steinhövelstraße 5, 89075 Ulm  
joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

**PD Dr. med. Guido Flatten, M.A.**

Euregio-Institut für Psychosomatik und  
Psychotraumatologie  
Annastraße 58–60, 52062 Aachen  
gflatten@euripp.org

**Univ.-Prof. Dr. med. Matthias Franz**

Universitätsklinikum Düsseldorf  
Klinisches Institut für Psychosomatische  
Medizin und Psychotherapie (Geb. 15.16)  
Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf  
matthias.franz@uni-duesseldorf.de

**PD Dr. med. Ursula Gast**

Ärztin für Psychotherapeutische Medizin  
Dammholm-Havetoftloft  
Heidelücker Weg 9, 24986 Mittelangeln  
Ursula\_Gast@web.de

**Dipl.-Psych. Romina Gawlytta, M.Sc.**

Universitätsklinikum Jena  
Institut für Psychosoziale Medizin und  
Psychotherapie  
Stoystraße 3, 07740 Jena  
romina.gawlytta@med.uni-jena.de

**Dipl.-Kunsttherapeutin Barbara Gromes**

Psychotherapeutische Praxis – Trauma-  
therapie – Kunsttherapie  
Nussbaumstraße 8, 80336 München  
info@barbara-gromes.de

**Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Jochen Hardt**

Medizinische Psychologie und Medizinische  
Soziologie  
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische  
Medizin und Psychotherapie  
Universitätsmedizin Mainz  
Untere Zahlbacher Straße 8, 55131 Mainz  
hardt@uni-mainz.de

**Prof. Dr. rer. nat. Christine Heim**

Institut für Medizinische Psychologie  
Charité Universitätsmedizin Berlin  
Luisenstraße 57, 10117 Berlin  
christine.heim@charite.de

**Dr. med. Veronika Hillebrand**

Ethikverein e. V. – Ethik in der Psycho-  
therapie  
Forstenrieder Allee 115, 81476 München  
v.hillebrand@ethikverein.de

**Jeffrey G. Johnson, Ph.D.**

Columbia University,  
College of Physicians and Surgeons  
Department of Psychiatry  
1051 Riverside Drive  
New York, NY 10032  
jjohnso@pi.cpmc.columbia.edu

**Dipl.-Psych. Bernd Kappis**

Klinik für Anästhesiologie  
Universitätsmedizin Mainz  
Langenbeckstraße 1, 55131 Mainz  
bernd.kappis@unimedizin-mainz.de

**Dipl.-Psych. Cornelia König**

Praxis für Kinder- und Jugendlichen-  
psychotherapie  
Wagnerstraße 67, 89077 Ulm  
cornelia.koenig@me.com

**Annika Krick, BA**

Psychologisches Institut  
Wallstraße 3–5, 55123 Mainz

**Univ.-Prof. Dr. phil. Arnold Lohaus**

Universität Bielefeld  
Fakultät für Psychologie und Sportwissen-  
schaft, Abteilung für Psychologie  
33501 Bielefeld  
arnold.lohaus@uni-bielefeld.de

**Prof. Dr. phil. Dr. h. c. Friedrich Lösel**

Institut für Psychologie  
Universität Erlangen-Nürnberg  
Bismarckstraße 1, 91054 Erlangen  
fal23@cam.ac.uk

**Pamela G. McGeoch**

Department of Psychology  
Graduate Faculty of Political and Social  
Science, New School University  
65 Fifth Avenue  
New York, 10003 NY/USA  
pgeomcgeoch@hotmail.com

**Prof. Dr. med. Eva Möhler**

SHG-Klinik Kleinblittersdorf  
Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psycho-  
therapie und -psychosomatik  
Waldstraße 40, 66271 Kleinblittersdorf  
sekr.kjp@sb.shg-kliniken.de

**Prof. Dr. med. Ralf Nickel**

HSK, Dr. Horst Schmidt Kliniken  
Klinik für Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie  
Aukammalle 39, 65191 Wiesbaden  
Ralf.Nickel@helios-kliniken.de

**Dr. Ellert R. S. Nijenhuis, Ph.D.**

Clienia Littenheid, Littenheid/Schweiz  
und  
Psychotraumatology Institute Europe,  
Boermaat 14,  
9431MS Westerbork/Niederlande  
und  
Grossenbaumer Allee 35a, 47269 Duisburg  
enijenhuis@me.com

**Dipl.-Psych. Judith Overfeld**

Institut für Medizinische Psychologie  
Charité Universitätsmedizin Berlin  
Luisenstraße 57, 10117 Berlin  
judith.overfeld@charite.de

**Prof. Dr. phil. Franz Petermann**

Universität Bremen  
Zentrum für Klinische Psychologie und  
Rehabilitation  
Grazer Straße 2 und 6, 28359 Bremen  
fpeterm@uni-bremen.de

**PD Dr. phil. Dipl.-Psych. Katja Petrowski**

Klinik und Poliklinik für Psychotherapie  
und Psychosomatik  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden  
katja.petrowski@tu-dresden.de

**PD Dr. phil. Dipl.-Psych. Karin Pöhlmann**

Universitätsklinik Carl Gustav Carus  
Klinik für Psychotherapie und Psycho-  
somatik  
Gesundheitspsychologie und Interventions-  
forschung  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden  
Karin.Poehlmann@uniklinikum-dresden.de

**Prof. Dr. med. Elisabeth Pott**

Ärztin für öffentliches Gesundheitswesen  
Direktorin a. D. der Bundeszentrale für  
gesundheitliche Aufklärung (BZgA)  
Mühlengasse 3, 50667 Köln  
office.epott@t-online.de

**Dipl.-Psych. Kathlen Priebe**

Humboldt-Universität zu Berlin  
Psychotherapie und Somatopsychologie  
Klosterstraße 64, 10179 Berlin  
kathlen.priebe@hu-berlin.de

**Dipl.-Psych. Miriam Rassenhofer**

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/  
-psychotherapie  
Universitätsklinikum Ulm  
Steinhövelstraße 5, 89075 Ulm  
miriam.rassenhofer@uniklinik-ulm.de

**Dr. phil. Katharina Ratzke**

Diakonie Deutschland  
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und  
Pflege  
Caroline-Michaelis-Straße 1, 10115 Berlin  
katharina.ratzke@diakonie.de

**Prof. Dr. med. Luise Reddemann**

Holzgasse 4, 53925 Kall  
L.Reddemann@t-online.de

**Prof. Dr. med. Franz Resch**

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Zentrum für Psychosoziale Medizin  
Universitätsklinikum Heidelberg  
Blumenstraße 8, 69115 Heidelberg  
franz.resch@med.uni-heidelberg.de

**Prof. Dr. med. Georg Romer**

Universitätsklinikum Münster  
Direktor der Klinik für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und  
-psychotherapie  
Schmeddingstraße 50, 48149 Münster  
g.romer@ukmuenster.de

**Prof. Dr. med. Martin Sack**

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische  
Medizin und Psychotherapie  
Klinikum rechts der Isar  
Langerstraße 3, 81675 München  
M.Sack@tum.de

**Prof. Dr. Dr. Günter Schiepek**

Institut für Synergetik und Psychotherapie-  
forschung  
Paracelsus Medizinische Privatuniversität  
Christian Doppler Universitätsklinik  
Ignaz-Harrer-Straße 79  
5020 Salzburg/Österreich  
g.schiepek@salk.at

**Dr. med. Andrea Schleu**

Ethikverein e. V. – Ethik in der Psycho-  
therapie  
Rüttenscheider Platz 3, 45130 Essen  
Schleu.A@t-online.de

**Prof. em. Dr. med. Dr. rer. nat.**

**Martin H. Schmidt**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
des Kindes- und Jugendalters  
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit  
J5, 68159 Mannheim  
martin.schmidt@zi-mannheim.de

**Joel R. Sneed, Ph.D.**

College of Physicians and Surgeons  
Columbia University  
Division of Biological Psychiatry  
New York State Psychiatric Institute  
Box 47 NYSPI, 1051 Riverside Drive  
New York, NY 10032/USA  
js2627@columbia.edu

**Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. M.Sc.**

**Christian Schubert**

Universitätsklinik für Medizinische  
Psychologie  
Medizinische Universität Innsbruck  
Department Psychiatrie und Psychotherapie  
Schöpfstraße 23a  
6020 Innsbruck/Österreich  
christian.schubert@i-med.ac.at

**Dipl.-Psych. Dominique Schwartze**

Universitätsklinik Jena  
Institut für Psychosoziale Medizin und  
Psychotherapie  
Stoystraße 3, 07740 Jena  
dominique.schwartze@med.uni-jena.de

**Prof. Dr. Wolfgang Söllner**

Psychosomatische Medizin und Psycho-  
therapie  
Universitätsklinik der Paracelsus Medizini-  
schen Privatuniversität  
Klinikum Nürnberg  
Prof.-Ernst-Nathan-Straße 1,  
90419 Nürnberg  
wolfgang.soellner@klinikum-nuernberg.de

**PD Dr. med. Cornelis Stadtland**

IPG-München  
Institut für psychiatrische Gutachten  
Jagdhornstraße 4, 81827 München  
c.stadtland@ipg-muenchen.de

**Prof. Dr. phil. habil. Dipl.-Psych. Bernhard  
Michael Strauß**

Universitätsklinikum Jena  
Institut für Psychosoziale Medizin und  
Psychotherapie  
Stoystraße 3, 07740 Jena  
bernhard.strauss@med.uni-jena.de

**Prof. Dr. med. Cornelia Thiels, MPhil  
MRCPsych**

Fachbereich Sozialwesen  
Fachhochschule Bielefeld  
Kurt-Schumacher-Straße 6, 33615 Bielefeld  
cornelia.thiels@fh-bielefeld.de

**Prof. Dr. med. Ute Thyen**

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin  
Lübeck  
Universität Lübeck  
Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck  
ute.thyen@uksh.de

**Prof. em. Dr. phil. Hanns Martin Trautner**

Westring 127, 55120 Mainz-Mombach  
trautner@uni-wuppertal.de

**Prof. Dr. Haci-Halil Uslucan**

Wissenschaftlicher Leiter des Zentrums  
für Türkeistudien und Integrationsforschung  
Professor für Moderne Türkeistudien  
Institut für Turkistik  
Fachbereich Geisteswissenschaften  
Universität Duisburg-Essen  
Universitätsstraße 12, 45117 Essen  
haci.uslucan@uni-due.de

**Pauline van Zon**

Eerste Atjehstraat 48-C  
1094KP Amsterdam/Niederlande  
paulinevanzon@hotmail.com;  
vanzonpsychotherapie@gmail.com

**Dr. med. Angela von Arnim**

Viktoria-Luise-Platz 8, 10777 Berlin  
psychosomatik-dr.a.v.arnim@web.de

**PD Dr. med. Wolfgang Wöller**

Rhein-Klinik  
Krankenhaus für Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie  
Luisenstraße 3, 53604 Bad Honnef  
wolfgang.woeller@johanneswerk.de

# Inhalt

## Grundlagen

---

- |   |           |   |            |
|---|-----------|---|------------|
| <b>1 Formen der Misshandlung von Kindern – Definitionen, Häufigkeiten, Erklärungsansätze . . . . .</b>  | <b>3</b>  | <b>6 Vernachlässigung und Misshandlung aus der Sicht der Bindungstheorie . . . .</b>                                | <b>104</b> |
| Anette Engfer   |           | Bernhard Strauß und Dominique Schwartze   |            |
| <b>2 Gesundheitliche Langzeitfolgen psychisch traumatisierender und emotional deprivierender Entwicklungsbedingungen in Kindheit und Jugend . . . . .</b> | <b>24</b> | <b>7 Langzeitfolgen von Trennung und Scheidung . . . . .</b>  | <b>119</b> |
| Ulrich T. Egle  |           | Matthias Franz  |            |
| <b>3 Psychobiologische Folgen früher Stresserfahrungen . . . . .</b>  | <b>40</b> | <b>8 Sexueller Missbrauch und Vernachlässigung in Familien . . . . .</b>  | <b>138</b> |
| Judith Overfeld und Christine Heim  |           | Peter Joraschky und Katja Petrowski   |            |
| <b>4 Traumatisierung und zerebrale Bildgebung . . . . .</b>   | <b>66</b> | <b>9 Familien von Kindern mit aggressiven Verhaltensweisen . . . . .</b>  | <b>155</b> |
| Thomas Beblo  |           | Manfred Cierpka und Katharina Ratzke  |            |
| <b>5 Risikofaktoren, Schutzfaktoren und Resilienz bei Misshandlung und Vernachlässigung . . . . .</b>   | <b>77</b> | <b>10 Neuere psychodynamische Theorien und Modelle zu Traumafolgestörungen . . . . .</b>                            | <b>177</b> |
| Doris Bender und Friedrich Lösel  |           | Wolfgang Wöller   |            |
|   |           | <b>11 Die Auswirkungen von Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch auf Körperbild und Selbstgefühl . . . . .</b> | <b>187</b> |
|   |           | Peter Joraschky und Karin Pöhlmann  |            |

## Diagnostische Aspekte

---

- |   |            |  |            |
|---|------------|--|------------|
| <b>12 Standardisierte Verfahren zur retrospektiven Erfassung von Kindheitsbelastungen . . . . .</b> | <b>199</b> | <b>13 Können Kindheitsbelastungen retrospektiv bei Erwachsenen erfasst werden? . . . . .</b> | <b>219</b> |
| Bernd Kappis und Jochen Hardt   |            | Jochen Hardt   |            |

## Folgen für Kinder und Jugendliche

- |   |  |
|---|--|
| <p><b>14 Diagnostisches Vorgehen bei Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung</b> . . . . . 241<br/>Inge Seiffge-Krenke und Annika Krick</p> <p><b>15 Kinder und Jugendliche als Täter und Opfer</b> . . . . . 263<br/>Inge Seiffge-Krenke und Franz Petermann</p> <p><b>16 Kinder als Opfer von Gewalt: Spezifische Risiken und Herausforderungen zugewanderter Familien</b> . . . . . 283<br/>Haci-Halil Uslucan</p> | <p><b>17 Therapie psychisch schwer traumatisierter Patienten</b> . . . . . 300<br/>Miriam Rassenhofer, Cornelia König und Jörg M. Fegert</p> <p><b>18 Stationäre Psychotherapie und transgenerationale Aspekte des Misshandlungstraumas</b> . . . . . 319<br/>Stefan Eisenbeis, Eva Möhler und Franz Resch</p> |
|---|--|

## Krankheitsbilder bei Erwachsenen

- |   |   |
|---|---|
| <p><b>19 Depressive Störungen und Suizidalität</b> . . . . . 333<br/>Peter Joraschky und Ulrich Tiber Egle</p> <p><b>20 Angsterkrankungen</b> . . . . . 353<br/>Peter Joraschky und Katja Petrowski</p> <p><b>21 Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD)</b> . . . . . 370<br/>Guido Flatten</p> <p><b>22 Dissoziative Störungen</b> . . . . . 391<br/>Ellert R. S. Nijenhuis</p> <p><b>23 Stressinduzierte Hyperalgesie (SIH) als Folge von emotionaler Deprivation und psychischer Traumatisierung in der Kindheit</b> . . . . . 411<br/>Ulrich T. Egle</p> <p><b>24 Pelvipathie bei Frauen</b> . . . . . 426<br/>Astrid Lampe und Wolfgang Söllner</p> | <p><b>25 Psychoneuroimmunologische Langzeitfolgen frühkindlicher Traumatisierung und Stresserfahrungen</b> . . . . . 441<br/>Christian Schubert, Silvia Exenberger, Benjamin Aas, Astrid Lampe und Günter Schiepek</p> <p><b>26 Sexuelle Störungen und Verhaltensauffälligkeiten</b> . . . . . 460<br/>Bernhard Strauß und Romina Gawlytta</p> <p><b>27 Borderline-Persönlichkeitsstörungen</b> . . . . . 476<br/>Ursula Gast</p> <p><b>28 Persönlichkeitsstörungen und frühe Stresserfahrungen</b> . . . . . 502<br/>Jeffrey G. Johnson, Pamela G. McGeoch, Vanessa Caskey, Sotoodeh G. Abhary und Joel R. Sneed</p> <p><b>29 Essstörungen</b> . . . . . 537<br/>Cornelia Thiels</p> |
|---|---|

## Therapie psychisch schwer traumatisierter Patienten

- |  |  |
|--|--|
| <p><b>30 Übertragungsfokussierte Psychotherapie bei schwer traumatisierten Patienten . . . . .</b> 555<br/>Nel Draijer und Pauline van Zon</p> <p><b>31 Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie . . . . .</b> 567<br/>Luise Reddemann</p> <p><b>32 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) . . . . .</b> 583<br/>Martin Sack und Barbara Gromes</p> <p><b>33 Psychodynamisch-interaktionelle Gruppenpsychotherapie bei traumatisierten Patienten . . . . .</b> 591<br/>Ralf Nickel</p> | <p><b>34 Dialektisch-Behaviorale Therapie früh traumatisierter Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung . . . . .</b> 607<br/>Kathlen Priebe und Martin Bohus</p> <p><b>35 Körperpsychotherapie bei schwer traumatisierten Patienten . . . . .</b> 634<br/>Peter Joraschky und Angela von Arnim</p> <p><b>36 Familientherapeutische Interventionen bei sexuellem Kindesmissbrauch . . . . .</b> 644<br/>Georg Romer</p> <p><b>37 Folgetherapie nach sexuellem Missbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie . . . . .</b> 658<br/>Gottfried Fischer<sup>†</sup> und Monika Becker-Fischer</p> |
|--|--|

## Prävention

- |  |  |
|--|--|
| <p><b>38 Psychosoziale Prävention – ein Mehrebenenansatz . . . . .</b> 677<br/>Manfred Cierpka</p> <p><b>39 Zur Prävention von aggressivem Verhalten bei Kindern . . . . .</b> 697<br/>Manfred Cierpka</p> <p><b>40 Präventionsprogramme und ihre Wirksamkeit zur Verhinderung sexuellen Missbrauchs . . . . .</b> 709<br/>Arnold Lohaus und Hanns Martin Trautner</p> | <p><b>41 Präventive Maßnahmen in Institutionen . . . . .</b> 725<br/>Jörg M. Fegert</p> <p><b>42 Konzepte der Frühen Hilfen in Deutschland und das Nationale Zentrum Frühe Hilfen . . . . .</b> 744<br/>Ute Thyen und Elisabeth Pott</p> <p><b>43 Grenzverletzungen in der Psychotherapie und ihre Prävention. . . . .</b> 764<br/>Andrea Schleu und Veronika Hillebrand</p> |
|--|--|

## Begutachtung

---

- 44 **Begutachtung von Kindern und Jugendlichen**. . . . . 779  
Martin H. Schmidt
- 45 **Retrospektive Begutachtung von in der Kindheit traumatisierten Erwachsenen**. . . . . 795  
Steffen Dauer
- 46 **Die Begutachtung der Täter** . . . . . 809  
Cornelis Stadtland

---

Sachverzeichnis. . . . . 838

---

Das Gesamt-Literaturverzeichnis des Buches finden Sie online unter [www.schattauer.de/egle-2921.html](http://www.schattauer.de/egle-2921.html)

# Grundlagen

---

This page intentionally left blank

# 1 Formen der Misshandlung von Kindern – Definitionen, Häufigkeiten, Erklärungsansätze

Anette Engfer<sup>1</sup>

## Inhalt

---

1.1	Definitionen und Vorkommenshäufigkeiten.....	4
1.2	Vernachlässigung.....	5
1.3	Psychische Formen der Misshandlung und Vernachlässigung.....	7
1.4	Körperliche Misshandlung.....	9
1.4.1	Definition.....	9
1.4.2	Häufigkeit und Dunkelfeld.....	9
1.4.3	Erklärungsmodelle der Kindesmisshandlung.....	10
1.4.4	Auswirkungen von Kindesmisshandlungen.....	12
1.4.5	Intervention bei Kindesmisshandlungen.....	13
1.5	Sexueller Missbrauch.....	14
1.5.1	Definitionen.....	14
1.5.2	Häufigkeit und Dunkelfeld.....	15
1.5.3	Opfer des sexuellen Missbrauchs.....	16
1.5.4	Täter und Täterinnen, Merkmale des Missbrauchs.....	18
1.5.5	Erklärung des sexuellen Missbrauchs.....	19
1.5.6	Diagnostik des sexuellen Missbrauchs.....	20
1.5.7	Auswirkungen des sexuellen Missbrauchs.....	20
1.5.8	Intervention bei sexuellem Missbrauch.....	23

---

<sup>1</sup> Dieser Text ist eine gekürzte und überarbeitete Fassung des Kapitels „Kindesmisshandlung“. In: Hasselhorn M, Silbereisen RK (Hrsg). Enzyklopädie der Psychologie. C/V/4. Psychologie des Säuglings- und Kindesalters. Göttingen: Hogrefe.

Ich danke Jochen Hardt und Mechthild Gödde für wertvolle Hinweise, die wesentlich zur Verbesserung des Textes beigetragen haben.

## 1.1 Definitionen und Vorkommenshäufigkeiten

### Definition

Kindesmisshandlungen sind gewaltsame psychische oder physische Beeinträchtigungen von Kindern durch Eltern oder Erziehungsberechtigte. Diese Beeinträchtigungen können durch elterliche Handlungen (wie bei körperlicher Misshandlung, sexuellem Missbrauch) oder Unterlassungen (wie bei emotionaler und physischer Vernachlässigung) zustande kommen.

Der sexuelle Missbrauch ist insofern ein Sonderfall, als er nur selten von den eigenen Eltern ausgeht.

Man unterscheidet zwischen einem *engeren* und einem *weiteren* Misshandlungsbegriff.

*Misshandlungen im engeren Sinne* umfassen in der Regel die Fälle, in denen Kinder körperlich verletzt werden. Bei manchen Misshandlungsformen (z. B. bei psychischer Misshandlung, den meisten Formen des sexuellen Missbrauchs) sind solche körperlichen Schädigungen nicht beobachtbar. Deshalb werden Annahmen über Intensitätsgrade des schädigenden Verhaltens und über die Abweichung von kulturellen Normen eines zu fordernden bzw. geduldeten Verhaltens zum Kriterium gemacht. Beim sexuellen Missbrauch fallen hierunter besonders gravierende Fälle mit versuchtem oder erzwungenem Geschlechtsverkehr und/oder der Anwendung von Gewalt (Wipplinger u. Amann 1998). Im engeren Sinne wird der Begriff der Misshandlung vor allem bei strafrechtlichen Entscheidungen zugrunde gelegt. Damit will man Fehldiagnosen ausschließen und Sanktionen für Eltern oder andere „Täter“ vermeiden, wenn Kinder nicht durch Misshandlungen, sondern durch Krankheiten

oder Unfälle verletzt wurden (sog. falsch positive Fälle).

*Misshandlungen im weiteren Sinne* schließen Handlungen oder Unterlassungen ein, die nicht unbedingt zu körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen von Kindern führen, die in geringerem Maße als Normabweichung gelten, häufiger vorkommen und auch heute noch von vielen Eltern praktiziert werden (wie häufiges Schimpfen, Schlagen, Bestrafen mit Liebesentzug usw.). Beim sexuellen Missbrauch fallen hierunter Fälle ohne Körperkontakt (z. B. Exhibitionismus) oder einmalige, wenig schädigende Handlungen (z. B. sexualisierte Küsse, die Brust eines Mädchens berühren). Die Verwendung weiterer Misshandlungsbegriffe ist in folgenden Situationen sinnvoll:

- bei präventiven Ansätzen, wenn man misshandlunggefährdeten Familien Hilfen anbieten will, bevor Kinder verletzt werden
- bei diffusen körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen; gerade bei Säuglingen und kleinen Kindern muss jeder Verdacht der Misshandlung abgeklärt werden, damit kein Fall übersehen wird (sog. falsch negative Fälle)
- in der sozialwissenschaftlichen Forschung

Im Folgenden werden die verschiedenen Formen der Gewalt gegen Kinder dargestellt. Dabei werden Erscheinungsformen und, so weit das möglich ist, epidemiologische Angaben, vermutete Ursachen, Auswirkungen und Interventionsansätze skizziert.

Zur Häufigkeit der verschiedenen Gewaltformen ist festzustellen, dass Vernachlässigungen wesentlich häufiger vorkommen als körperliche Misshandlungen und sexueller Missbrauch. In den USA, wo alle

Misshandlungsformen meldepflichtig sind, fand man für 1995 folgende Zahlenverhältnisse: Es wurden ca. drei Millionen Misshandlungsfälle gemeldet, von denen allerdings nur ca. ein Drittel bis die Hälfte validiert wurden. Die einzelnen Gewaltformen sind mit folgenden Anteilen vertreten:

- 54 % körperliche Vernachlässigung
- 25 % körperliche Misshandlung
- 11 % sexueller Missbrauch
- 3 % emotionale Vernachlässigung
- 7 % waren nicht eindeutig klassifizierbar (Emery u. Laumann-Billings 1998).

Man mag die Übertragbarkeit dieser Zahlen auf bundesdeutsche Verhältnisse bezweifeln. Jedoch ergaben sich auch in der deutschen Studie von Wetzels (1997a) doppelt so viele Opfer körperlicher Gewalt wie Opfer sexueller Übergriffe.

Die Separierung der verschiedenen Gewaltformen erscheint in der letzten Zeit immer problematischer. Denn die Ergebnisse empirischer Studien ergeben, dass zwischen diesen Gewaltformen erhebliche Überlappungen und zeitliche Verkettungen bestehen. Besonders bei den Fällen, die wiederholt in amerikanischen Kinderschutzregistern auftauchen, zeigen sich solche Überlappungen und Verkettungen in 36–94 % der Fälle (Jonson-Reid et al. 2003). Sie erschweren den Nachweis spezifischer Auswirkungen der verschiedenen Gewaltformen, auch die Antwort auf die Frage, welche Form der Gewalt die schädlichste ist (zu den besonderen methodischen Problemen in diesem Forschungsbereich s. Kap. 13; Engfer 2008).

## 1.2 Vernachlässigung

### Definition

Kinder werden vernachlässigt, wenn sie von ihren Eltern oder Betreuungspersonen unzureichend ernährt, gepflegt, gefördert, gesundheitlich versorgt, beaufsichtigt und/oder vor Gefahren geschützt werden.

Die mangelnde Beaufsichtigung scheint die häufigste Form der Vernachlässigung bei den Fällen zu sein, die in amerikanischen Kinderschutzregistern erfasst werden (Jonson-Reid et al. 2003). Eine bei Kleinkindern wichtige Unterform stellt die nicht-organisch begründete Gedeihstörung dar (Wolke 1994), die oft im Zusammenhang mit Vernachlässigungen, aber auch als reine Gedeihstörung auftreten kann, wenn Eltern ihre Kinder falsch ernähren oder Kinder die Nahrung verweigern.

Ähnlich wie bei anderen Formen der Gewalt hängt die Definition der Vernachlässigung von gesellschaftlichen Maßstäben eines angemessenen, geforderten oder gerade noch tolerierten Elternverhaltens ab. Vernachlässigung wird *häufig im Kontext extremer Armut und sozialer Randständigkeit* beobachtet (Esser 1994; Wolff 1994), aber auch im Kontext von *psychischen Erkrankungen (Depressionen), geistigen Behinderungen oder Alkohol- und Drogenproblemen der Eltern* (Lawton-Hawley u. Disney 1992).

### Merke

Vernachlässigungen kommen am häufigsten vor, verlaufen besonders oft chronisch und sind bei wiederholt erfassten Fällen häufig mit anderen Gewaltformen verknüpft (Jonson-Reid et al. 2003).

In der Längsschnittstudie von Esser (1994) zeigten sich bei Säuglingen und Kleinkindern als Folgen von Vernachlässigung im Alter von drei Monaten deutliche Zeichen von Dysphorie und Probleme in der Ausbildung vorhersagbarer Routinen beim Trinken, Schlafen und bei der Verdauung; im Alter von zwei und vier Jahren ergaben sich im Vergleich zur Kontrollgruppe gravierende Rückstände in der kognitiven Entwicklung, mit viereinhalb Jahren nässten und koteten die vernachlässigten Kinder häufiger ein, ihr Verhalten war aggressiver, impulsiver, schlechter steuerbar.

In amerikanischen Studien fand man bei vernachlässigten Schulkindern als Hauptsymptome internalisierende Störungen (Bolger u. Patterson 2001; Manly et al. 2001), sozialen Rückzug (Manly et al. 2001) und externale Kontrollüberzeugungen (Bolger u. Patterson 2001). Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen fand man als Spätfolgen der Vernachlässigung Delinquenz, Suchtprobleme, Depressionen und antisoziales Verhalten (Cohen et al. 2001; Eckenrode et al. 2001; Thornberry et al. 2001).

Bei Kleinkindern kann man die Auswirkungen der Vernachlässigung recht plausibel aus den beobachtbaren Merkmalen eines wenig zugewandten und förderlichen Mutterverhaltens herleiten. Für die später beobachtbaren Störungsbilder sind die Vermittlungsmechanismen jedoch weniger klar. Es könnte sich um *direkte Effekte* handeln, wenn Kinder zu wenig in prosozialem Verhalten angeleitet, zu wenig gefördert, unterstützt und beachtet werden. Um *indirekte Effekte* könnte es sich handeln, wenn internalisierende Störungen, sozialer Rückzug, Depressionen und Suchtverhalten über erfahrene soziale Ablehnung, über schulische und berufliche Misserfolge und damit verknüpfte Selbstwertprobleme vermittelt

werden. Dabei können direkte und indirekte Effekte der Vernachlässigung zusammenwirken und sich in ihrer Wirkung gegenseitig verstärken.

Schließlich ist die Wirksamkeit nicht überprüfter *Drittfaktoren* schwer abzuschätzen – und die könnten genetischer Art sein: Das von Polansky et al. (1981) beschriebene „Resignations-Apathie-Syndrom“ vernachlässigender Eltern ähnelt den Störungsbildern, die als „Auswirkungen“ der Vernachlässigung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen beschrieben werden. Beide können in der gemeinsamen genetischen Basis begründet sein. Solche Drittfaktoren können aber auch in den Armutslagen, den gefährlichen und gefährdenden Umwelten liegen, denen Eltern und Kinder bei Vernachlässigung in gleicher Weise ausgesetzt sind (vgl. Wolff 1994). Da die Korrelate und Auswirkungen von Vernachlässigung bislang empirisch wenig erforscht sind, sind die eigentlichen Vermittlungsmechanismen alles andere als klar.

Auffällig ist, dass in neueren Studien die unmittelbarsten Auswirkungen der Vernachlässigung – nämlich Retardierungen in der körperlichen, kognitiven und motorischen Entwicklung bei Säuglingen und Kleinkindern – nicht untersucht werden (Ausnahme: die Studie von Esser 1994). Dabei sind diese Beeinträchtigungen gravierend, besonders wenn körperliche Misshandlungen hinzukommen (vgl. Dietrich et al. 1983).

Bei schweren Vernachlässigungen richten therapeutisch-psychologische Interventionsformen, wie sie von Erziehungsberatungsstellen und Kinderschutzzentren angeboten werden, in der Regel wenig aus. Hier sind einschneidende Eingriffe in das elterliche Sorge- und Aufenthaltsbestimmungsrecht nötig, wenn vernachlässigte Kinder zu ihrem Schutz aus der Familie he-

rausgenommen und in einem Heim oder in einer Pflegefamilie untergebracht werden müssen.

Wirksamer sind vermutlich präventive Maßnahmen, vor allem wenn sie frühzeitig (möglichst schon in der Schwangerschaft) einsetzen, eine intensive Betreuung der Familien einschließen und lange genug (mindestens zwei Jahre) durchgeführt werden. Dieses von Olds und Mitarbeitern Ende der siebziger Jahre aufgelegte Präventionsprogramm war offenbar geeignet, die Chronifizierung von Vernachlässigung und damit früh einsetzende, sehr problematische Verhaltensweisen (Substanzmissbrauch, Promiskuität, Delinquenz usw.) der Jugendlichen 15 Jahre später zu verhindern (Eckenrode et al. 2001).

### 1.3 Psychische Formen der Misshandlung und Vernachlässigung

#### Definition

Unter psychischer Misshandlung versteht man alle Handlungen oder Unterlassungen von Eltern oder Betreuungspersonen, die Kinder ängstigen, überfordern, ihnen das Gefühl der Wertlosigkeit vermitteln.

Es gibt verschiedene Taxonomien zu den elterlichen Verhaltensweisen, die unter die emotionale bzw. psychische Misshandlung und Vernachlässigung zu subsumieren sind (vgl. McGee u. Wolfe 1991; APSAC 1995; Glaser 2002b). Exemplarisch sei hier die Taxonomie von Glaser (2002b) vorgestellt. Sie fasst unter die psychische bzw. emotionale Misshandlung und Vernachlässigung folgende elterliche Verhaltensweisen:

- emotionale Nicht-Verfügbarkeit, das Ignorieren des Kindes

- Ablehnung und Abwertung des Kindes, indem ihm negative Eigenschaften zugeschrieben werden
- entwicklungsunangemessene oder inkonsistente Verhaltensweisen gegenüber dem Kind; dazu können gehören: Überforderung, Überbehütung und Einschränkung kindlicher Erfahrungsräume, mangelnder Schutz vor traumatischen oder verwirrenden Erfahrungen (z. B. wenn Kinder elterliche Suizidversuche miterleben müssen)
- mangelnder Respekt für die Individualität des Kindes und psychologisch notwendige Grenzziehungen (z. B. wenn das Kind zur Befriedigung elterlicher Bedürfnisse instrumentalisiert wird)
- mangelnde Förderung kindlicher Sozialkompetenz; hierunter fallen falsche Formen der sozialen Anleitung z. B. durch Bestechung und „psychische Vernachlässigung“, wenn Eltern ihre Kinder nicht angemessen fördern, ihnen Erfahrungsräume verwehren

In dieser Taxonomie „verbergen“ sich mindestens zwei Grunddimensionen, nämlich einmal die Ablehnung und Abwertung des Kindes (das wäre der Aspekt der emotionalen Misshandlung), zum anderen der Aspekt der mangelnden bzw. falschen Förderung kindlicher Sozialkompetenz (das wäre der Aspekt der psychischen Vernachlässigung). Es fehlen die Dimensionen der Einschüchterung bzw. Bedrohung, der sozialen Isolierung und der mangelnden gesundheitlichen und medizinischen Versorgung, die in der Taxonomie der APSAC (1995) enthalten sind.

Die besonderen Probleme bei der Definition der emotionalen/psychischen Misshandlung und Vernachlässigung werden hier aber deutlich:

- Die Grenzen zwischen üblichen und weitgehend tolerierten Praktiken (z. B. Liebesentzug) und psychisch schädigendem Elternverhalten (Ignorieren des Kindes) sind schwer zu ziehen. Unklar ist z. B., ab welcher Dauer oder in welcher Form ein Liebesentzug in psychische Misshandlung übergeht.
- Es gehen häufig nicht explizierte Werturteile über das ein, was als „angemessenes“ oder gerade noch tolerierbares Elternverhalten angesehen wird.
- Diese Werturteile hängen zudem vom Alter des Kindes, seinen individuellen Merkmalen ab. So scheint die emotionale Nicht-Verfügbarkeit von Müttern bei Kleinstkindern auf die Dauer zu gravierenden Beeinträchtigungen in der kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklung (z. B. zu Bindungsunsicherheit) zu führen (vgl. Erickson et al. 1989), bei älteren Kindern können andere Aspekte (mangelnde Förderung sozialer Kompetenz, Abwertung und Ablehnung des Kindes) möglicherweise wichtiger werden.
- Wenn man diese Werturteile umgehen und die Schädlichkeit des elterlichen Verhaltens über die beim Kind beobachtbaren Beeinträchtigungen definieren will, ergeben sich hier andere Probleme der Abgrenzung: die Definition dessen, was als „beeinträchtigtes“ Kindverhalten gelten soll und was nicht, und die Frage, ob dafür tatsächlich das elterliche Verhalten ausschlaggebend war.
- Die Grenzen zwischen der *psychischen* Misshandlung bzw. Vernachlässigung und der *physischen* Vernachlässigung sind schwer bestimmbar. Wenn (kleine) Kinder nicht genügend beaufsichtigt und vor Gefahren geschützt werden, wenn Eltern die gesundheitliche und medizinische Fürsorge vernachlässigen,

kann das bei Kindern gravierende physische Konsequenzen haben.

Alle diese Schwierigkeiten machen den Begriff der psychischen bzw. emotionalen Misshandlung und Vernachlässigung in der Literatur relativ umstritten (vgl. das Themenheft von Development and Psychopathology 1991, das dieser Debatte gewidmet ist). Aussagen über die Häufigkeit der emotionalen bzw. psychischen Misshandlung und Vernachlässigung sind deshalb schwierig oder sie basieren auf einer sehr engen, verhaltensnahen Operationalisierung „verbaler Misshandlung“. Mit diesem Vorgehen konnten Johnson et al. (2001b) in der New Yorker Längsschnittstudie bei 9,8 % der von ihnen untersuchten 793 Probanden das Vorkommen „verbaler Misshandlung“ feststellen, die bei den betroffenen Kindern im jungen Erwachsenenalter mit einem erhöhten Risiko für das Auftreten bestimmter Persönlichkeitsstörungen verknüpft war (vgl. Kap. 28).

Im Gegensatz zu dieser Problematisierung des Begriffs der psychischen Misshandlung sehen Garbarino und Vondra (1987) die psychische Misshandlung bzw. Vernachlässigung als die zentralste, häufigste und schädlichste Form der Gewalt, da auch alle anderen Formen der Gewalt meistens eine psychische Komponente haben. Denn Kinder werden in der Regel nicht wortlos verprügelt, sondern sie werden dabei beschimpft und angeschrien; in der Vernachlässigung drückt sich das elterliche Desinteresse am Wohlergehen der Kinder aus und, wenn Kinder sexuell missbraucht werden, werden die sexuellen Bedürfnisse des „Täters“ über die Interessen des Kindes gestellt. Psychische Gewalt ist also oft, aber nicht immer mit anderen Formen der Gewalt verknüpft und erhöht das Risiko, dass so „misshandelte“ Kinder später zu Opfern

## 1.4 Körperliche Misshandlung

des sexuellen Missbrauchs werden, weil ihr Bedürfnis nach Liebe und Anerkennung von pädophilen Tätern erkannt und ausgenutzt wird.

### 1.4 Körperliche Misshandlung

#### 1.4.1 Definition

##### Definition

Unter körperlicher Misshandlung versteht man Schläge oder andere gewaltsame Handlungen (Stöße, Schütteln, Verbrennungen, Stiche usw.), die beim Kind zu Verletzungen führen können.

Ob ein Kind dabei zu Schaden kommt, hängt nicht nur von der Härte und Intensität der Gewalthandlung ab. Auch die Empfindlichkeit des kindlichen Organismus (bei Säuglingen kann heftiges Schütteln schon zu lebensgefährlichen Hirnblutungen führen) und situationale Umstände (wenn ein Kind mit dem Kopf auf eine harte Kante statt auf den weichen Teppichboden fällt) spielen eine Rolle.

#### 1.4.2 Häufigkeit und Dunkelfeld

Über die Häufigkeit von Kindesmisshandlungen kann man für die Bundesrepublik Deutschland keine verlässlichen Aussagen machen, weil hier keine Meldepflicht besteht, deren Einführung vor allem mit dem Argument abgelehnt wurde, dass Eltern dann noch weniger bereit sein würden, misshandlungsbedingte kindliche Verletzungen von Ärzten behandeln zu lassen (vgl. Engfer 1986, S. 23).

Die kriminalpolizeilichen Statistiken zur Häufigkeit von angezeigten Kindesmisshandlungen sind mit ca. 2500 Fällen pro Jahr (BMI 2003) sehr selektiv und wenig

aussagekräftig. Wetzels (1997a, S. 30) stellt fest, dass die absoluten Zahlen bei den angezeigten Fällen von Kindesmisshandlung zwischen 1985 und 1995 um 36,1 % zugenommen haben. Demgegenüber hat sich die Opferrate (= die Zahl der Opfer je 100 000 der Bevölkerung unter 15 Jahren) in diesem Zeitraum nur unwesentlich verändert und eher leicht verringert.

##### Merke

In sozialwissenschaftlichen Studien zeigt sich, dass ca. die Hälfte bis zwei Drittel der deutschen Eltern ihre Kinder körperlich bestrafen.

Schwerwiegende und relativ häufige Körperstrafen finden sich bei ca. 10–15 % der deutschen Eltern (Engfer 1991a; Esser 1994; Richter-Appelt u. Tiefensee 1996b). Eine Zunahme der Gewalt gegen Kinder lässt sich aufgrund dieser Untersuchungen nicht belegen: In einer kriminologischen Opferbefragung von 3285 Personen im Alter zwischen 16 und 59 Jahren berichten jüngere Alterskohorten signifikant seltener über körperliche Bestrafungen (Wetzels 1997a, S. 151).

Obwohl sich seit den sechziger Jahren Eltern-Kind-Beziehungen in deutschen Familien zunehmend liberaler gestalten und nach einer neueren Erhebung 85 % der Eltern das Leitbild einer gewaltfreien Erziehung für wichtig halten (Bussmann 2002), ist der Prozentsatz der Kinder mit Misshandlungen im engeren Sinne mit 10,6 % in etwa gleich geblieben (Wetzels 1997a). Möglicherweise wird durch öffentliche Sensibilisierungskampagnen nur das Ausmaß der „alltäglichen Gewalt“ in Eltern-Kind-Beziehungen reduziert, während die Fälle schwerster Misshandlungen davon unberührt bleiben.

### 1.4.3 Erklärungsmodelle der Kindesmisshandlung

Es gibt im Wesentlichen drei Erklärungsmodelle der Kindesmisshandlung, die hier kurz dargestellt werden sollen (vgl. Engfer 1986).

**Psychopathologisches Erklärungsmodell:** Im sogenannten psychopathologischen Erklärungsmodell werden elterliche Persönlichkeitsprobleme für das Auftreten von Kindesmisshandlungen verantwortlich gemacht. Diese resultieren oft aus Vorerfahrungen mit harten Strafen und Ablehnung in der eigenen Kindheit. Zentral ist die These der *mehrgenerationalen Weitergabe der Gewalt*.

Kaufman und Zigler (1993) vermuten, dass nur ca. 30% der ehemals misshandelten Eltern die selbst erfahrene Gewalt weitergeben. Andere Autoren (z.B. Egeland 1993; Bender u. Lösel 2000) halten das für eine Unterschätzung. Denn Gewalterfahrungen in der Kindheit sind ein entscheidender Risikofaktor für alle möglichen Störungsbilder und Formen der Gewaltbereitschaft, also auch für Kindesmisshandlungen (vgl. Abschn. Auswirkungen von Kindesmisshandlungen).

Die Studien von Reisel (1991) und Wetzels (1997a) zeigen deutliche Unterschiede im Anteil der Eltern, die die selbst erfahrene Gewalt an die eigenen Kinder weitergeben. Bei Reisel (1991) wurden ca. 20% der Mütter und Väter in ihrer Kindheit oft geschlagen. Während alle diese Mütter in der Erziehung ihrer eigenen Kinder auf Gewalt verzichten, sind es bei den Vätern nur 9%, die trotz eigener Gewalterfahrungen ihre Kinder nicht schlagen.

In der Studie von Wetzels (1997a) geben nahezu zwei Drittel (64,8%) der Eltern mit Gewalterfahrungen in der Kindheit diese

Gewalt an ihre Kinder weiter. Besonders deprimierend ist der Befund, dass ein Viertel der gewaltfrei erzogenen Eltern ihre Kinder schlagen. Betrachtet man jedoch Misshandlungen im engeren Sinne, brechen 85,7% der Eltern mit der Tradition der selbst erfahrenen Gewalt.

Demnach geben nicht alle Eltern die selbst erfahrene Gewalt an ihre Kinder weiter. Dies wird dem Einfluss sogenannter Schutzfaktoren zugeschrieben: Ehemals misshandelte Kinder können in tragfähigen Beziehungen zu anderen Menschen (z. B. zu einem nicht-misshandelnden Elternteil, zu Therapeuten oder späteren Lebenspartnern) ihre Gewalterfahrungen bewältigen lernen. Außerdem scheinen eine gute Begabung und damit verknüpfte schulische Erfolgserfahrungen vor der Weitergabe der selbst erfahrenen Gewalt zu schützen (Malinosky-Rummell u. Hansen 1993). Allerdings sind schulische Erfolgserfahrungen eher unwahrscheinlich, weil misshandelte und viel bestrafte Kinder in vielen schulrelevanten Entwicklungsbereichen Rückstände zeigen (Engfer 1997, S. 37).

Die in diesem Erklärungsmodell enthaltene Annahme über die zentrale Bedeutung elterlicher Persönlichkeitsmerkmale im Misshandlungsgeschehen wurde inzwischen in amerikanischen (z. B. Pianta et al. 1989; Pears u. Capaldi 2001) und deutschen Studien (z. B. Engfer 1991a) bestätigt. Dazu gehören vor allem Depressionen und andere Formen psychischer Labilität bzw. erhöhter Irritierbarkeit, die einen gelassenen und geduldigen Umgang mit Kindern erschweren.

**Soziologische Erklärungsansätze:** Soziologische Erklärungsansätze machen folgende Bedingungen für die Gewalt gegen Kinder verantwortlich:

## 1.4 Körperliche Misshandlung

- die gesellschaftliche Billigung von Gewalt in der Erziehung von Kindern
- Lebensbelastungen (Armut, Arbeitslosigkeit), die Familien überfordern
- den Mangel an sozialen Unterstützungssystemen, die Familien in Krisenzeiten entlasten könnten

Es ist relativ gut belegt, dass die *gesellschaftliche Billigung von Gewalt* als Mittel der Erziehung rückläufig ist. Dies zeigt sich am deutlichsten in der Abschaffung des elterlichen Züchtigungsrechtes:

### Merke

Die Änderung des § 1631 Abs. 2 BGB wurde am 1. August 1998 beschlossen und trat am 8. November 2000 in Kraft (vgl. Priester 1999). Nach einer viele Jahre dauernden Diskussion über das Verbot des elterlichen Züchtigungsrechtes heißt es nun im § 1631 Abs. 2 BGB:

*„Entwürdigende Erziehungsmaßnahmen, insbesondere körperliche und seelische Misshandlungen, sind unzulässig.“*

Der neueren Erhebung von Bussmann (2002) zufolge hat sich die Zustimmung zum Gebrauch körperlicher Bestrafungen gegenüber 1996 deutlich verringert: Während 1996 noch zwei Drittel der deutschen Eltern leichte Körperstrafen akzeptabel fanden, sind es heute nur noch etwas mehr als die Hälfte. Das Tolerieren von „leichten Ohrfeigen“ ist von 80 % auf 60 % gesunken und weniger als 6 % der Befragten halten heute eine schallende Ohrfeige für erlaubt, 1996 waren es noch 17 %. Das ist ein wichtiger Trend, da Eltern, die Strafen gutheißen oder verharmlosen, gegenüber ihren Kindern häufiger gewalttätig sind (Engfer 1991a; Reisel 1991). Andererseits kann die zunehmende Tabuisierung von Gewalt dazu beitragen, dass Eltern und Kinder ihre Aussagen über die Häufigkeit und Intensität

von Gewalthandlungen stärker zensieren (vgl. Engfer 2008).

*Lebensbelastungen* sind zwar in vielen gewaltgefährdeten Familien nachweisbar, ihr Beitrag zum eigentlichen Misshandlungsgeschehen ist jedoch anderen Faktoren (z. B. Persönlichkeitsmerkmalen der Eltern) untergeordnet (Pianta et al. 1989; Engfer 1991a).

*Soziale Isolation und der Mangel an sozialer Unterstützung* sind für vernachlässigende Eltern typischer als für misshandelnde Eltern. Unter den Belastungen, die nachweislich mit einem erhöhten Misshandlungsrisiko verbunden sind, spielen Partnerschaftskonflikte oder die schwierige Situation alleinerziehender Mütter eine zentrale Rolle (Engfer 1991a; Esser 1994; Richter-Appelt u. Tiefensee 1996a).

**Sozial-situationales Erklärungsmodell:** In diesem Erklärungsmodell sieht man Kindesmisshandlungen als Endpunkte eskalierender Konfliktsituationen, in denen Eltern aus Ärger und Ohnmacht ihre Kinder verprügeln, wenn andere pädagogischen Maßnahmen fehlgeschlagen sind. Hier sind kindliche Verhaltensprobleme (Aggressionen, Ungehorsam) vordergründig Anlass für ausufernde Bestrafungen. Das belegen die Befunde querschnittlich bzw. retrospektiv angelegter Studien.

In prospektiven Untersuchungen unterscheiden sich später misshandelte Kinder kurz nach der Entbindung bzw. im Alter von drei Monaten in ihren Verhaltensmerkmalen jedoch nicht von später gut betreuten Kindern (Engfer 1991a; Esser 1994). Die kindlichen Verhaltensprobleme (schreien, schlechte Tröstbarkeit), unter denen gewaltgefährdete Mütter im Verlauf des ersten Lebensjahrs leiden, sind ihrerseits mit mütterlichen Persönlichkeitsproblemen und einem wenig optimalen Betreuungsverhalten