

Kopecky-Wenzel, Marie / Hipfner, Alexandra und Frank, Reiner
**Fragen zur psychosexuellen Entwicklung von Kindern - Entwurf
eines Leitfadens zur Diagnostik von sexuellem Mißbrauch**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 45 (1996) 7, S. 230-238

urn:nbn:de:bsz-psydok-39144

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Begutachtung bei strittigen Sorge- und Umgangsrechtsfragen

DU BOIS, R./RÖCKER, D.: Zur Dynamik der kindlichen Suggestibilität beim Vorwurf des sexuellen Mißbrauchs im Scheidungsverfahren (Allegations of Sexual Abuse in Divorce Conflicts and the Problem of Suggestibility)	339
KARLE, M./KLOSINSKI, G.: Empfehlungen zum Ausschluß des Umgangsrechts – Gründe und Begründungen aus 30 Gutachten (Recommendations for the Exclusion of the Right of Visitation – Reasons and Substantiations from 30 Expert Opinions)	331
ROHMANN, J.A.: Elternschaft und Kooperation in der Sorgerechts-Begutachtung (Parenthood or rather Parenting and Cooperation. Topics of Forensic Psychology Dealing with Custody Problems)	323
SIEFEN, R.G./BOERGER, G./KLAR, W.: Familienrechtliche Begutachtung bei Alkoholerkrankung der Eltern (Legal Testimony in Families with Alcohol Abusing Parents)	343

Erziehungsberatung

LÜTKENHAUS, P./HASLER-KUFNER, P./PLAUM, E.: Evaluation eines präventiven Gruppenangebots für Scheidungskinder (Evaluation of a Preventive Group Intervention Program for Children of Divorce)	238
MADERTHANER, A./HABEL, G./SAMITZ, U./SPRINGER, B.: Das Linzer Modell: Trennung – Scheidung – Neubeginn (The Linz-Project: Separation – Divorce – New Beginning)	244

Forschungsergebnisse

HIRSCHBERG, W.: Stationäre Sozialtherapie bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens (In-Patient Social Therapy with Conduct-Disordered Adolescents)	374
HOPF, H./WEISS, R.H.: Horror- und Gewaltvideokonsum bei Jugendlichen. Eine Untersuchung von Sprachproben von Videokonsumenten mit der Gottschalk-Gleser-Sprachinhaltsanalyse (Consumption of Horror and Violence Videos by Adolescents)	179
KLICPERA, C./GASTEIGER KLICPERA, B.: Die Situation von „Tätern“ und „Opfern“ aggressiver Handlungen in der Schule (The Situation of Bullies and Victims of Aggressive Acts in School)	2

Kinder- und Jugendpsychiatrie und Entwicklungspsychopathologie

BERGER, C.: Soziale Beziehungen von Kindern im Grundschulalter. Eine Untersuchung mit dem SOBEKI-Verfahren an acht- bis elfjährigen Grundschulkindern (Social Relations of Children in Primary School Age. An Investigation of Eight-to Eleven-Year-Old Primary School Children with the „SOBEKI-Verfahren“)	102
CRITTENDEN, P.: Entwicklung, Erfahrung und Beziehungsmuster: Psychische Gesundheit aus bindungstheoreti-	

scher Sicht (Evolution, Experience, and Intimate Relationships: An Attachment Perspective on Mental Health)	147
DOERFEL-BAASEN, D./RASCHKE, I./RAUH, H./WEBER, C.: Schulanfänger im ehemaligen Ost- und Westberlin: Sozio-emotionale Anpassung und ihre Beziehung zu den Bindungsmustern der Kinder (School Beginners in Previously East and West Berlin: Socio-emotional Adoption and its Relation to Attachment Patterns)	111
FEGERT, J.M.: Verhaltensdimensionen und Verhaltensprobleme bei zweieinhalbjährigen Kindern (Behavior and Emotional Problems in Two-to Three-Year-Old German Children)	83
HUSS, M./LEHMKUHL, U.: Coping im familiären Kontext: Aktive und vermeidende Strategien bei Jugendlichen aus Scheidungsfamilien (Coping in the Context of the Family: Active and Avoidant Strategies of Adolescents of Divorce)	123
KREPPNER, K.: Kommunikationsverhalten zwischen Eltern und ihren jugendlichen Kindern und der Zusammenhang mit Indikatoren des Selbstwertgefühls (Communication Behavior in the Family and the Development of Self-esteem during Adolescence: Links between Judgement and Reality)	130
LEHMKUHL, U./RAUH, H.: Die Bedeutung entwicklungspsychologischer Modelle für die Kinder- und Jugendpsychiatrie (Relevance of Developmental Psychology Models for Child and Adolescent Psychiatry)	78
ZIEGENHAIN, U./MÜLLER, B./RAUH, H.: Frühe Bindungserfahrungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kleinkindern in einer sozialen und kognitiven Anforderungssituation (Influence of Attachment Quality and Intensity of Attachment Insecurity on Cognitive Performance and Emotional State of 20 Months-Old Infants in a Test Situation)	95

Praxisberichte

KLOSINSKI, G.: Bibliothераapeutische Traumarbeit nach akuter psychotischer Dekompensation (Bibliothераapeutic Dream Work after Acute Psychotic Decomperasation)	174
KLOSINSKI, G.: Muttermord durch die Tochter – Familiendynamik und Mythologie (Matricide by the Daughter – Familydynamic and Mythology)	217
LORENZ, A.L.: Versorgungsdokumentation und Qualitätssicherung: Vorschläge für eine praktikable Lösung (Proposals for a Practical Solution of Care Documentation and Quality Assurance)	19
MACKENBERG, H.: Fallstudie zur Behandlung einer Schulphobie unter Einsatz eines variierten Reizkonfrontationsverfahrens (Case Study of a Treatment of School Phobia using a Varied Scheme of Stimulus Confrontation)	57

Sexueller Mißbrauch von Kindern und Jugendlichen: individuelle und institutionelle Reaktionen

- BERGER, C./KLOPPER, U./BREUER, B./DEGET, F./WOLKE, A./FEGERT, J.M./LEHMKUHL, G./LEHMKUHL, U./LÜDERITZ, A./WALTER, M.: Institutioneller Umgang mit strafrechtlichen Maßnahmen bei sexuellem Mißbrauch. Ergebnisse einer Expertenbefragung (German Criminal Law in Cases of Sexual Abuse. An Expert Interview Study on Attitudes towards Criminal Prosecution) . . . 300
- BUSSE, D./VOLBERT, R.: Belastungserleben von Kindern in Strafverfahren (Emotional Impact of Criminal Court on Children) . . . 290
- HÄUSSERMANN, R.: Spannungsfeld Familie während der Situation des Verdachts (The Family as Area of Conflict while in a Situation of Suspicion) . . . 280
- KIRCHHOFER, F.: Institutioneller Umgang mit sexueller Kindesmißhandlung (Institutional Handling of Sexual Abuse) . . . 294
- KIRCHHOFF, S.: Kommentar zu dem Beitrag „Belastungserleben von Kindern in Strafverfahren“ . . . 293
- OBERLOSKAMP, H.: Staatlicher Umgang mit sexuellem Mißbrauch (Official Approach to Sexual Abuse) . . . 273
- RAACK, W.: Kommentar zu dem Beitrag „Staatlicher Umgang mit sexuellem Mißbrauch“ . . . 279
- REMSCHMIDT, H./MATTEJAT, F.: Die Beiträge der kinder- und jugendpsychiatrischen und entwicklungspsychologischen Forschung zur „Objektivierung“ des Kindeswohlbegriffs (Towards an „Objectivation“ of the Term „Child Well-being“ in its Contents: Contribution of Child and Adolescent Psychiatry and Developmental Psychology) . . . 266
- ROHLEDER, C./WEBER, M.: Zwei Schritte vor und einer zurück? – Antworten der Jugendhilfe auf sexuelle Gewalterfahrungen von Mädchen und Jungen (Two Steps ahead, one Step back? – Sexual Abuse and Changes in the System of Social Help) . . . 297
- WIESNER, R.: Zwischen familienorientierter Hilfe und Kinderschutz – Interventionen im Rahmen des KJHG: Ein unlösbares Dilemma? (Family-Oriented Support or Child Protection – Interventions within the KJHG (German Child Care and Protection Legislation): An Irreconcilable Dilemma?) . . . 286
- Kinds of „Identification with the Aggressor“ – following Ferenczi and Anna Freud) . . . 198
- KOPECKY-WENZEL, M./HIPFNER, A./FRANK, R.: Fragen zur psychosexuellen Entwicklung – Entwurf eines Leitfadens zur Diagnostik von sexuellem Mißbrauch (A Questionnaire Relating to the Psychosexual Development of Children) . . . 230
- LANDOLT, M.: Psychologische Aspekte bei schweren Brandverletzungen im Kindes- und Jugendalter (Psychological Aspects of Severe Burn Injuries in Children and Adolescents) . . . 47
- MARTINIUS, J./KRICK, G./REITINGER, H.: Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe: Der Alltag des Umgangs miteinander – Ergebnisse einer Untersuchung (Child and Adolescent Psychiatry and Social Welfare Services and Child Protection: A Study of Transferral Practices and Obstacles to Cooperation) . . . 170
- RAUCHFLEISCH, U.: Zur Beratung männlicher Adoleszenten mit homosexueller Orientierung und ihrer Eltern (Counseling of Adolescents with a Homosexual Orientation and their Parents) . . . 166
- RUDNITZKI, G.: Gruppenbilder der Adoleszenz – Erfahrungen mit Adoleszenzphänomenen aus der gruppenanalytischen Position (How the Group Reflects Adolescence – Group Analytical Experience with the Phenomena of Adolescence) . . . 362
- SCHMIDT, B.: Psychoanalytische Überlegungen zur rechtsextremistischen Orientierung männlicher Jugendlicher (Psychoanalytic Thoughts on Extreme Right-Wing Tendencies of Male Youth) . . . 370
- TSCHUSCHKE, V.: Forschungsergebnisse zu Wirkfaktoren und Effektivität von Gruppentherapie bei Jugendlichen (Research Results in Regards to Therapeutic Factors and Outcome in Group Therapies With Adolescents) . . . 38

Werkstattberichte

- BOHLEN, G.: Das Früherkennungsteam – ein Modell für institutionsübergreifende Zusammenarbeit in der Diagnostik von Entwicklungsverzögerungen im ländlichen Raum (The Diagnostic Team – a Way of Interinstitutional Cooperation in Diagnosing Developmental Disorders in the County) . . . 25

Übersichten

- BERNS, U.: Das zentrale Beziehungsgeschehen – seine Dynamik in der Kinder- und Jugendpsychotherapie (The Core Relational Process – Its Dynamic in the Child and Youth-Psychotherapy) . . . 205
- BOEGER, A./SEIFFGE-KRENKE, I.: Geschwister chronisch kranker Jugendlicher: Hat die chronische Erkrankung Auswirkungen auf ihre Entwicklungsmöglichkeiten? (Siblings of Physically Ill Adolescents: Does Chronic Illness Affect Their Developmental Possibilities?) . . . 356
- DÖPFNER, M./LEHMKUHL, G.: Mißerfolgs- und Widerstandsanalyse in der Verhaltenstherapie am Beispiel eines Eltern-Kind-Programmes zur Behandlung von hyperkinetisch und oppositionell auffälligen Kindern (Analysis of Failure and Resistance in Behavior Therapy using the Example of Parent-Child-Program for the Treatment of Hyperactive and Oppositional Children) . . . 10
- HIRSCH, M.: Zwei Arten der Identifikation mit dem Aggressor – nach Ferenczi und Anna Freud (Two different

Buchbesprechungen

- AMELANG, M./ZIELINSKI, W.: Psychologische Diagnostik . . . 32
- ARENZ-GREIVING, I./DILGER, H. (Hrsg.): Elternsüchte – Kindernöte. Berichte aus der Praxis . . . 162
- ARNOLD, W./EYSENCK, K.J./MEILI, R. (Hrsg.): Lexikon der Psychologie, Bd. 1-3 . . . 230
- BECKER, M.: Sexuelle Gewalt gegen Mädchen mit geistiger Behinderung. Daten und Hintergründe . . . 230
- BIEN, W./KARIG, U./LANG, G./REISSIG, M.: Cool bleiben – Erwachsene werden im Osten . . . 159
- BLANZ, B.: Psychische Störungen und Compliance beim juvenilen Diabetes mellitus . . . 256
- BOTT, R. (Hrsg.): Adoptierte suchen ihre Herkunft . . . 317
- BÜTTNER, C.: Gruppenarbeit – eine psychoanalytisch pädagogische Einführung . . . 225
- DEGENER, G.: Anamnese und Biographie im Kindes- und Jugendalter . . . 228

DETER, H.-C./HERZOG, W.: Langzeitverlauf der Anorexia nervosa. Eine 12-Jahres-Katamnese	315	KURZ-ADAM, M./POST, I. (Hrsg.): Erziehungsberatung und Wandel der Familie	67
DULZ, B./SCHNEIDER, A.: Borderline-Störungen. Theorie und Therapie	189	LOTZ, W./KOCH, W./STAHL, B. (Hrsg.): Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen	191
DUSS-VON WERDT, J./MÄHLER, J./MÄHLER, H.-G. (Hrsg.): Mediation: Die andere Scheidung. Ein interdisziplinärer Überblick	195	LUKESCH, H.: Einführung in die pädagogisch-psychologische Diagnostik	33
EGGERS, C./BILKE, O.: Oligophrenien und Demenzprozesse im Kindes- und Jugendalter	230	MANES, S.: Mama ist ein Schmetterling. Papa ein Delphin	252
EICKHOFF, F.W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 35	351	MOGEL, H.: Geborgenheit. Psychologie eines Lebensgefühls	229
EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 34	313	MOGEL, H.: Psychologie des Kinderspiels. Die Bedeutung des Spiels als Lebensform der Kinder, seine Funktion und Wirksamkeit für die kindliche Entwicklung	189
EIHLZER, U.: Über das Bettnässen und wie man es los wird	255	NISSEN, G. (Hrsg.): Aggressivität und Gewalt. Prävention und Therapie	255
ERMERT, C.: Spielverhalten im Scenotest. Entwicklung und Erprobung von Beobachtungssystemen bei Kindern im Vorschulalter	188	NISSEN, G. (Hrsg.): Angsterkrankungen – Prävention und Therapie	226
FRANKE, U. (Hrsg.): Therapie aggressiver und hyperaktiver Kinder	314	OERTER, R./MONTADA, L.: Entwicklungspsychologie	225
FREEMAN, A./REINECKE, M.A.: Selbstmordgefahr? Erkennen und Behandeln: Kognitive Therapie bei suizidalem Verhalten	253	Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hrsg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse XII	192
FRITZ, J. (Hrsg.): Warum Computerspiele faszinieren. Empirische Annäherungen an Nutzung und Wirkung von Bildschirmspielen	350	PETERMANN, F. (Hrsg.): Asthma und Allergie. Verhaltensmedizinische Grundlagen und Anwendungen	193
FRÖHLICH, V.: Psychoanalyse und Behindertenpädagogik	162	PETERMANN, U. (Hrsg.): Verhaltensgestörte Kinder	31
GÄNG, M. (Hrsg.): Ausbildung und Praxisfelder im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren	227	RAUE, R.: Im Labyrinth der Gewalt. Jugendliche zwischen Macht und Ohnmacht	191
HARNACH-BECK, V.: Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe	187	REISTER G.: Schutz vor psychogener Erkrankung	232
HARNISCH, G.: Was Kinderträume sagen	226	REMSCHMIDT, H./MATTEJAT, F.: Kinder psychotischer Eltern	161
HAUG, H.-J./STIEGLITZ, R.-D. (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Psychiatrie	252	RIEGEL, K./OHRT, B./WOLKE, D./ÖSTERLUND, K.: Die Entwicklung gefährdet geborener Kinder bis zum fünften Lebensjahr	194
HÉDERVÁRI, E.: Bindung und Trennung. Frühkindliche Bewältigungsstrategien bei kurzen Trennungen von der Mutter	192	SALGO, L.: Vom Umgang der Justiz mit Minderjährigen	316
HOCKE, M./SCHÄPFER, G.: Mädchenwelten: Sexuelle Gewalterfahrungen und Heimerziehung	66	SAYLOR, C.F. (Hrsg.): Children and Disasters	29
HOLLER-NOWITZKI, B.: Psychosomatische Beschwerden im Jugendalter. Schulische Belastungen, Zukunftsangst und Streß-Reaktionen	186	SCHARFETTER, C.: Der spirituelle Weg und seine Gefahren	66
HOLTSTIEGE, H.: Montessori-Pädagogik und soziale Humanität	188	SCHLACK, H. (Hrsg.): Sozialpädiatrie. Gesundheit – Krankheit – Lebenswelten	316
HUNDSALZ, A./KLUG, H.-P./SCHILLING, H. (Hrsg.): Beratung für Jugendliche. Lebenswelten, Problemfelder, Beratungskonzepte	311	SCHMALOHR, E.: Erklären statt Beschuldigen. Beratungspsychologie mit Eltern, Kindern und Lehrern	253
HUNDSALZ, A.: Die Erziehungsberatung. Grundlagen, Organisation, Konzepte und Methoden	259	SCHMID, R.G./TIRSCH, W.S.: Klinische Elektroenzephalographie des Kindes- und Jugendalters. Ein Atlas der EEG-Aktivität: Altersbezogene Normkurven und Pathologie	258
JÄGER, R./PETERMANN, F. (Hrsg.): Psychologische Diagnostik. Ein Lehrbuch	231	SCHON, L.: Entwicklung des Beziehungsdreiecks Vater-Mutter-Kind	158
KAUFMANN-HUBER, G.: Kinder brauchen Rituale. Ein Leitfaden für Eltern und Erziehende	230	SCHULTE, D.: Therapieplanung	312
KLICPERA, C./GASTEIGER-KLICPERA, B.: Psychologie der Lese- und Schreibschwierigkeiten	257	SCHUSTER, M.: Kinderzeichnungen. Wie sie entstehen, was sie bedeuten	30
KÖTTER, S.: Besuchskontakte in Pflegefamilien. Das Beziehungsdreieck „Pflegeeltern-Pflegekind-Herkunftseltern	158	SCHWERIN, A.-C.: Sterben, Tod und Trauer im Bilde verwaister Eltern	190
KRAPPMANN, L./OSWALD, H.: Alltag der Schulkinder. Beobachtungen und Analysen von Interaktionen und Sozialbeziehungen	232	SEHRINGER, W./JUNG, G.: Schulreform von unten – Leistungsdifferenzierung an einem Gymnasium und Begabungsuntersuchungen an weiterführenden Schulen in einer süddeutschen Region	350
KUBINGER, K.: Einführung in die Psychologische Diagnostik	231	SOREMBA, E.M.: Legasthenie muß kein Schicksal sein	67
		SPANGLER, G./ZIMMERMANN, P. (Hrsg.): Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung	229
		TEXTOR, M./WARNDORF, P.K. (Hrsg.): Familienpflege. Forschung, Vermittlung, Beratung	228
		VOGT, M./WINIZKI, E.: Ambulante Gruppentherapie mit Jugendlichen	227
		WINNICOTT, D.W.: Die spontane Geste. Ausgewählte Briefe	190
		WOLFRAM, W.-W.: Präventive Kindergartenpädagogik. Grundlagen und Praxishilfen für die Arbeit mit auffälligen Kindern	313

ZIMBARDO, P.G.: Psychologie	258	Editorial 77, 265, 322
ZOLLINGER, B.: Die Entdeckung der Sprache	68	Autoren und Autorinnen dieses Heftes 28, 64, 155, 186, 223, 251, 307, 349, 383
		Ehrungen 383
		Zeitschriftenübersicht 64, 156, 223, 309, 383
		Tagungskalender 34, 69, 163, 196, 233, 260, 318, 353, 390
		Mitteilungen 35, 69, 164, 196, 234, 261, 319, 353, 390

Aus dem Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Ludwig-Maximilians-Universität München
(Direktor Prof. Dr. J. Martinus)

Fragen zur psychosexuellen Entwicklung von Kindern – Entwurf eines Leitfadens zur Diagnostik von sexuellem Mißbrauch¹

Marie Kopecky-Wenzel, Alexandra Hipfner und Reiner Frank

Zusammenfassung

Ziel der Arbeit ist die Darstellung eines Fragenkatalogs, mit dem man die psychosexuelle Entwicklung eines Kindes erfassen kann. Es gibt wenig Beiträge aus der empirischen Forschung zu der Frage, wie die „normale“ psychosexuelle Entwicklung verläuft. Genauso wenig gibt es ein standardisiertes Verfahren, mit dem dieser Teil der kindlichen Entwicklung routinemäßig erfaßt werden kann. Wir haben deshalb einen Fragenkatalog zum Themenkomplex kindliche Sexualität entwickelt, der im Rahmen der Anamneseerhebung benutzt werden kann und der als ein Teil der Gesamtdiagnostik in einer von der DFG geförderten, wissenschaftlichen Untersuchung überprüft wurde. Er beinhaltet Fragen nach der sexuellen Entwicklung des Kindes, nach Aufklärung und Umgang mit Sexualität in der Familie und nach genau präzisierten und beschriebenen Erlebnissen des Kindes und anderer Familienmitglieder, die den Eltern gestellt werden. Gleichzeitig stellen wir ein Vorgehen dar, wie die sexuelle Entwicklung eines Kindes und ihre Störungen, z. B. sexueller Mißbrauch beurteilt werden können. Für diese Fragestellung ist die Erfassung von Informationen aus vier verschiedenen Bereichen notwendig: körperliche Entwicklung und Symptomatik, Verhalten des Kindes, familiärer Kontext einschließlich psychosozialer Belastungsfaktoren und Eltern-Kind-Interaktion. An Fallbeispielen soll dargestellt werden, daß die Informationen aus allen vier Bereichen miteinander in Beziehung zu setzen und in dieser Verknüpfung zu bewerten sind, wenn man die psychosexuelle Entwicklung eines Kindes beurteilen will. Auch zur Klärung der Frage, ob bei einem Kind sexueller Mißbrauch vorliegt, erscheint uns dieses Vorgehen hilfreich. Dabei ist die individuelle Betrachtung des einzelnen Falles unter Berücksichtigung des Kontextes dringend geboten, um eine fundierte Beurteilung abgeben zu können.

1 Einleitung

In der Bundesrepublik erschienen vor zehn Jahren die ersten empirischen Studien zum Thema sexueller Miß-

brauch von Kindern (z. B. BAURMANN 1983; KAVEMAN u. LOHSTÖTER 1984). Die Ergebnisse dieser Studien führten zu der heute allgemein anerkannten Ansicht, daß dieses Phänomen häufiger vorkommt als früher angenommen wurde, und daß die Kinder im sozialen Nahfeld am meisten gefährdet sind.

In der Zwischenzeit ist die Literatur zu diesem Thema kaum noch überschaubar. Sie wird einerseits geprägt durch autobiographische Berichte von Betroffenen (z. B. RUSH 1985; GLÖFER u. SCHMIEDESKAMP-BÖHLER 1990) und andererseits durch epidemiologische Untersuchungen, die sich auf Befragungen von Erwachsenen stützen. Diese Prävalenzstudien zeigen ein verwirrendes Bild, was die Ergebnisse betrifft. ELLIGER und SCHÖTENSACK (1991) haben 13 große amerikanische Prävalenzstudien (von 1979 bis 1989) verglichen. Die Häufigkeitsziffern reichten bei den Mädchen von 6% bis 62% und bei den Jungen von 3% bis 31%. Die Unterschiede ergaben sich durch Festlegung der oberen Altersgrenze (in manchen Studien werden Adoleszente bis zum 18. Lebensjahr aufgenommen) und durch unterschiedliche Definitionen, d. h. Bewertung von einerseits sexuellen Kontakten zwischen Gleichaltrigen und andererseits exhibitionistischen Handlungen ohne Körperkontakt.

Die gegenwärtige öffentliche Diskussion dieses Themas ist emotional hoch besetzt – handelt es sich doch um Gewalt, Sexualität und davon betroffene Kinder. Der autobiographischen Literatur kommt das Verdienst zu, auf dieses tabuisierte Thema und dessen Folgen für das weitere Leben der betroffenen Kinder aufmerksam gemacht zu haben. Kritisch zu hinterfragen sind aber diejenigen Häufigkeitsangaben, die ein massenhaftes Vorkommen dieses Phänomens suggerieren. In der Bundesrepublik wird die Häufigkeitsangabe von 300 000 Fällen vom sexuellen Mißbrauch an Kindern pro Jahr immer wieder zitiert. Sie geht auf die Veröffentlichung von KAVEMANN und LOHSTÖTER (1984) zurück. Die Entstehung dieser dramatischen (und rechnerisch völlig falschen) Zahl beschreibt HONIG (1991, S. 391). Die Autorinnen haben dabei die Anzahl der 15 000 bei der Polizei angezeigten Fälle pro Jahr mit der Zahl 20 für angebliches Dunkelfeld multipliziert. Die Dunkelfeldschätzungen für sexuellen Mißbrauch von Kindern zeigen eine breite Streuung, die je nach Art der sexuellen Gewalt zwischen 1:5 und 1:20 liegen (BAURMANN 1991). Außerdem ist die Altersgruppe der 14- bis 18jährigen Mädchen und

¹ Gefördert von der Deutschen Forschungsgemeinschaft.

Jungen bei den angezeigten Fällen nicht herausgenommen worden und es handelt sich nur bei etwa der Hälfte dieser Fälle um sexuellen Mißbrauch im weitesten Sinne, während die andere Hälfte auf sonstige sexuelle Handlungen, wie z. B. Exhibitionismus entfällt. Aussagen wie: „Etwa alle drei Minuten werde in der BRD ein Mädchen sexuell mißbraucht“ (KAVEMANN u. LOHSTÖTER 1984), die auf nachvollziehbar falschen Rechenoperationen beruhen, erscheinen uns nicht besonders sachdienlich zu sein. Sie könnten nämlich eine gewisse Abstumpfung bzw. Resignation erzeugen und somit genau das Gegenteil davon bewirken, was sie eigentlich beabsichtigen. HONIG und BAURMANN haben gemeinsam eine Schätzung erarbeitet, nach der die Obergrenze der sexuellen Gewalttaten an Kindern bei 80 000 pro Jahr liegt (HONIG 1991, S. 419). Es ist eine Tatsache, daß sexueller Mißbrauch von Kindern in unserer Gesellschaft vorkommt, und daß er ohne Aufdeckung gravierende Folgen für das spätere Leben der Kinder haben kann.

Es fällt weiterhin bei der gegenwärtigen Diskussion auf, daß das Thema der „normalen“ kindlichen Sexualität so gut wie gar nicht vorkommt. RUTSCHKY (1992) nennt in ihrem kritischen Buch ein Kapitel „Wieviel Sexualität braucht ein Kind?“ und schließt ihre Ausführungen mit dem Satz: „Während über die Einführung der Kinder in die Welt der Liebe, der Erotik und Sexualität längst nicht mehr nachgedacht wird, tut man es um so mehr, wenn es um ihren Schutz vor dem sexuellen Mißbrauch geht“.

In der Tat liefert die empirische Forschung wenige Beiträge zu der Frage, wie die „normale“ psychosexuelle Entwicklung eines Kindes verläuft. Solange jedoch Methoden zur Erfassung und Beurteilung der normalen Entwicklung nicht vorhanden sind, lassen sich Kriterien für Abweichungen (zum Beispiel im Sinne von sexuellem Mißbrauch) nicht operationalisieren.

Zur Begriffsverwendung erscheint es uns notwendig, darauf hinzuweisen, daß sexueller Mißbrauch von Kindern kein medizinischer, sondern ein *strafrechtlicher* Begriff ist und durch den § 176 StGB definiert wird. In der kinderpsychiatrischen Nomenklatur wird in der MAS-Achse V der WHO der *intrafamiliäre* sexuelle Mißbrauch in der Gruppe „Abnorme intrafamiliäre Beziehungen“ und der sexuelle Mißbrauch *außerhalb der Familie* unter „Akute, belastende Lebensereignisse“ kodiert (v. GOOR-LAMBO et al. 1990). Für uns Mediziner und Therapeuten ist der sexuelle Mißbrauch eine Konstellation, in welcher der Täter seine Bedürfnisse nach Intimität, Nähe oder sexueller Befriedigung auf Kosten eines Kindes auslebt und bei diesem dadurch eine körperliche und/oder psychische Schädigung entsteht, die das Kind ohne fremde Hilfe nicht beenden oder bewältigen kann.

Der *Verdacht* auf sexuellen Mißbrauch bei einem Kind kann auf verschiedene Weise entstehen. Ein Arzt stellt einen auffälligen körperlichen Befund fest. Ein Kind fällt im Kindergarten durch sexuell gefärbtes Verhalten auf und vertraut der Erzieherin ein „Geheimnis“ an. Eine Großmutter äußert den Verdacht aufgrund von auffälligem Verhalten des Schwiegersohnes gegenüber dem Enkelkind.

Diese Befunde bzw. Aussagen erlauben für sich genommen noch kein definitives Urteil über einen möglichen se-

xuellen Mißbrauch. Eine Verletzung im Genitalbereich kann nämlich sowohl Folge eines Unfalls als auch einer Mißbrauchssituation sein. Ein Kind mit auffällig sexualisiertem Verhalten kann das Opfer eines Mißbrauchs sein, es gibt aber auch andere Erklärungen. Ein Kind mit einem nicht altersentsprechenden sexuellen Erlebnis muß nicht automatisch ein „Opfer“ sein, denn das Ausmaß der Traumatisierung hängt von verschiedenen Faktoren ab, u. a. von der Reaktion der Umgebung und von den Verarbeitungsmöglichkeiten des Kindes. Der gleiche „Tatbestand“ kann bei zwei verschiedenen Kindern zu völlig unterschiedlichen Reaktionen führen, so daß jeder Fall individuell betrachtet werden muß.

Die vorliegende Arbeit stellt Entscheidungshilfen und Instrumente dar, mit deren Hilfe man im Einzelfall zu einem möglichst sicheren Urteil gelangt. Im ersten Teil wird gezeigt, daß zur Beurteilung der psychosexuellen Entwicklung eines Kindes *Informationen aus vier verschiedenen Bereichen* zusammengetragen werden müssen: körperliche Entwicklung und Symptomatik, Verhalten des Kindes, familiärer Kontext einschließlich psychosozialer Belastungsfaktoren und Eltern-Kind-Interaktion. Wir stellen einen *Fragenkatalog an die Eltern* vor, den man im Rahmen der Anamneseerhebung benutzen kann. Er beinhaltet Fragen nach der sexuellen Entwicklung, nach Aufklärung, nach Umgang mit Sexualität innerhalb der Familie und nach genau präzisierten und beschriebenen negativen sexuellen Erlebnissen des Kindes und anderer Familienmitglieder. Die Erfahrungen bei der Anwendung des Fragebogens in einer klinischen Studie und ein Teil der Ergebnisse werden vorgestellt.

Die gesammelten Informationen müssen anschließend in einem *Bewertungsprozeß* einzeln beurteilt und miteinander verknüpft werden. Erst durch Herstellen eines Kontextes kann man eine fundierte Aussage über die psychosexuelle Entwicklung eines Kindes machen. Auch zur Klärung der Frage, ob bei einem Kind sexueller Mißbrauch vorliegt, erscheint uns dieses Vorgehen hilfreich zu sein. Im dritten Teil der Arbeit wird dieser Bewertungsprozeß beschrieben.

2 Vorgehensweise zur Beurteilung der Frage: Verläuft die psychosexuelle Entwicklung des Kindes normal oder liegen Abweichungen vor?

2.1 Prozeß der Informationsaufnahme

Die Befunde bzw. Informationen aus den verschiedenen Bereichen werden mit Hilfe von folgenden Instrumenten erhoben:

- körperlicher Befund durch eingehende Untersuchung des Kindes;
- Verhalten des Kindes durch Entwicklungsdiagnostik, Verhaltensbeobachtungen des/r Arztes/Ärztin und fremdanamnestiche Daten von Eltern, Erzieher/in, Lehrer/in und anderen;
- Familiensituation und Belastungsfaktoren durch Befragung der Eltern mittels strukturierter Fragen;

- Interaktion zwischen Eltern und Kind durch Beobachtung in Alltags- oder Spielsituation.

2.1.1 Körperlicher Befund

Für die Beurteilung der sexuellen Reifeentwicklung des Kindes wird die Reifestadien-Einteilung nach TANNER (1962) routinemäßig angewendet. Es wird die Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale (Brustentwicklung, Hoden- und Peniswachstum, Schambehaarung und Achselbehaarung) beurteilt und in fünf Stadien eingeteilt. Tanner I beschreibt den infantilen und Tanner V den muren Reifestatus.

Darüber hinaus kann die kinderärztliche oder kindergynäkologische Untersuchung Hinweise auf sexuellen Mißbrauch liefern, ein negativer Befund schließt den Mißbrauch jedoch *nicht* aus. MURAM (1989) fand bei seinen Untersuchungen mit mißbrauchten Kindern, daß in etwa 30% der Fälle, in denen der Täter später den Geschlechtsverkehr zugegeben hatte, bei den Kindern keinerlei körperliche Auffälligkeiten gefunden wurden. Die Indikation für eine gynäkologische und für ängstliche Kinder belastende Untersuchung muß deswegen im Einzelfall sorgfältig gestellt werden. BENEDEK und SCHETKY (1987) geben drei Gründe für die körperliche Untersuchung an: erstens, die Diagnostik und eventuelle Therapie einer körperlichen Erkrankung, zweitens, die Erhebung von Befunden, die als Beweis im Rahmen eines Gerichtsverfahrens dienen könnten und drittens schließlich, die Tatsache, daß dem Kind durch die Untersuchung die Sicherheit vermittelt werden kann, daß es körperlich nicht beschädigt ist.

Die Untersuchung kann in den meisten Fällen geplant werden, wobei die gründliche Vorbereitung des Kindes, z. B. die Begleitung durch eine Vertrauensperson und die Auswahl eines/r erfahrenen Untersuchers/in im Vordergrund stehen sollen (vgl. dazu FEGERT 1993). Wir unterscheiden zwei Arten von Befunden. Als *spezifische* Symptome gelten sexuell übertragbare Krankheiten vor der Adoleszenz (Ausnahme: HIV-Infektion bei Hämophilie) und ungeklärte Verletzungen im ano-genitalen Bereich (Risse, Bißwunden, Hämatome, Striemen). Diese Befunde werden als deutliche Hinweise auf sexuellen Mißbrauch angesehen, wenn es keine plausible Erklärung für ihre Entstehung gibt. *Beweisend* allein ist der Nachweis von Spermia.

Neben den spezifischen gibt es noch *unspezifische* Symptome, die den Diagnostiker unbedingt an einen möglichen sexuellen Mißbrauch denken lassen sollten. Dazu zählen rezidivierende Harnwegsinfekte, vaginale Infektionen, sekundäre Enuresis und/oder Enkopresis. Auch hier liegt die Betonung auf „ungeklärt“, d. h. alle sonstigen möglichen Ursachen für die Symptomatik müssen ausgeschlossen werden.

2.1.2 Verhalten des Kindes

Es gibt ein Defizit an Wissen über die kindliche Sexualität, da es kaum Beiträge aus der empirischen Forschung zu diesem Thema gibt. Auch in der klinischen Routine wird diesem Fragenkomplex unseres Erachtens zu wenig

Beachtung geschenkt. Es gibt kein standardisiertes Untersuchungsverfahren und kein einheitliches Dokumentationsschema, so daß die Beurteilung der „normalen“ bzw. „abnormen“ psychosexuellen Entwicklung einmal mehr von der Intuition des Untersuchers abhängen wird. MERTENS (1992 a, b) beschreibt in seiner ausführlichen zweibändigen Darstellung die Entwicklung der Psychosexualität und Geschlechtsidentität von der Geburt bis ins Erwachsenenalter. Folgende Auflistung gibt einen Überblick über die Entwicklungsstadien der kindlichen Sexualität, die bei jedem Kind stark variieren kann (EAGER 1992):

- Säugling (1. Lebensjahr):

Der Säugling exploriert mit seinem Mund sich und seine Umwelt. Über ihn strukturiert er seine Welt und erlebt Gefühle von Befriedigung und auch Aggression. Er beginnt zu lernen, Befriedigung aufzuschieben. Zudem entwickelt er ein Gefühl von Vertrauen zur primären Bezugsperson und ein Bewußtsein von seinem Körper.

- Kleinkind (2.-3. Lebensjahr):

Es wird motorisch aktiv, macht erste Erfahrungen von Autonomie und erlebt in Folge Konflikte mit seiner Umwelt. Es übt „nein“ zu sagen. Das Kind entwickelt sprachliche Fähigkeiten. Die Ausscheidungsfunktionen und ihre Kontrolle werden bewußt. Das Kind beginnt eine Geschlechtsrollen-Identität zu entwickeln.

- Kindergartenkind (4.-6. Lebensjahr):

Geschlechtsunterschiede werden thematisiert. Das Kind identifiziert sich mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil und verliebt sich in den gegengeschlechtlichen Elternteil. Es entsteht Interesse an der Sexualität, das sich in sexuellen Spielen und Manipulation an den Geschlechtsteilen äußert.

- Schulkind (7.-10. Lebensjahr):

Der Bereich Sexualität wird aktiv erforscht. Das Kind holt sich systematisch Wissen darüber aus den Medien oder von Freunden. In den Beziehungen zeigt sich eine deutliche Abgrenzung zum anderen Geschlecht; in der Regel bestehen gleichgeschlechtliche Freundschaften. Das Wissen über Sexualität ist unvollständig und wird meist für sich behalten oder in Form von Witzen o. ä. weitergegeben.

- Frühe Adoleszenz (11.-14. Lebensjahr):

In dieser Phase ist der Heranwachsende mit den körperlichen Veränderungen während der Pubertät und deren psychischen Auswirkungen konfrontiert. Der Umgang mit dem eigenen Körper wird erlernt. Erste gegengeschlechtliche Verabredungen finden statt. Man schwärmt oft für erwachsene Vorbilder (Filmstars, Lehrer, Gruppenleiter).

- Mittlere Adoleszenz (15.-18. Lebensjahr):

Die körperliche Reife ist erreicht, entsprechend ausgeprägt ist nun auch das Interesse am anderen Geschlecht. Verabredungen, Erlernen von Sexualität und Partnerschaft sind wichtig für den Selbstwert genau wie die Anerkennung in der Peergroup. Die späte Adoleszenz und der Eintritt ins Erwachsenenalter schließt sich an.

Das Verhalten des Kindes wird im Gespräch mit den Eltern mittels strukturierter Fragen erfragt. Es kann in verschiedenen Situationen, z. B. auch während der körperlichen Untersuchung beobachtet werden.

Ähnlich wie bei den körperlichen Symptomen kann das Verhalten des Kindes einen Hinweis oder Verdacht auf sexuellen Mißbrauch liefern. Dazu zählt das nicht altersgemäß sexualisierte Verhalten eines Kindes oder sein Wis-

sen über Sexualität. Diese Kinder stellen im Spiel oder in Zeichnungen sexuelle Inhalte dar, die nicht ihrem Alter entsprechen.

Einige Verhaltensweisen, die als Folge einer Mißbrauchssituation entstehen können, sollen beschrieben werden. Manchmal zeigen Kinder plötzliche Verhaltensänderungen ohne ersichtlichen Grund. Sie meiden das Alleinsein mit einer bestimmten Person, zeigen einen Schulleistungsknick, häufig verbunden mit sozialem Rückzug (internalisierendes Verhalten) oder entwickeln eine unangemessene Aggressivität (externalisierendes Verhalten). Manche Kinder setzen alles daran, um aus der Familie oder einer anderen Umgebung wegzukommen. Sie laufen weg, zeigen ausgesprochen provozierendes Verhalten, wollen freiwillig ins Internat oder Heim gehen.

Das beschriebene Verhalten kann Folge von einem Trauma, z. B. sexuellem Mißbrauch sein. Dies ist für sich genommen nicht beweisend. Störungen der psychosexuellen Entwicklung bei Kindern können diverse Ursachen haben, z. B. fehlende Identifikation mit dem elterlichen Rollenvorbild, Deprivation, rigide Moralvorstellungen im Elternhaus, psychische Erkrankungen des Kindes oder der Eltern oder sexueller Mißbrauch. *Verhält sich ein Kind in einer der oben beschriebenen Weisen, muß bei der Differentialdiagnose sexueller Mißbrauch berücksichtigt werden.*

2.1.3 Familiensituation einschließlich Belastungsfaktoren

Zur Beurteilung der psychosexuellen Entwicklung eines Kindes ist der familiäre Kontext wichtig. Es interessiert die Frage, wie die Familie mit Sexualität umgeht. Es geht um die Aufklärung der Kinder, das Sprechen über Sexualität in der Familie, Art und Ausmaß des Körperkontaktes zwischen Eltern und Kindern, das Akzeptieren und Einhalten der Grenzen zwischen Erwachsenen und Kindern, Moralvorstellungen der Eltern und die Weitergabe an die Kinder, Respekt der Erwachsenen vor der Intimsphäre des Kindes und die Vorbildfunktion der Eltern bei der Geschlechtsidentifikation des Kindes. In der Familie kann entweder ein eher offener oder eher pröder Umgangsstil herrschen. Dieser Umgangsstil ist zu berücksichtigen, wenn man das Verhalten des Kindes und sein Wissen über Sexualität beurteilt.

Die Fragen nach dem Umgang der Familie mit Sexualität und dem Wissensstand des Kindes sollten bei jeder Anamneseerhebung gestellt werden. Im Hinblick auf den sexuellen Mißbrauch kann man den Eltern – und größeren Kindern selbst – die Fragen nach sexuellen Erfahrungen des Kindes stellen.

2.1.4 Eltern-Kind-Interaktion

Der Umgang zwischen Kind und Eltern kann in der Alltagssituation beobachtet werden. Der Fokus der Betrachtung richtet sich auf gesetzte und akzeptierte Grenzen zwischen den Generationen. Das Verhalten von Eltern und Kind kann Hinweise auf mögliche Grenzüberschreitungen liefern. Einem Kind kann von seinen Eltern eine zu hohe Verantwortung übertragen werden, indem es z. B. nicht altersangemessene Aufgaben übernehmen muß oder an

Entscheidungsprozessen beteiligt wird, die es aufgrund seines Entwicklungsstandes nicht bewältigen oder verstehen kann. Bei dieser Rollenkehr fühlen sich die Kinder für das Wohlergehen ihrer Eltern verantwortlich und es kann bei ihnen zu einer emotionalen Überforderung kommen.

Manchmal kann man sexuell gefärbtes Verhalten eines Kindes, das sich auf einen Elternteil richtet, oder umgekehrt sexuell gefärbtes Verhalten der Eltern gegenüber dem Kind in der Interaktion beobachten.

3 Fragenkatalog zur psychosexuellen Entwicklung

Wir stellen einen Katalog vor, der in strukturierter Form nach der Familiensituation, nach Umgang mit Sexualität innerhalb der Familie, nach dem psychosexuellen Entwicklungsstand des Kindes und nach negativen sexuellen Erfahrungen des Kindes und der anderen Familienmitglieder fragt.

Er ist ein Teil eines ausführlichen, von unserer Arbeitsgruppe in eine strukturierte Form übergeführten WHO-Interviews zu MAS-Achse V „Abnorme psychosoziale Umstände“ (v. GOOR-LAMBO et al. 1990). Der erste Teil des Katalogs beinhaltet Fragen zur Familiensituation (Achse V: „Abnorme unmittelbare Umgebung“ und „Akute, belastende Lebensereignisse“). Im zweiten Teil geht es um die Wahrung der Intimsphäre des Kindes, um Grenzen innerhalb der Familie und um Kontakte des Kindes nach außen. Anschließend wird der Umgang mit Sexualität in der Familie, das Wissen des Kindes über Sexualität und sein psychosexuelles Verhalten abgefragt. Die Antworten auf diese Fragen beschreiben den familiären Kontext, der berücksichtigt werden muß. Die Fragen nach negativen sexuellen Erfahrungen wurden analog dem Prinzip der Conflict Tactic Scales von STRAUS, GELLES und STEINMETZ (deutsch: WAHL 1991) konzipiert. Wir haben eine Steigerungsreihe von – auch für den Interviewer – „leichteren“ und unverfänglichen Fragen, die sich auf den extrafamiliären Mißbrauch beziehen, bis zu der schwierigen Frage nach intrafamiliärem Mißbrauch gebildet.

Die Interview-Fragen im Wortlaut:

– Familiensituation

- Wer lebt in der Familie?
- Ist in letzter Zeit jemand dazugekommen oder weggegangen?
- Ist die Familie vollständig?
- Wie ist die Partnerbeziehung?
- Sind die Eltern getrennt?
- Gibt es einen neuen Partner?
- Was hat sich dadurch an Alltagsregeln oder Erziehungsstil geändert?
- Wie versteht sich der neue Partner mit dem Kind?
- Hat der sorgeberechtigte Elternteil häufig wechselnde Partner?
- Lebt das Kind in einer Großfamilie oder der Kernfamilie?
- Wie sehen die Beziehungsgeflechte innerhalb der Familie aus?
- Wieviel Kontakt hat die Familie nach außen?

- *Umgang innerhalb der Familie*

- Hat das Kind ein eigenes Zimmer - ein eigenes Bett?
- Schläft es in seinem Bett?
- Helfen Sie dem Kind bei der Körperpflege?
- Halten Sie es zur Körperpflege an?
- Wie gestaltet sich sein Zubettgehen?
- Wie selbständig darf das Kind Kontakte knüpfen?
- Wie selbständig darf es spielen?

- *Umgang mit Sexualität in der Familie*

- Wer hat / wird das Kind aufgeklärt / aufklären?
- Wie konkret sprechen Sie mit dem Kind über Sexualität?
- Wie weit darf das Kind „nein“ sagen, wenn es Zuwendungen, Körperberührungen oder Körperkontakt durch einen Erwachsenen nicht möchte (z. B. Küßchen geben, gestreichelt werden)?
- Wie freizügig sind Sie zu Hause beim Baden, Waschen und Umkleiden (z. B. gemeinsames Baden, Schlafzimmersbereich)?
- Wie häufig sehen sich Kinder und Erwachsene unbedeckt?
- Wie häufig spricht das Kind von sexuellen Dingen?
- Wie häufig drückt sich sein Interesse an sexuellen Dingen in seinem Verhalten aus?

- *Negative Erfahrungen des Kindes und der übrigen Familienmitglieder*

- Ist das Kind jemals von einem Exhibitionisten belästigt worden?
- Hat es Erwachsene bei einer Selbstbefriedigung beobachtet?
- Hat es Erwachsene beim Geschlechtsverkehr beobachtet?
- Ist es jemals gegen seinen Willen an den Geschlechtsteilen berührt worden?
- Ist versucht worden, das Kind zu sexuellen Handlungen zu zwingen?
- Hat das Kind Andeutungen über sexuelle Erfahrungen gemacht?
- Wenn ja: War der / die Betreffende Verwandte(r), Bekannte(r) oder Freund(in) der Familie?
- War das Kind in seinem Verhalten verändert?
- Haben Sie das Gefühl, das Kind würde sich Ihnen anvertrauen?
- Hat sonst jemand aus der Familie negative sexuelle Erfahrungen gemacht?
- Gibt es in Ihrer Familie Hinweise auf intime Kontakte zwischen Kindern und Erwachsenen?

Der Fragenkatalog erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, hat sich aber in unserer Untersuchung als praktikabel erwiesen. Die Aufnahme strukturierter Fragen in das Routinevorgehen schafft mit der Zeit Sicherheit in der Beurteilung des normalen Verhaltens und in der Beurteilung von Abweichungen, die Hinweise auf sexuellen Mißbrauch geben können. Außerdem kann strukturiertes Vorgehen auf einem Gebiet, auf dem viele Hemmungen auch bei den Untersucher/innen bestehen, besonders hilfreich sein.

Wir haben in der Erprobungsphase des Interviews festgestellt, daß uns das Stellen dieser Fragen große Schwierigkeiten bereitete. Wir mußten erst unsere Scheu überwinden und die Vorstellung aufgeben, daß dies einen unerlaubten Eingriff in die Intimsphäre einer Familie darstellt. Dabei haben wir gelernt, daß wir das Thema Sexualität

durchaus ansprechen konnten, wenn wir zu den Eltern während des mehrstündigen Interviews erst einmal eine Beziehung aufgebaut hatten. Während der Erhebungsphase wurde ein Gewöhnungseffekt deutlich: Je geläufiger und selbstverständlicher die Fragen für uns wurden, desto offener und ergiebiger wurden die Antworten der Eltern. Unsere Frageweise war dabei stützend und nicht wertend. Der Befragte sollte in der Grundhaltung des Interviewers Wertschätzung seiner Person und die grundsätzliche Annahme seiner Meinung spüren. Die Hemmschwelle der Eltern, sich bei vorhandenen Problemen jemandem anzuvertrauen, kann durch das offen gezeigte Interesse des Interviewers an der Familie und deren Schwierigkeiten gesenkt werden.

4 Empirische Ergebnisse

Der Fragenkatalog wurde im Rahmen einer Längsschnittstudie entwickelt und eingesetzt, die am Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität München in Zusammenarbeit mit dem Dr. von Haunerschen Kinderspital der Universität München durchgeführt wird. Die Studie befaßt sich mit der Untersuchung von Risikomerkmalen vernachlässigter und mißhandelter Kinder.

Im ersten Teil wurde 1989 während eines Zeitraumes von vier Monaten bei allen Neuaufnahmen der pädiatrischen und kinderchirurgischen Klinik zusätzlich zur Routine ein standardisiertes Diagnoseschema zur Erkennung von Mißhandlungs-, Vernachlässigungs- und Mißbrauchssymptomen angewendet ($n = 1257$). Die Auswertung dieses Diagnoseschemas erbrachte eine Prävalenzrate von $n = 29$ (2,3%) sicherer Mißhandlungsfälle und $n = 114$ (9%) Verdachtsfälle (FRICK et al. 1990; FRANK et al. 1993).

Drei Jahre später wurde in einem zweiten Untersuchungsabschnitt die Entwicklung und das soziale Umfeld einer ausgewählten Stichprobe untersucht. Diese setzte sich aus denjenigen Kindern der Index-, bzw. Verdachtsgruppe ($n = 54$) zusammen, bei denen eine Mißhandlung und/oder Vernachlässigung als sicher nachgewiesen oder als höchstwahrscheinlich angenommen wurde. Diese Kinder wurden mit einer nach Alter und Geschlecht parallelisierten Gruppe aus der unauffälligen Klinikpopulation verglichen, so daß die Gesamtstichprobe 108 Kinder umfaßte.

Es liegen uns Daten von 97 Kindern vor (44 Indexfälle und 53 Kontrollen). Das Alter der Kinder bei der zweiten Untersuchung lag zwischen 3 und 18 Jahren. Bei den Kindern erfolgte eine Beurteilung auf allen fünf Achsen des Multiaxialen Klassifikationsschema (MAS) nach RUTTER, SHAFFER und STURGE (deutsch: REMSCHMIDT u. SCHMIDT 1986). Die psychiatrische Diagnose (1. Achse) wurde nach ICD-10 vergeben (DILLING et al. 1991).

Im Rahmen dieser Untersuchung wurde ein ausführliches, von uns strukturiertes WHO-Interview (MAS-Achse V) mit einem Elternteil durchgeführt. Das Interview beinhaltet u. a. Fragen zu familiären Belastungsfaktoren, zum Umgangsstil innerhalb der Familie, Konfliktverhalten der Eltern untereinander und gegenüber dem Kind und zur

Inanspruchnahme von Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen.

Ein Teil des Interviews befaßt sich mit der kindlichen Sexualität und dem Umgang mit diesem Thema innerhalb der Familie. Wir haben auch nach genau beschriebenen negativen sexuellen Erlebnissen des Kindes und der anderen Familienmitglieder gefragt.

In Tabelle 1 werden die positiven Antworten, die sich auf die negativen sexuellen Erfahrungen beziehen, dargestellt. Unsere Stichprobe von 97 Patienten wurde in 52 Kleinkinder (drei bis sechs Jahre), 17 Schulkinder (sieben bis 14 Jahre) und 28 Jugendliche (älter als 14 Jahre) aufgeteilt.

Tab. 1: Antworthäufigkeiten auf negative sexuelle Erfahrungen bei 13 von 97 Patienten

Fragebereiche (Mehrfachnennungen)	Nennungen
Exhibitionist gesehen	1 Jugendliche
Erwachsene bei Selbstbefriedigung beobachtet	keine
Erwachsene beim Geschlechtsverkehr beobachtet	4 Kleinkinder 1 Jugendlicher
an Geschlechtsteilen berührt worden	1 Schulkind 2 Jugendliche
zu sexuellen Handlungen gezwungen (s. Text)	2 Kleinkinder 1 Jugendliche
Andeutungen über sexuelle Erfahrungen gemacht	2 Kleinkinder 1 Jugendlicher
Eltern haben Verhaltensänderungen des Kindes beobachtet	1 Kleinkind 1 Schulkind 2 Jugendliche
sexueller Mißbrauch anderer Familienmitglieder	bei 5 Kleinkindern bei 1 Schulkind
Hinweise auf intrafamiliäre intime Kontakte zwischen Kindern und Erwachsenen	1 Jugendliche

13 der insgesamt 97 Kinder haben nach Angaben der Eltern negative sexuelle Erfahrungen gemacht:

Sieben Kinder (vier Mädchen und drei Jungen) wurden direkt in sexuelle Handlungen einbezogen, die im folgenden beschrieben werden. Eine Jugendliche wurde von einem Arbeitskollegen der Mutter heftig und wiederholt sexuell bedrängt. Ein 15jähriger Junge wurde von älteren Jugendlichen im Kinderheim sexuell belästigt. Ein Mädchen wurde im Alter von fünf Jahren auf dem Spielplatz von mehreren ca. 10jährigen Jungen ins Gebüsch gedrängt, wo sie ihre Unterhose ausziehen mußte. Ein 5jähriges Mädchen wurde im Heim von der 12jährigen Zimmergenossin wiederholt an den Genitalien berührt. Ein 16jähriger Junge erzählte seiner Mutter von einem Besuch bei einer Prostituierten. Ein 5jähriger Junge schließlich ist nach eigenen Angaben von einem Mann anal mißbraucht worden, woraufhin eine körperliche Untersuchung im Gerichtsmedizinischen Institut veranlaßt wurde. Ein 15jähriges Mädchen wurde jahrelang vom Vater mißbraucht.

Fünf Kinder (vier Mädchen und ein Junge) hatten die Eltern oder andere Personen beim Geschlechtsverkehr beobachtet. In zwei Fällen geschah dies aufgrund von engen Wohnverhältnissen wiederholt, in einem anderen Fall hat das Kleinkind eine Vergewaltigung der Mutter durch den Vater miterlebt.

Ein Mädchen hatte mit acht Jahren einen sexuellen Übergriff auf die zwei Jahre ältere Schwester durch einen alkoholisierten Freund der Familie in dessen Wohnung miterlebt.

Wir haben auch nach negativen sexuellen Erlebnissen der anderen Familienmitglieder gefragt und erhielten bei sechs Kindern positive Antworten. In drei Fällen handelte es sich um eine Vergewaltigung der Mutter der untersuchten Kinder, die teilweise Jahre zurücklag. Ein Vater in unserer Stichprobe war als Kind über längere Zeit durch seine Tante mißbraucht worden. Zwei Geschwister einer Schülerin wurden von einem Exhibitionisten belästigt.

Bei den beschriebenen Ergebnissen handelte es sich überwiegend um einmalige oder kurzdauernde Ereignisse, d. h. akute, belastende Ereignisse nach Achse V. Die Häufigkeit von 13,3% (13 von 97) der nachuntersuchten Klinikpopulation war für uns überraschend hoch. Alle berichteten Situationen bis auf einen Fall fanden aber außerhalb der Familie statt, so daß es den Eltern leichter fiel, darüber zu berichten. Der Fragenkatalog eignet sich zur Diagnostik von extrafamiliären negativen sexuellen Erlebnissen.

Die Häufigkeit von intrafamiliärem Mißbrauch (1 von 97) war in unserer Population sehr niedrig.

In dem einzigen Fall von intrafamiliärem Mißbrauch lebte die Jugendliche zum Zeitpunkt der Untersuchung in einem therapeutischen Wohnheim, während der Vater eine mehrjährige Gefängnisstrafe wegen Mißbrauchs seiner drei Töchter verbüßte. Der Mißbrauch wurde nicht von den Eltern, sondern von der Jugendlichen selbst und der Heimleitung berichtet. Das Mädchen war zum Zeitpunkt der Vollerhebung (drei Jahre zuvor) wegen rezidivierender Bauchschmerzen stationär aufgenommen und nach wenigen Tagen wieder entlassen worden. Der damals schon bestehende Mißbrauch wurde mit den Instrumenten der klinischen Routine bzw. der Studie, die sich an typischen körperlichen Symptomen orientierte, nicht diagnostiziert. Erst als eine der Töchter den Vater bei der Polizei anzeigte, wurde der langjährige Mißbrauch entdeckt und der Vater in einem Strafprozeß verurteilt. Das Mädchen wurde zufällig für die Nachuntersuchung ausgewählt, da es aus dem Pool der „unauffälligen“ Klinikpatienten in die Kontrollgruppe aufgenommen wurde. Von dem Mißbrauch hat die Klinik bis dahin keine Kenntnis gehabt.

In den oben beschriebenen Fällen von direkten sexuellen Übergriffen (außerhalb der Familie) gab es keinen Unterschied zwischen der Index- und Kontrollgruppe. In den anderen sechs Fällen, in denen die Kinder passiv einbezogen waren, handelte es sich um fünf Indexkinder und ein Kontrollkind. Von den dreizehn Kindern mit negativen sexuellen Erlebnissen erhielten elf eine psychiatrische Diagnose nach ICD-10. Die häufigsten Diagnosen waren „Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“ (n = 2), „Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung“ (n = 2) und „Anpassungsstörungen“ (n = 2). Die anderen Kinder hatten folgende Diagnosen: „Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen“, „Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung“, „leichte Intelligenzminderung ohne Verhaltensstörung“, „battered-child-Syndrom“ und „dissoziale Persönlichkeitsstörung“.

In der Gesamt-Stichprobe hatten 53 von 97 Kindern eine psychiatrische Diagnose (1. Achse). Die Zusammenstellung in der Tabelle 1 gibt lediglich die erfragten Angaben der Eltern wieder. Die Frage, wie die betroffenen Kinder diese Erfahrungen erlebt und verarbeitet haben, und ob bei ihnen ein Trauma entstanden ist, läßt sich ohne Kenntnis der näheren Umstände und weiterer Informationen sowie der Befragung der Kinder nicht beantworten. In Ergänzung zu den Forschungsergebnissen soll die Urteilsfindung in Fällen von intrafamiliärem Mißbrauch anhand von zwei Beispielen aus der klinischen Praxis erläutert werden.

Beispiel 1: Ein zwölfjähriges Mädchen wird wegen des Verdachts auf epileptische Anfälle zum dritten Mal stationär aufgenommen. Seit einem Jahr fällt sie wiederholt in diversen Anforderungssituationen in Ohnmacht. Auf der Station fällt ein Verhalten und eine Ausdrucksweise auf, die stark sexualisiert sind und dem Alter des Mädchens nicht entsprechen. Das Verhalten tritt auch in der Schule auf, es bestehen seit längerer Zeit Lernschwierigkeiten. Das Mädchen lebt allein mit dem sorgeberechtigten Vater. Dieser hat berufliche Probleme und nur wenig soziale Kontakte und drängt seine Tochter in die Rolle einer Partnerin, z. B. als Ratgeberin bei allen wichtigen Entscheidungen. Das Mädchen kommt mit dieser Rolle nicht zurecht, zumal sie deutlich die sexuellen Bedürfnisse des Vaters spürt. Sie ist verwirrt und überfordert und reagiert auf die Situation mit dem oben beschriebenen Verhalten. Neben der diagnostizierten Lernstörung und Verhaltensproblematik bestand ein abnormes Beziehungsmuster in der Familie. Sexuelle Kontakte zwischen Vater und Tochter waren zum damaligen Zeitpunkt möglich, aber nicht sicher. Die psychosexuelle Entwicklung des Mädchens mußte jedoch als dringend gefährdet angesehen werden. Es bestand die Gefahr, daß es früher oder später Opfer von Mißbrauch innerhalb oder außerhalb der Familie werden könnte. Eine längerfristige stationäre Behandlung und eine anschließende Unterbringung in einer therapeutischen Wohngruppe war in diesem Fall indiziert.

Beispiel 2: Ein vierjähriger Junge wird in die Klinik mit einer Pfählungsverletzung des Mastdarms gebracht. Es handelt sich um eine Perforation des Rectums, die notfallmäßig chirurgisch versorgt wird. Die Eltern berichten, daß der Junge beim Baden vom Wannrand abgerutscht und in die an der Wand festgeschraubte Klobürste gefallen sei. Der Junge und seine jüngere Schwester waren beim Baden unbeaufsichtigt und machten angeblich aus Angst vor Strafe keine Aussage zu dem Unfallhergang. Die Mutter hat diesen rekonstruiert, nachdem sie die stuhlverschmierte Klobürste auf dem Boden liegen sah. In der Aufnahmeakte wird vermerkt, daß das Kind hochhängstlich sei, einen ziemlich ungepflegten Eindruck mache und die Eltern für die Schwere der Verletzung ungewöhnlich unbeteiligt wirkten. Die Eltern haben nach eigenen Angaben finanzielle Schwierigkeiten, die eine halbtägige Berufstätigkeit der Mutter erforderlich machen. Sie praktizieren einen strengen Erziehungsstil, den sie durch die Überforderung der Mutter und die hohe Aktivität bzw. Unruhe der Kinder rechtfertigen. Bei dem stark verängstigten Kind wurde während des dreimonatigen stationären Aufenthalts eine Psychotherapie durchgeführt. Gegenüber der Psychologin machte der Junge wiederholt Aussagen über Männer, die ihm Stöckchen in den After gesteckt hatten. Diese Angaben bestätigten den Verdacht des Analverkehrs, der innerhalb oder außerhalb der Familie stattfand. Es wurde versucht, mit den Eltern über die Angst des Kindes, familiäre Belastungen und die Interaktion zwischen den Familienmitgliedern zu sprechen. Die Gespräche waren sehr mühsam und wurden schließlich von den Eltern ganz verweigert. Zum Schutz

des Kindes wurde beim Vormundschaftsgericht eine Einschränkung des Sorgerechts der Eltern beantragt. Trotz eindrucksvoller körperlicher und psychischer Symptomatik war es erst in der Zusammenschau durch Berücksichtigung aller Informationen möglich, die Gefährdung der psychosexuellen Entwicklung plausibel zu machen.

5 Der Bewertungsprozeß

Die Bewertung von einzelnen Befunden stellt sich als nicht ausreichend dar, will man derart komplexe Fragen, wie z. B. die nach sexuellem Mißbrauch beantworten. Es erscheint uns wichtig, sowohl die Informationssammlung, als auch die Bewertung der dabei erhaltenen Bausteine so weit wie möglich zu vervollständigen und erst dann die Entscheidung zu treffen. Ist diese Entscheidung noch nicht zu treffen, so müssen eine weitere Schleife eingebaut und weiter zu bewertende Informationen gesammelt werden. Wenn man die erhaltenen Antworten der Eltern in unserer Studie bewerten möchte, muß man mit Hilfe von zusätzlichen Befunden einen Kontext herstellen. Diese Informationen können sein: die Schilderung aus der Sicht des Kindes, der Grad der Gewalt- oder Machtanwendung, das Wissen des Kindes über Sexualität und Mißbrauch, der Umgang der Eltern mit Sexualität, Umstände der ambulanten Vorstellung oder Klinikaufnahme, Teilnahme und Besorgnis der Eltern, Verhalten des Kindes in der Klinik, Ergebnisse der medizinischen und psychologischen Untersuchung, Verhalten des Kindes aus der Sicht des Kindergartens, der Schule u. ä., Ergebnisse der psychosozialen Anamnese, Belastungsfaktoren, Eindruck über das Verhalten der Eltern, die Interaktion zwischen Eltern und Kind und nicht zuletzt die eigene Intuition des Untersuchers. Erst dann kann man die Bedeutung des Ereignisses für das Kind einschätzen.

An dieser Stelle soll noch einmal an die Unterscheidung zwischen Index- und Kontrollgruppe erinnert werden. Die Indexpatienten hatten im ersten Untersuchungsabschnitt entweder körperliche Symptome von Mißhandlung und/oder Vernachlässigung oder Verhaltensauffälligkeiten bzw. psychosomatische Beschwerden, die an die Möglichkeit von emotionaler Mißhandlung denken ließen. Mißhandlung und/oder Vernachlässigung wurde bei diesen Kindern als sicher oder höchstwahrscheinlich angenommen. Die Patienten der Kontrollgruppe dagegen waren frei von solchen Symptomen und es fanden sich auch in der Anamnese keinerlei Hinweise auf frühere Gewaltanwendungen. Daß sich allerdings unter den Kontrollkindern auch falsch negative Fälle befinden können, zeigt die oben dargestellte Fallgeschichte. Die beschriebenen extrafamiliären negativen sexuellen Erfahrungen allein erklären den hohen Anteil der psychiatrischen Diagnosen bei den Kindern nicht. Dieser korreliert vielmehr mit dem Muster von hoher Belastung und Gewalt und Vernachlässigung in den Familien. Es handelt sich nach unseren Daten um Kinder, in deren Familien viele psychosoziale Belastungsfaktoren gleichzeitig vorhanden sind.

DRAIJER (1990) hat bei ihrer Befragung von erwachsenen Frauen zu sexuellen Erfahrungen gezeigt, daß sexuell miß-

brauchte Frauen aus „Multi-Problem-Familien“ stammten. Sexueller Mißbrauch war häufig kombiniert mit körperlicher Mißhandlung, Vernachlässigung, elterlicher Ablehnung und Rollenkehr innerhalb der Familie. MANNARINO et al. (1994) haben die Beziehung zwischen den Faktoren, die bereits vor dem Mißbrauch vorhanden waren, und psychischer Symptomatik bei 6- bis 12jährigen sexuell mißbrauchten Mädchen untersucht. Ihre Ergebnisse zeigen, daß sexuell mißbrauchte Mädchen gegenüber der Vergleichsgruppe signifikant mehr frühere Entwicklungs- und psychiatrische Probleme hatten und mehr Belastungsfaktoren ausgesetzt waren.

Da die Informationen aus den verschiedenen Bereichen meistens nicht von einem Untersucher allein gewonnen werden können, ergibt sich die Notwendigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit mit anderen Stellen, wie z.B. Kindergarten, Schule, psychologische Beratungsstellen, Jugendämter. Das Ideal einer solchen Kooperation verschiedener Berufsgruppen stellen Fallkonferenzen dar, in denen die einzelnen Befunde zusammengetragen und beurteilt werden können. Der Austausch bietet zudem die Möglichkeit, die emotionale Betroffenheit des Arztes/der Ärztin oder eines/r anderen Untersuchers/in unter Kontrolle zu halten, und es kann der anfangs fast immer empfundenen Hilflosigkeit bei den Helfer/innen entgegen gewirkt werden.

Manchmal befindet man sich allerdings trotz aller Bemühungen in einer Situation, in der ein Verdacht nicht weiter geklärt werden kann. In diesen Fällen sollte man Fragen wie „Was braucht das Kind?“, „Was brauchen die Eltern?“, „Welche Hilfen sind für diese Familie am wirksamsten?“ ins Zentrum seiner Überlegungen stellen. In den meisten Familien, in denen der Verdacht auf Mißbrauch geäußert wird, bestehen Probleme wie Vernachlässigung, gestörte Interaktion, unsichere Bindung und psychosoziale Belastungen. Ein längerfristiger Kontakt zu der Familie und Unterstützung bei der schrittweisen Lösung dieser Probleme stellt in einer unklaren Situation eine wirksame Hilfe für das Kind dar.

Bei der Beantwortung der Frage nach einem möglichen sexuellen Mißbrauch muß systematisch eine Fülle von Informationen erhoben werden. Der hier vorgestellte Leitfaden kann dabei eine praktische Orientierung bieten.

Summary

A Questionnaire Relating to the Psychosexual Development of Children

The purpose of this paper is to present a questionnaire which can collate data on the psychosexual development of children. There are as yet few contributions from the field of empirical research dealing with the question of „normal“ psychosexual development patterns. There is also a lack of standardised procedures by which this aspect of child development can be assessed. For this reason we have developed a questionnaire relating to the theme of child sexuality which can be used in the framework of history

and which was examined as part of a clinical study supported by a grant from the Deutsche Forschungsgemeinschaft. The questionnaire contains questions put to parents relating to the sexual development of children, on how sexuality is talked about and dealt with in the family, and on precisely-defined and described experiences of the child and other members of the family. At the time we present a method of judging normative sexual development of the child and of disturbances such as sexual abuse. In order to deal with this question the collation of information from four different areas is required: physical development and symptoms, behaviour of the child, family context including psychosocial adversities and parent-child interaction. Case studies will illustrate how data from the four areas are related and can accordingly be assessed in order to be able to make judgments on the psychosexual development of children. We see this method as helpful in order to determine whether or not a child was sexually abused. Thus, consideration of each individual case in context is necessary if a balanced judgment is to be arrived at.

Literatur

- BAURMANN, M. (1983): Sexualität, Gewalt und psychische Folgen. Wiesbaden: BKA. – BAURMANN, M. (1991): Junge Menschen und sexuelle Delinquenz. In: ROTTHAUS, W. (Hrsg): Sexuell deviantes Verhalten Jugendlicher. Dortmund. – BENEDEK, E. P./SCHETKY, D. H. (1987): Clinical Experience. Problems in validating allegations of sexual abuse. Part 2: Clinical evaluation American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 916–921. – DILLING, H./MOMBOUR, W./SCHMIDT, M. H. (Hrsg) (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber. – DRAIJER, N. (1990): Die Rolle sexuellen Mißbrauchs und körperlicher Mißhandlung in der Ätiologie psychischer Störungen bei Frauen. In: MARTINIUS, J./FRANK, R. (Hrsg): Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kindern: Erkennen, Bewußtmachen, Helfen. Bern: Huber. – EAGER, R. M. (1992): Child and Adolescent Sexuality: Perspectives and Recommendations. In: GREYDANUS, D. E./WOLRAICH, M. L. (Ed.): Behavioral Pediatrics. New York: Springer. – ELLIGER, T. J./SCHÖTENSACK, K. (1991): Sexueller Mißbrauch von Kindern, eine kritische Bestandsaufnahme. In: NISSEN, G. (Hrsg): Psychogene Psychosyndrome und ihre Therapie im Kindes- und Jugendalter. Bern: Huber. – FEGERT, J. M. (1993): Sexuell mißbrauchte Kinder und das Recht. Band 2. Köln: Volksblatt Verlag. – FRANK, R./KOPECKY-WENZEL, M./SCHÖTT, C./FRICK, U. (1993): Forschung als Intervention am Beispiel Kindesmißhandlung. In: POUSTKA, F./LEHMKUHL, U. (Hrsg): Gefährdung der kindlichen Entwicklung. München: Quintessenz. – FRICK, U./FRANK, R./SCHÖTT, C. (1990): Zur Diagnose „Kindesmißhandlung“: ein Modell des ärztlichen Urteilsfindungsprozesses und Ansätze zu seiner empirischen Überprüfung. In: MARTINIUS, J./FRANK, R. (Hrsg): Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kindern: Erkennen, Bewußtmachen, Helfen. Bern: Huber. – GLÖER, N./SCHMIEDESKAMP-BÖHLER, I. (1990): Verlorene Kindheit. Jungen als Opfer sexueller Gewalt. München: Kunstmann. – GOOR-LAMBO v., V./ORLEY, J./POUSTKA, F./RUTTER, M. (1990): Classification of abnormal psychosocial situations: preliminary report of a revision of a WHO-scheme. J. Child Psychol. Psychiat. 31, 229–241. – HONIG, M.-S. (1992): Verhäuslichte Gewalt. Mit einem Nachwort zur Taschenbuchausgabe: Sexuelle Ausbeutung

- von Kindern. Frankfurt a. M.: Suhrkamp. – KAVEMANN, B./LOHSTÖTER, I. (1984): Väter als Täter. Sexuelle Gewalt gegen Mädchen. Reinbeck: Rowohlt. – MANNARINO, A. P./COHEN, J. A./BERMAN, S. R. (1994): The relationship between preabuse factors and psychological symptomatology in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect* 18, 63–71. – MERTENS, W. (1992a): Entwicklung der Psychosexualität und Geschlechtsidentität. Band 1: Geburt bis 4. Lebensjahr. Stuttgart: Kohlhammer. – MERTENS, W. (1992b): Entwicklung der Psychosexualität und Geschlechtsidentität. Band 2: Kindheit und Adoleszenz. Stuttgart: Kohlhammer. – MURAM, D. (1989): Child sexual abuse – genital tract findings in prepubertal girls: I. The unaided medical examination. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 160, 328–332. – REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M. H. (1986): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge. Bern: Huber. – RUSH, F. (1984): Das bestgehütete Geheimnis: Sexueller Kindesmißbrauch. Berlin: sub rosa Frauenverlag. – TANNER, J. M.: Growth in adolescence. 2nd ed. Oxford, England: Blackwell Scientific Publishers. – WAHL, K. (1991): Studien über Gewalt in Familien. München: Verlag Deutsches Jugendinstitut.
- Anschrift der Verfasser: Dr. Marie Kopecky-Wenzel, Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität München, Nußbaumstr. 7, 80336 München.