

Ulrich Preuß (Hrsg.)

# Bad Boys Sick Girls

Geschlecht und  
dissoziales Verhalten



Berner Schriftenreihe zur Kinder- und Jugendpsychiatrie

Ulrich Preuß (Hrsg.)

## **Bad Boys – Sick Girls**



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

## Berner Schriftenreihe zur Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Berner Schriftenreihe zur Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein multi- und interdisziplinäres Fortbildungs- und Informationsmedium. Jeder Einzelband widmet sich einem Schwerpunktthema, das in didaktisch aufbereiteten Original- und Übersichtsarbeiten praxisgerecht abgehandelt wird.

Die Schwerpunktthemen haben für die Leser eine hohe Praxis-Relevanz und/oder werfen einen besonderen Blickwinkel auf die Thematik.

Die Berner Schriftenreihe richtet sich an Kinder- und Jugendpsychiater und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, je nach Schwerpunktthema auch an Psychiater, Psychologen, Kinder- und Jugendärzte sowie an die in der Sozialarbeit, Kinder- und Jugendhilfe und in der Justiz Tätigen (Sozialarbeiter, Pädagogen, Sozialpädagogen, Erzieher, Richter, Anwälte).

Ulrich Preuß (Hrsg.)

# Bad Boys Sick Girls

Geschlecht und  
dissoziales Verhalten

mit Beiträgen von

S. Bailey | S. L. Bertsch-Wunram | D. Davydov | T. A. H. Doreleijers  
E. G. Dozortseva | C. Fleischhaker | D. Hebeisen | G. Hinrichs  
M. Kaivosoja | G. Klosinski | D. Köhler | E. Morozova | S. Müller  
U. Preuß | A. Raine | W. Rotthaus | I. Savelieva | E. Schulz  
I. Sokolova | S. Terekhina | N. Vostroknutov | W. Weissbeck



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

## Der Herausgeber

Dr. med. Dr. rer. nat. Ulrich Preuß  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
Psychosomatik und Psychotherapie  
Asklepios Fachklinikum Brandenburg  
Anton-Saefkow-Allee 2  
14772 Brandenburg

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG  
Zimmerstr. 11  
10969 Berlin  
[www.mwv-berlin.de](http://www.mwv-berlin.de)

ISSN 1661-1446  
ISBN 978-3-95466-179-4 (eBook: PDF)

### Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2011

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Daher kann der Verlag für Angaben zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen (zum Beispiel Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen) keine Gewähr übernehmen. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Produkt-/Projektmanagement: Frauke Budig, Berlin  
Lektorat: Monika Laut-Zimmermann, Berlin  
Layout & Satz: eScriptum GmbH & Co KG – Digital Solutions, Berlin

Zuschriften und Kritik an:

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Zimmerstr. 11, 10969 Berlin, [lektorat@mwv-berlin.de](mailto:lektorat@mwv-berlin.de)

## Die Autoren

**Susan Bailey, MD, PhD**  
University of Central Lancashire  
Greater Manchester West Mental Health Trust  
Bury New Road  
Manchester M25 3BL  
England

**Simone L. Bertsch-Wunram**  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
im Kindes- und Jugendalter  
Universität Tübingen  
Oslanderstraße 14–16  
72076 Tübingen

**Dimitry Davydov**  
Department of Forensic Adolescent Psychiatry  
Serbsky National Research Center for Social  
and Forensic Psychiatry  
23 Kropotkinsky Per.  
119839 Moskau  
Russland

**Prof. Dr. Theodore A.H. Doreleijers**  
Vrije Universiteit Amsterdam  
Dpt. Psychiatry/Child and Adolescent Psychiatry  
Valeriusplein 18  
1075 BH Amsterdam  
Niederlande

**Elena G. Dozortseva, Psych. D., Ph. D.**  
Department of Forensic Adolescent Psychiatry  
Serbsky National Research Center  
for Social and Forensic Psychiatry  
23 Kropotkinsky Per.  
119839 Moskau  
Russland

**Christian Fleischhaker**  
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie  
im Kindes- und Jugendalter  
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg  
Hauptstraße 8  
79104 Freiburg

**Dieter Hebeisen**  
Jugendgericht des Oberlandes Spiez  
Schlösslistrasse 3  
3700 Spiez  
Schweiz

**PD Dr. med. Dipl.-Psych. Günter Hinrichs**  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und -psychotherapie  
Zentrum für Integrative Psychiatrie  
Niemannsweg 147  
24105 Kiel

**Matti Kaivosoja, MD, Dr Med Sci**  
University of Turku  
Keski-Pohjanmaan keskussairaala  
Mariankatu 16–20  
67200 Kokkola  
Finnland

**Prof. Dr. med. Gunther Klosinski**  
Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie  
im Kindes- und Jugendalter  
Universität Tübingen  
Oslanderstraße 14–16  
72076 Tübingen

**Dr. phil. Dipl.-Psych. Denis Köhler**  
Arbeitsbereich Differentielle Psychologie  
und Psychologische Diagnostik  
Fakultät 4, Fachbereich Psychologie  
Universität Hamburg  
Von-Melle-Park 11  
20146 Hamburg

**Elena Morozova**  
Department of Forensic Adolescent Psychiatry  
Serbsky National Research Center for Social  
and Forensic Psychiatry  
23 Kropotkinsky Per.  
119839 Moskau  
Russland

**Dipl.-Psych. Dipl.-Päd. Silvia Müller**  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und -psychotherapie  
Zentrum für Integrative Psychiatrie  
Niemannsweg 147  
24105 Kiel

**Dr. med. Dr. rer. nat. Ulrich Preuß**  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
Psychosomatik und Psychotherapie  
Asklepios Fachklinikum Brandenburg  
Anton-Saefkow-Allee 2  
14772 Brandenburg

**Adrian Raine, PhD**  
Department of Psychology  
University of Southern California  
Los Angeles, CA 90089-1061  
USA

**Dr. med. Wilhelm Rotthaus**  
Deutsche Gesellschaft für Systematische Therapie  
und Familientherapie (DGSF)  
Commerstraße 1  
50126 Bergheim

**Irina Savelieva**  
Department of Forensic Adolescent Psychiatry  
Serbsky National Research Center for Social  
and Forensic Psychiatry  
23 Kropotkinsky Per.  
119839 Moskau  
Russland

**Eberhard Schulz**  
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie  
im Kindes- und Jugendalter  
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg  
Hauptstraße 8  
79104 Freiburg

**Iryna Sokolova**  
Department of Forensic Adolescent Psychiatry  
Serbsky National Research Center for Social  
and Forensic Psychiatry  
23 Kropotkinsky Per.  
119839 Moskau  
Russland

**Svetlana Terekhina**  
Department of Forensic Adolescent Psychiatry  
Serbsky National Research Center for Social  
and Forensic Psychiatry  
23 Kropotkinsky Per.  
119839 Moskau  
Russland

**Nikolai Vostroknutov**  
Department of Forensic Adolescent Psychiatry  
Serbsky National Research Center for Social  
and Forensic Psychiatry  
23 Kropotkinsky Per.  
119839 Moskau  
Russland

**Dr. med. Wolfgang Weissbeck**  
Pfalzinstitut – Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
Psychosomatik und Psychotherapie  
Pfalzlinikum für Psychiatrie und Neurologie AdöR  
Weinstraße 100  
76889 Klingenmünster

## Editorial

„Mädchen sind lieber als Jungens“, eine Behauptung die sich wie die umgekehrte Aussage nicht wissenschaftlich beweisen lässt, weil die begrifflichen Grundlagen dieser Aussage nicht zu klären sind. Was ist „lieb sein“? Ein anderes Konstrukt lässt sich besser operationalisieren: das Vorhandensein von schweren Verhaltensstörungen und Delinquenz. So belegen viele und über lange Jahre hinweg gültige Statistiken, dass männliche Jugendliche überproportional häufiger wegen krimineller Handlungen auffallen, deswegen angezeigt und häufiger als Mädchen verurteilt werden. Dieser Unterschied setzt sich in das Erwachsenenalter fort und schon bei noch strafunmündigen Kindern gilt, dass Jungen häufiger wegen Gewalttaten, schweren Normüberschreitungen und „schlechterer Erziehbarkeit“ ihren Eltern und Erziehern Sorgen bereiten und Hilfeleistungen in Anspruch nehmen.

Welcher Unterschied diesem Phänomen zugrunde liegt und aus welchen Gründen er besteht, hat in den letzten Jahren zunehmend mehr Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler interessiert, auch weil dieses Phänomen einem Wandel unterliegt. Zunehmend fallen mehr weibliche Jugendliche wegen krimineller Handlungen auf und Gewalttaten werden zunehmend häufiger auch von Mädchen begangen. Gleichzeitig nehme das Problem der Jugendkriminalität in den Städten und auf dem Land zu, wenn den Medienberichten und verschiedenen Statistiken geglaubt werden darf.

Gewalttätige und sexuell übergriffige Jugendliche sind zu attraktiven „Aufreißern“ im Thema „Sex and Crime“ in den Medien geworden, nicht nur als Täter, sondern auch als Opfer. Der „schaurig-schöne Gruselfaktor“ scheint in dieser Altersgruppe sehr hoch zu liegen und lädt zum moralisierenden Voyeurismus ein. Dabei werden z.B. die Erlebnisse der eigenen Jugendzeit vergessen und welche schweren Krisen z.T. bewältigt werden mussten.

Jugendkriminalität beschäftigt immer die Menschen und von vielen – auch unberufenen – Seiten sind eingängige Erklärungen und Vorschläge für Abhilfemaßnahmen bereit. Behauptung oder Wahrnehmung über eine Zunahme der Kriminalität und eine zunehmende Kriminalisierung der weiblichen Jugendlichen sowie natürlich auch der männlichen sind überhaupt nicht angemessen untersucht worden. Verschärfungen von Strafen sind in vielen Mündern, dabei wird vergessen, dass die meisten europäischen Länder geeignete und effiziente Institutionen besitzen, die in enger Zusammenarbeit mit allen Beteiligten hochwertige Ergebnisse mit und bei den Jugendlichen erzielen und erfolgreich bei der Prävention und Integration sind. Gerade diese europäischen Einrichtungen können Vorbild für die gern von Laien als Modell zitierten amerikanischen Verhältnisse sein. Viele Kolleginnen und Kollegen aus Übersee beneiden uns z.B. auf Konferenzen um die in Europa bestehen-

den Standards und Arbeitsmöglichkeiten in der psychiatrisch-psychologischen Jugendforensik.

Natürlich ist auch hier noch nicht der Idealzustand erreicht, es gibt viele Notwendigkeiten zur Verbesserung, gerade in der Heimerziehung, aber auch bei der Installation von geeigneten und professionell richtig ausgerichteten Einrichtungen des Maßregelvollzugs für Jugendliche. In diesem Bereich ist noch viel Anstrengung in Europa notwendig und die Förderung der Forschung sollte diesen Bereich mehr beachten und unterstützen.

Dieser Band der Berner Schriftenreihe entstand im Zusammenhang mit der Arbeit für die Organisation EFCAP (European Association for Forensic Child and Adolescent Psychiatry, Psychology and other involved Professions) – Schweiz. Die EFCAP bildet eine Vereinigung europäischer Fachleute, die in den Feldern der Kinder- und Jugendforensik tätig sind. Deren selbst gegebene Aufgaben sind die Förderung der Interdisziplinarität, der Zusammenarbeit der Fachleute mit den politischen Entscheidungsträgern, der europäischen und internationalen Kooperation, der Verbesserung der Ausbildung der Fachorgane und der Entwicklung der Professionalität, der Information und der Schaffung eines der Sache angemessenen Bewusstseins in der Bevölkerung sowie der Versorgung und Forschung in diesem Bereich. Weitere Details zu EFCAP können im Internet unter [www.efcap.org](http://www.efcap.org) abgerufen werden. Die Anregung zu diesem Heft entstand auf dem Internationalen Symposium zur forensischen Psychiatrie und Psychologie des Jugendalters mit dem Thema: Bad Boys – Sick Girls. Geschlechterdifferenzen dissozialen und delinquenten Verhaltens. Im Jahre 2010 wurden auf einem Symposium in Basel (Schweiz) neue Ergebnisse zur Jugendforensik dargestellt ([www.efcap2010.ch](http://www.efcap2010.ch)).

Mit diesem Heft soll ein Beitrag zur Diskussion geboten werden, der die Darstellung wissenschaftlicher Untersuchungen zu diesem Themenbereich beinhaltet. Aus diesem Grund wurden namhafte internationale Forscher aus dem Bereich der Forensik im Kindes- und Jugendalter eingeladen, unter dem Leitthema „Sick Girls – Bad Boys“ Beiträge für einen Band zum Thema Geschlechterdifferenzen des dissozialen bzw. kriminellen Verhaltens im Jugendalter zu verfassen. Die Autoren haben über viele Jahre in praktischer und wissenschaftlicher Arbeit mit den Problemen junger krimineller Menschen Erfahrungen gesammelt. Um das Wissen einer breiteren Öffentlichkeit im deutschsprachigen Raum zur Verfügung stellen zu können, wurde entschieden, alle fremdsprachigen Beiträge zu übersetzen und so weit wie möglich den im Deutschen üblichen Begriffen anzupassen. Des Weiteren wurden die Texte für einen Herausgeberband überarbeitet. Sie repräsentieren in der Hauptsache wissenschaftliche Beiträge zu dem Thema, aber auch praktisch orientierte Berichte und Meinungen wurden in den Band aufgenommen, um die Darstellungen abzurunden. Jeder Autor vertritt eigenständig verantwortlich in den Beiträgen seine fachliche Meinung oder referiert die von ihm oder anderen gewonnenen wissenschaftlichen Ergebnisse.

Warum wird in den sozialen und medizinischen Wissenschaften Geschlechterforschung betrieben? Sicherlich darf es nicht Ziel einer derartigen Forschung sein, Vorurteile zu mehren, Parteilichkeit zu fördern oder künstliche Unterschiede bzw. Gleichheiten zu produzieren. Vielmehr sind neben dem Erkenntnisgewinn verschiedene Ziele zu formulieren. Es geht darum, relevante Unterschiede in Bezug auf die Variable Geschlecht herauszuarbeiten. Diese dienen zur weiteren Untersuchung wirklich bestehender Unterschiede. Dann ist zu bestimmen, welche Unterschiede Vor- oder Nachteile für die betroffene Gruppe bedeuten. Bei sozialen oder gesundheitlichen Nachteilen ist zu untersuchen, wodurch sie bedingt sind, welche sozialen oder individuellen biologischen oder psychischen Faktoren einen bedeutenden Einfluss auf das Bestehen der Nachteile haben und durch welche Maßnahmen eine Verbesserung der Situation erzielt werden kann. Dabei sind sowohl kurzfristige Effekte als auch nachhaltige Verläufe und Konsequenzen zu beachten. Dies lässt sich am besten an einem Beispiel erläutern. Matti Kaivosoja beschreibt in diesem Heft die unterschiedliche Behandlung von delinquenten männlichen und weiblichen Jugendlichen in Finnland – vermutlich Beispiel gebend für die gesamte westliche Welt. Mädchen wird nach dissozialen Auffälligkeiten schneller das Label einer psychischen Störung zugewiesen. Daraus ergibt sich eine Benachteiligung. Diese kann jedoch bei einer intensiven und erfolgreichen Behandlung zu einem Vorteil werden, da so zukünftige Auffälligkeiten verhindert werden und eine nachhaltig positive Lebensentwicklung gesichert wird. Andererseits besteht nach Kaivosoja die Tendenz, männliche Jugendliche schnell und konsequent als kriminelle Täter zu sanktionieren, ohne intensiver auf mögliche psychische Störungen zu achten. Als erster und scheinbarer Vorteil entfällt also das psychiatrische Labeling. Dadurch kann aber eine kriminelle Entwicklung gefördert werden, weil eine mögliche zugrunde liegende Störung nicht behandelt wird, durch die Gefängnisaufenthalte eine Anpassung an eine dissoziale Gruppe gefördert werden kann und schließlich das Labeling als Krimineller erfolgt. Dadurch wird die Übernahme einer kriminellen Rolle gefördert werden und die Langzeitentwicklung deutlich gefährdet sein.

Weiterhin geht es in der Geschlechter differenzierenden Betrachtungsweise auch darum, Hindernisse und Vorurteile aufzudecken, die eine angemessene Behandlung der Personen einer Gruppe verhindern. Verspätete Diagnosen, zögerliche Behandlung auf der Basis der Annahme, „das kann doch bei dieser Gruppe nicht sein“, können zum Übersehen bestehender behandelbarer sozialer und biologischer Tatbestände führen.

Schließlich sei auch an den Faktor der Zermürbung des Hilfesystems gedacht, das in der Literatur als „attrition“ bezeichnet wird. Auch dieser Effekt spielt sicher bei Geschlechterdifferenzen dissozialen Verhaltens eine bedeutende Rolle. Die delinquente Symptomatik eines weiblichen Jugendlichen wird in den meisten Fällen weniger Elemente einer aggressiven und gewalttätigen Sozialverhaltensstörung haben, dadurch wird eine Jugendliche nicht so früh

ausgegrenzt, sie zieht vielleicht leichter Helfer an und ist in Maßnahmen besser zu integrieren.

Bei gewalttätigen männlichen Jugendlichen kann das Bestehen der Aggressionen und ggf. auch der Impulsivität bedrohlicher wirken. Hinzu kommt möglicherweise noch der Faktor größerer körperlicher Kraft, der Eltern und Helfer schnell ängstigt, zermürbt und sie das Fazit ziehen lässt, dass „dem Jungen nicht mehr zu helfen“ sei oder er für eine Jugendhilfeeinrichtung nicht mehr tragbar ist. Auch hier kann das Geschlecht eine wahrgenommene, biologisch begründete und nachhaltige Diskriminierung der männlichen Jugendlichen zur Folge haben, die in der weiteren Perspektive einen entscheidenden Beitrag zu einer deutlich unterschiedlichen kriminellen Entwicklung von weiblichen und männlichen Jugendlichen leisten.

Das Leitthema dieses Aufsatzes haben wir also aus Beobachtungen und wissenschaftlichen Analysen hergeleitet, die darlegen, dass Mädchen wegen gleichartiger Taten häufiger als psychisch belastet oder gestört angesehen werden, während bei Jungen viel eher die Neigung besteht, bei gleichen Handlungen eine kriminelle Neigung zu vermuten. Diese Grundhaltung hat einen bedeutenden Einfluss auf die Konsequenzen, die delinquente Jugendliche erfahren. Es scheint die Tendenz zu bestehen, dass Mädchen nach delinquenten Handlungen eher in psychosoziale Behandlung bzw. Betreuung gewiesen werden, während männliche Jugendliche schneller mit der „Härte des Gesetzes“ konfrontiert werden.

Es ist ein Hauptanliegen dieses Buches, die Grundlagen und Entwicklungswege, die zu Kriminalität im Jugendalter und zu Geschlechterdifferenzen führen, aufzuzeigen. Dabei war es uns wichtig, sowohl wissenschaftliche Erklärungsansätze anzubieten, die neben den sozialen Grundbedingungen von Kriminalität auch die neurobiologisch entwicklungsmäßigen Grundlagen der Kriminalität darstellen. Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen, schwere Sozialverhaltensstörungen und Lese- und Rechtschreibschwäche zeigt ein überwiegender Teil der männlichen Betroffenen. Diese kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbilder stehen in einem engen Zusammenhang mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer kriminellen Entwicklung in der Jugend oder im Erwachsenenalter. Andere Risikofaktoren gelten in höherem Maße für Jungen und männliche Jugendliche als für deren weibliche Pendanten. Schließlich lassen sie in der Entwicklung und den sozialen Variablen für Mädchen und weibliche Jugendliche mehr protektive Faktoren finden, die besonders Mädchen vor einer dissozialen Entwicklung schützen. Dabei darf nicht vergessen werden, dass Übergriffe jeder Art für Mädchen einen besonders belastenden Einfluss haben, der sich natürlich auch bei Jungen findet. Jedoch ist dieser Faktor scheinbar bedeutsamer für die dissozial gestörte Entwicklung bei weiblichen Jugendlichen und jungen Frauen.

Sprache und schriftliche Präsentation in einem Buch mit Geschlechtervergleichen stehen sicher unter der kritischen Kontrolle und Rezeption interessierter und engagierter Personen. Es wurden klassische Formen der Darstellung der Personen verwandt, um Kunstformen und Stilblüten zu vermeiden. In den einzelnen Darstellungen wird immer das Geschlecht benutzt, auf das sich die Darstellungen beziehen.

Das Erstellen dieses Heftes hat sehr viel Zeit in Anspruch genommen. Nach einer langwierigen Phase des Sammelns der Beiträge erfolgte bei den englischen Texten die Übersetzung und Überarbeitung, die im Zustand der alltäglichen Arbeit zusätzlich viel Zeit verschlingt und deshalb oft langwieriger als gewünscht verläuft. Trotzdem freuen sich die Autoren der Beiträge und der Herausgeber, dass dieses im deutschsprachigen Raum vermutlich einmalige Buch abgeschlossen und veröffentlicht werden konnte.

Ich möchte mich bei vielen beteiligten Personen bedanken, die das Zustandekommen dieses Hefts ermöglicht haben. Zuerst bei den Autoren der Beiträge: Susan Bailey, Schriftführerin, EFCAP Europa, Manchester, Elena Dozortseva, Moskau, EFCAP Russland, Theo Dorelejers, Amsterdam, Präsident EFCAP Europa, Adrian Raine, Los Angeles, USA, Matti Kaivosoja, Vorstand EFCAP, Kokkola, Finnland, Gunther Klosinski und Simone Bertsch-Wunram, Tübingen, Wilhelm Rotthaus, Viersen, Deutschland, Dieter Hebeisen, Spiez, Schweiz, Dennis Köhler, Deutschland, Christian Fleischhaker und Eberhard Schulz, Freiburg, Deutschland. Besonders danke ich Frau Hélène Allensbach, Frau Beatrix Mosimann, und Frau Simone von Niederhäusern für die Administration, die Schreibarbeiten, das Sekretariat und die organisatorischen Arbeiten. Weiterhin danke ich meiner Mutter Edith Preuß, meiner Partnerin Regina Freisberg und meinem Sohn Niklas Mierheim, die mich bei der Arbeit entbehren und ertragen mussten. Abschließend sei allen anderen hier nicht genannten Personen gedankt, die durch Hilfen, Ratschläge, Empfehlungen, Tipps und andere Formen der Unterstützung die Entstehung dieses Buchs mit ermöglicht haben.

*Ulrich Preuß*  
*Bern, Oktober 2010*



# Inhalt

<b>1</b>	<b>„Bad Boys – Sick Girls“ – Verminderte vegetative Erregbarkeit als Prädisposition für Norm abweichendes Verhalten bei weiblichen und männlichen Jugendlichen</b> _____	<b>1</b>
	<i>Adrian Raine</i>	
1.1	Einleitung Dissozialität und vegetative Funktionen _____	1
1.2	Biologischer Ansatz zur Erklärung delinquenter Entwicklungen _____	2
1.3	Prävention und Intervention bei dissozialer Entwicklung _____	7
<b>2</b>	<b>Unfreiwillige Hospitalisierung und Zwangsbehandlung von delinquenten Jugendlichen unter besonderer Berücksichtigung von Geschlechtsunterschieden</b> _____	<b>13</b>
	<i>Matti Kaivosoja</i>	
2.1	Einführung _____	13
2.2	Finnland _____	15
2.3	Forschung, Fragestellungen und Methoden _____	17
2.4	Ergebnisse _____	18
<b>3</b>	<b>Dissozialität im Jugendalter – Geschlechtsunterschiede delinquenten Verhaltens Jugendlicher</b> _____	<b>27</b>
	<i>Ulrich Preuß</i>	
3.1	Statistiken zu Geschlechterdifferenzen dissozialen Verhaltens _____	28
3.2	Psychopathologie und Geschlechtsdifferenzen bei delinquentem und dissozialem Verhalten Jugendlicher _____	32
3.3	Psychopathologie der Delinquenz _____	33
3.4	Dissozialität im evolutionären Kontext _____	38
3.5	Anthropologische Studien zur Dissozialität _____	41
3.6	Spezielle Forschung zu Geschlechterdifferenzen dissozialen Verhaltens _____	45
<b>4</b>	<b>Behandlung von suizidalen und depressiven Symptomen und Störungen bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter</b> _____	<b>57</b>
	<i>Christian Fleischhaker und Eberhard Schulz</i>	
4.1	Schlüsselwörter _____	58
4.2	Erste Erfahrungen in einer Pilotstudie zur deutschen Version der DBT-A _____	61
4.3	Diskussion _____	64
<b>5</b>	<b>Chancen und Grenzen in der Arbeit mit Inhaftierten des Jugendstrafvollzugs – Forensische Projektarbeit in der Jugendanstalt Schleswig/Teilanstalt Neumünster</b> _____	<b>67</b>
	<i>Denis Köhler, Silvia Müller und Günter Hinrichs</i>	
5.1	Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Zentrums für Integrative Psychiatrie Kiel (ZIP gGmbH) _____	67
5.2	Die Jugendanstalt Schleswig/Teilanstalt Neumünster _____	68
5.3	Entwicklung der forensischen Projektarbeit _____	69
5.4	Wissenschaftliche Begleitforschung _____	77
5.5	Schlussfolgerungen _____	77

<b>6 Systemische Therapie mit jugendlichen Sexualstraftätern in einer symptomhomogenen Gruppe</b>	<b>79</b>
<i>Wilhelm Rotthaus</i>	
6.1 Einführung	79
6.2 Kriterien für die Aufnahme in die Täterbehandlung	81
6.3 Symptomhomogene Wohngruppen	83
6.4 Systemische Gruppenarbeit	85
6.5 Systemische Familienarbeit	88
6.6 Kriterien für eine Veränderungseinschätzung als Grundlage für eine prognostische Beurteilung	90
6.7 Abschluss	90
<b>7 Jugendforensik, Jugendhilfe und Jugendgerichtsbarkeit in den Niederlanden – Neuere Entwicklungen</b>	<b>95</b>
<i>Theodore A.H. Doreleijers</i>	
7.1 Zuweisung zur Jugendhilfe	96
7.2 Programme der Jugendhilfe	97
7.3 Haftanstalten für Jugendliche	99
7.4 Neue Einrichtungen	102
7.5 Hilfsverbände und Abläufe	103
7.6 Probleme im System der forensischen Jugendhilfe	104
7.7 Schlussfolgerungen	105
<b>8 Gewalttätige Mädchen, gewalttätige Jungen – Der Nachteil des Geschlechts</b>	<b>107</b>
<i>Susan Bailey</i>	
8.1 Psychiatrische Abklärung bei jungen Frauen	109
8.2 Psychiatrische Störungen und Gewalt	111
8.3 Die Bedeutung von Geschlechterunterschieden	112
8.4 Zusammenfassung	114
<b>9 Gibt es eine Typologie jugendlicher Brandstifter?</b>	<b>117</b>
<i>Gunther Klosinski und Simone L. Bertsch-Wunram</i>	
9.1 Einleitung	117
9.2 Typologie kindlicher Brandstiftungen in der bisherigen Literatur	118
9.3 Typologie erwachsener Brandstifter	119
9.4 Typologie jugendlicher Brandstiftungen in der Literatur	120
9.5 Retrospektive Untersuchung von 40 jugendlichen Brandstiftern, die jugendpsychiatrisch begutachtet wurden	121
9.6 Diskussion der eigenen Ergebnisse und Versuch einer Typologisierung jugendlicher Brandstifter	124
9.7 Schlussfolgerung hinsichtlich Therapie und Prävention	128
<b>10 Sexualität, abweichendes Sozialverhalten und Geschlechterrollen delinquenter weiblicher Jugendlicher</b>	<b>131</b>
<i>Elena G. Dozortseva, Dimitry Davydov, Elena Morozova, Irina Savelieva, Iryna Sokolova, Svetlana Terekhina und Nikolai Vostroknutov</i>	

<b>11 Umgang mit weiblicher und männlicher Dissozialität am Jugendgericht im Kanton Bern</b> _____	<b>143</b>
<i>Dieter Hebeisen</i>	
11.1 Wie äußert sich Dissozialität in der täglichen Arbeit mit Jugendlichen am Jugendgericht? _____	145
11.2 Ursachen der Dissozialität _____	147
11.3 Besteht somit nun Grund zur totalen Resignation? _____	151
 <b>Anhang</b>	 <b>153</b>
 <b>Maßregelvollzug bei Jugendlichen in Deutschland – Zusammenfassung der Themen der ersten Fachtagung zum Thema Maßregelvollzug bei Jugendlichen in Deutschland</b> _____	 <b>155</b>
<i>Wolfgang Weissbeck und Ulrich Preuß</i>	
 <b>Der Herausgeber</b> _____	 <b>168</b>



# **1 „Bad Boys – Sick Girls“ – Verminderte vegetative Erregbarkeit als Prädisposition für Norm abweichendes Verhalten bei weiblichen und männlichen Jugendlichen<sup>1</sup>**

Adrian Raine

## **1.1 Einleitung Dissozialität und vegetative Funktionen**

Die Prädisposition zu dissozialem und gewalttätigen Verhalten bei verminderter vegetativer Erregbarkeit scheint einer der wesentlichen autonomen biologischen Bedingungsfaktoren für das spätere Auftreten von dissozialem Verhalten zu sein. In diesem Kapitel wird dargestellt, wie verminderte vegetative Erregbarkeit, operationalisiert durch die Messung von Ruhepuls und elektrischem Hautwiderstand, in einem korrelativen und inhaltlichen Zusammenhang zu dem späteren Auftreten von Norm abweichendem Verhalten steht. Weiterhin soll dargestellt werden, dass eine hohe vegetative Erregbarkeit als ein protektiver Faktor gegen dissoziales Verhalten angesehen werden kann und welche Implikationen diese Erkenntnisse für die Therapie und Definitionen in der forensische Diagnostik, Intervention und Prognose haben. Dieser Beitrag basiert auf Untersuchungen und Analysen, die in der Langzeitstudie auf Maurizio erhoben wurden.

---

<sup>1</sup> Dieser Beitrag wurde übersetzt von Marc Walther, Simone von Niederhäusern und Ulrich Preuß.

## 1.2 Biologischer Ansatz zur Erklärung delinquenter Entwicklungen

Häufig wird der biologische Ansatz kritisiert, mit dessen Hilfe die Frage zu beantworten versucht wird, in welchem Ausmaß bei auffälligen Jugendlichen eine biologische Basis für dissoziales Verhalten besteht und wie diese in Beziehung zu sozialem Hintergrund und familiären Faktoren steht. Der Titel dieses Kapitels ist „Böse Jungs – Kranke Mädchen?“, dies verweist auf die Grundannahme, dass es unterschiedliche Mechanismen gibt, die männlicher und weiblicher Aggression und Delinquenz zugrunde liegen und die bedingen, dass weibliche Lebewesen meist seltener delinquent werden als männliche. Es bestehen einerseits Ähnlichkeiten zwischen beiden Geschlechtern in Bezug auf aggressives/dissoziales Verhalten, aber andererseits viele Unterschiede, die wegen der geringen Anzahl wissenschaftlicher Studien in diesem Themenbereich nicht genügend erforscht sind. Die Annahme jedoch, dass die gleichen biologischen Mechanismen männlichem und weiblichem Verhalten bei Normabweichungen zu Grunde liegen, ist zurzeit am besten gestützt.

Grundsätzlich ist von fünf Grundannahmen auszugehen:

1. Bei aggressivem Verhalten liegt ein niedriges physiologisches Erregungsniveau vor.
2. Ein hohes physiologisches Erregungsniveau wirkt als protektiver Faktor gegenüber der Entwicklung dissozialen Verhaltens.
3. Diese Mechanismen determinieren in gleicher Weise männliches und weibliches aggressives Verhalten.
4. Diese biologische Grundlage ist kein unbeeinflussbares Schicksal und die niedrigen Erregungsniveaus können durch entsprechende Behandlung verändert werden.
5. Die Änderung bzw. die Einflussnahme auf das physiologische Erregungsniveau bewirkt eine Änderung der Wahrscheinlichkeit des Auftretens dissozialen Verhaltens.

Vor 10 Jahren wurde eine Studie mit 101 15-jährigen Jugendlichen aus Schulen durchgeführt, deren Ergebnisse in The Archives of General Psychiatry (Raine 1990a) veröffentlicht wurden. Der Gegenstand dieser Studie war dissoziales Verhalten von männlichen, aber nicht von weiblichen Jugendlichen. Es wurde das physiologische Erregungsniveau von 15-jährigen Jugendlichen mit drei Maßen erfasst:

- Pulsfrequenz,
- Hautwiderstandänderung infolge von Schwitzen als Maße für Erregung des autonomen Nervensystems und
- das EEG zur Erfassung der zentral-nervösen Erregung.

Weiterhin wurde die Entwicklung dieser Schüler innerhalb der folgenden Jahre erfasst, bis diese das Alter von 24 Jahren erreicht hatten. Von den 101 Personen wurden 17 innerhalb dieses Zeitraums kriminell auffällig, während 84

unauffällig blieben. Bei der Analyse der Erfassung des autonomen und des zentral-nervösen Erregungsniveaus konnte festgestellt werden, dass schon 9 Jahre zuvor bei diesen Variablen Auffälligkeiten bei den Kindern zu beobachten waren, die mit dem nachfolgendem kriminellen bzw. nicht-kriminellem Verhalten übereinstimmten. Aus diesen Daten wird deutlich, dass Jugendliche, die in den folgenden neun Jahren Norm abweichendes Verhalten zeigten, ein niedriges physiologisches Erregungsniveau, d.h. einen niedrigen Ruhepuls, hatten. In Übereinstimmung mit diesem Befund zeigte sich bei der Gruppe der kriminell auffälligen Jugendlichen auch ein niedriger Wert für Hautwiderstand. Desgleichen zeigten sie im EEG eine niedrigere Allgemeinerregung. In diesem Sinne repräsentieren diese Maße unabhängig voneinander Voraussagewerte für ein späteres Norm abweichendes Verhalten. Diese Voraussagen sind zwar keine hundertprozentig perfekten Prädiktoren, aber mit Ihnen kann kriminelles Verhalten als Funktion eines niedrigen physiologischen Erregungsniveaus in ca. 47,9% der Fälle vorhergesagt werden. Die Voraussage auf der Basis dieser Maße kann nicht perfekt sein, weil wesentliche soziale Daten der Familie nicht in den Voraussagewert miteinbezogen werden.

### Fallbeispiele

Dies soll an einem Beispiel zweier junger spanischer Mädchen verdeutlicht werden. Die beiden Mädchen haben angegeben jemand getötet zu haben, weil sie bei der Beobachtung eines gewaltsam getöteten sterbenden Menschen Nervenkitzel erleben wollten. Dieses Verhalten kann einerseits auf der Basis der Theorie des „Sensations-Seeking“ bei dissozialer Verhaltensstörung erklärt werden. Die Grundannahme dieser Theorie besteht darin, dass Personen, die ein niedriges physiologisches Erregungsniveau haben, Stimulation suchen, um ihr Erregungsniveau auf ein normales Niveau zu heben. Einige Kinder oder Jugendliche versuchen ein normales Erregungsniveau aufrecht zu erhalten, indem sie z.B. in ein Haus einbrechen, ein Geschäft überfallen oder als Mitglied einer kriminellen Gruppe z.B. nachts an gefährlichen Orten Graffiti sprayen. Dabei kommen zwei das Erregungsniveau erhöhende Elemente von Gefährdung zusammen (die Gefahrensituation selbst, z.B. die Lebensgefahr auf dem Mittelstreifen der Autobahn, auf einem Brückenpfeiler und die Gefahr erwischt zu werden). Dies ist eine gute Möglichkeit, anhaltende Stimulation zu erleben.

Ein zweiter Erklärungsansatz leitet sich aus der Theorie des erniedrigten Angstniveaus „Fearlessness Theorie“ (Raine 2002a; Raine 2002b) her. In dieser Theorie wird davon ausgegangen, dass eine niedrige Pulsfrequenz ein hohes Maß an Furcht- und Angstlosigkeit repräsentiert. In Studien konnte nachgewiesen werden, dass Personen, die sich gefährlichen Situationen aussetzen müssen, z.B. in der Armee, eine niedrige Pulsfrequenz in entsprechenden Untersuchungen zeigen. Aus diesem Grund entstand die Annahme, dass eine niedrige Pulsfrequenz die Ursache für das Fehlen von Furcht bzw. Angst sein könnte. Bei Schülern, die Norm abweichendes Verhalten zeigen, finden sich sowohl ein niedri-

ger Puls als auch ein Fehlen von Furcht. Deshalb zeigen diese Jugendlichen wenig Hemmung oder Zurückhaltung, wenn es um gewaltsame Auseinandersetzungen geht. Auch sind sie durch potenzielle oder erlebte faktische Sanktionen als Konsequenz auf ihr Verhalten wenig zu beeindrucken. Es berührt sie nicht, dass sie sich im Rahmen einer körperlichen Auseinandersetzung schwer verletzen könnten und auch die psychosozialen Konsequenzen ihres Verhaltens wirken bei ihnen nicht verhaltenssteuernd. Es fehlt ihnen weiterhin die Angst vor unmittelbaren und mittelbaren sozialen und offiziellen Sanktionen.

Die Kontrollgruppe dieser Untersuchung bestand aus nicht kriminell auffälligen Männern im Alter von 24 Jahren. In der Kontrollgruppe befanden sich auch junge Männer, die gemäß einer Lehrereinschätzung, im Alter von 15 Jahren dissoziale Verhaltensweisen gezeigt hatten. Da diese Einschätzung jedoch auf einer Lehrereinschätzung beruhte und nicht auf einer objektiveren Datenbasis, ist sie zu relativieren und als weicher Parameter zu betrachten.

Raine et al. (1995) untersuchte das physiologische Erregungsniveau der Kinder, da 15 Kinder Norm abweichendes Verhalten zeigten, jedoch in den folgenden Jahren bis zum 24. Lebensjahr keine kriminelle Entwicklung aufwiesen. Dabei zeigte sich, dass diese männlichen Personen der Untersuchungsgruppe niedrigere Ruhepulsraten als die der Kontrollgruppe hatten. Insbesondere die Jugendlichen, die mit 15 Jahren als dissozial eingeschätzt wurden, aber mit 24 Jahren nicht mehr auffällig waren, hatten bei den Messungen ein höheres physiologisches Erregungsniveau als die Jugendlichen aus der Kontrollgruppe. Gleichartige Resultate lassen sich für den Hautwiderstand finden, jedoch nicht für die Ergebnisse der EEG-Messungen.

Somit kann der Schluss gezogen werden, dass hohe Aktivitätsniveaus der autonomen Funktionen als protektiver Faktor gegenüber der Entwicklung einer schweren dissozialen Störung wirken können. Diese Untersuchungsergebnisse aus England konnten in einer Studie in Dänemark repliziert werden (Brennan et al. 1993).

Der dritte Punkt der Untersuchung ist die Frage, ob ein niedriger Ruhepuls auch für weibliches dissoziales Verhalten charakteristisch ist. Hierzu sollen zuerst die Ergebnisse einer Literaturübersicht auf der Basis von 21 Studien dargestellt werden (Raine 1996). Die Daten basieren auf Untersuchungen des Ruhepulses bei Kindern und Jugendlichen aus verschiedenen Stichproben. Der Fokus sollte primär auf den Ruhepuls als zentrales Erregungsmaß gelegt werden, weil der Ruhepuls scheinbar ein extrem gut replizierbares Korrelat für dissoziales Verhalten bei Kindern und Jugendlichen ist. Die dargestellten Studien setzen sich aus 26 unabhängigen Stichproben zusammen und in 22 der 26 Stichproben konnten signifikante Effekte hinsichtlich der Prädiktion ausgewiesen werden. Das heißt, in 22 von 26 Studien zeigte sich, dass Kinder mit sozialen Verhaltensstörungen und dissozialem Verhalten eine erniedrigte Ruhepulsrate hatten. Somit kann als bestätigt angesehen werden, dass eine nied-

rige Pulsfrequenz ein Korrelat dissozialen Verhaltens ist. Die Gesamteffektstärke ist .5 (Effektstärken von .2 werden als niedrig angesehen, während Effektstärken von .5 als mittelstarke Effekte betrachtet werden und Effektstärken von .8 auf einen großen Effekt hinweisen). Bei den betrachteten Studien wird hier also von mittleren Effektstärken ausgegangen. Wenn dieser Punkt eingehender betrachtet wird, ist festzustellen, dass die Effektstärken von .5 für Stichproben männlicher Probanden gelten. Wenn die wenigen Studien betrachtet werden, bei denen das Erregungsniveau operationalisiert durch den Ruhepuls bei dissozialen Mädchen untersucht wird, dann liegen dort die Effektstärken bei Werten von .63. Somit ist also der Beleg dafür gegeben, dass eine erniedrigte Ruhepulsrate als Prädisposition für aggressives dissoziales Verhalten auch bei weiblichen Personen angesehen werden kann.

Die Kritik an diesen Feststellungen wird dahingehend formuliert, dass möglicherweise Ursache und Folge vertauscht sein könnten, indem eine niedrige Pulsfrequenz nicht aggressives Verhalten hervorruft, sondern eine Folge davon sein könnte. Die Kritiker vermuten, dass diese Personen körperlich trainierter sein könnten, da sie z.B. häufiger vor der Polizei fliehen, körperliche Anstrengung bei einem Hauseinbruch besser durchstehen oder bei einer körperlichen Auseinandersetzung, „sportlich“ trainieren, was zu einem niedrigen Ruhepuls führt. Deshalb wären die hier dargestellten Effekte im Sinne der Kritik Artefakte, da der physisch sehr aktive Lebensstil die Grundlage für einen niedrigen Ruhepuls bildet.

Eine große Anzahl von Belegen für die Bedeutung des Ruhepulses für die Entwicklung dissozialen Verhaltens konnte mit einer Langzeitstudie auf der Insel Mauritius (Mauritius Child Health Project) gewonnen (Raine et al. 1998b) werden. Diese Untersuchungen dienten dazu, die Annahme zu stützen, dass ein niedriges Arousal möglicherweise kausal für dissoziale und delinquente Verhaltensstörungen ist.

Mauritius ist eine kleine Insel im Indischen Ozean. Im Mauritius-Kinder-Gesundheit-Projekt werden in einer Längsschnittstudie der Gesundheitszustand und die Entwicklung von Kindern erfasst. Diese Studie wurde 1972 von der Universität York begonnen und 1987 übernahm Adrian Raine die Leitung dieser Studie. Die Studie wird vom National Institute of Health finanziell unterstützt.

Im Alter von 3 Jahren wurden 1.795 männliche und weibliche Kinder in diesem breit angelegten Untersuchungsprogramm hinsichtlich psychophysiologischer, kognitiver, temperamentsabhängiger Verhaltens, Gesundheits- und Sozialmaße erfasst. Diese Erhebungen wurden im Alter von 8, 11 (Raine et al. 1998b) und 17 Jahren wiederholt. Im Alter von 23–26 Jahren wurden Selbsteinschätzungen zu Delinquenz und Gewalttätigkeit, zu schizotypen Symptomen einer Persönlichkeitsstörung, zum Alkoholgebrauch und zu Depressionen erhoben. Zusätzlich wurden Informationen zu gerichtlichen Verurteilungen gesammelt und im Alter von 27–30 Jahren wurden für alle Personen Achse I

und II Diagnosen für klinisch-psychiatrische Störungen mit dem SCID Interview (Spitzer et al. 1989) ermittelt. Die damals dreijährigen Kinder sind inzwischen über 30 Jahre alt und haben z.T. selber Kinder. Zurzeit werden neue Untersuchungen zur Erfassung der Kinder dieser Studienteilnehmer entwickelt. Die Datensammlung wird die Daten der Eltern, psychophysiologische Untersuchungen im Fetalstatus, und viele andere umfassen.

Im Studiendesigns des Jahres 1972 wurden 1.800 dreijährige Kinder in die Studie eingeschlossen (ausführliche Beschreibung des Studiendesigns bei Raine et al. 1998b). Davon war jeweils die eine Hälfte männlich und die andere Hälfte weiblich. So konnte also die unterschiedliche Entwicklung von männlichen oder weiblichen Kindern erfasst werden. Weiterhin war eine wesentliche Variable die Herkunft der einzelnen Kinder. 69% der Kinder waren indianischer Abstammung, 26% Kreolen. Im Alter von 3 Jahren wurde der Ruhepuls erfasst. Dann wurden die Kinder 8 Jahre lang weiter in der Studie beobachtet und im 11. Lebensjahr wurde die Neigung zu aggressivem Verhalten erfasst, wobei die Child-Behavior Checklist von Achenbach (CBCL, Achenbach 1991) verwendet wurde. Hierbei schätzten die Mütter das Verhalten ihrer 11-jährigen Kinder ein. Weiterhin wurden auch nicht-aggressive und gewalttätige Formen dissozialen Verhaltens erfasst, um eine vollständige Abbildung einer möglichen dissozialen Verhaltensentwicklung zu erhalten. Der wesentliche Befund war, dass es keine signifikanten Verbindungen zwischen dem Ruhepuls und den nicht-aggressiven Verhaltensformen oder Dissozialität gab. Jedoch zeigte sich, dass eine starke Beziehung zwischen den Ruhepulswerten im Alter von 3 Jahren und der Ausprägung aggressiver Phänomene im Alter von 11 Jahren bestand (Raine et al. 1998b). Es finden sich also signifikante Differenzen zwischen den aggressiven Jungen und den nicht aggressiv auffälligen Jungen aus der Kontrollgruppe. Die aggressiven Kinder im Alter von 11 Jahren zeigten weitgehend durchgängig niedrige Ruhepulsraten in der Messung bei 3 Jahren. Ein wesentlicher Aspekt war, dass dieses nicht nur für die männlichen, sondern auch für die weiblichen Kinder aus der Stichprobe galt. Es zeigte sich also nicht nur bei den 11-jährigen Jungen, sondern auch bei den 11-jährigen Mädchen bei niedrigerer Ruhepulsrate ein höheres Aggressionsniveau an den verschiedenen Messpunkten. Bemerkenswert ist hierbei, dass es eine ausgeprägte Geschlechterdifferenz hinsichtlich des Ruhepulses gibt. Mädchen haben eine höhere Ruhepulsrate als Jungen, aber auch unter Einrechnung dieses Phänomens gilt, dass die Aggressionsausprägung im 11. Lebensjahr abhängig war von der relativen niedrigen Ausprägung des Ruhepulses mit 3 Jahren.

Weiterhin gab es keine Unterschiede hinsichtlich des ethnischen Hintergrunds. Auch hier galt, ein niedriger Ruhepuls im Alter von 3 Jahren war mit dissozialen aggressiven Verhaltensweisen im 11. Lebensjahr in allen Bevölkerungsgruppen verbunden. Somit kann die hohe Ruhepulsrate als Prädiktor mit spezifischer Bedeutung für aggressive Formen des Verhaltens bei Kindern angesehen werden. Weiterhin gibt es konfundierende Variablen, die nicht

nur für Mauritius, sondern auf der ganzen Welt für Dissozialität gelten. Kinder mit aggressivem antisozialen Verhalten sind in Körpergröße und Körperbau größer als nicht-dissoziale Kinder (Ortiz u. Raine 2004).

Insgesamt gibt es 11 verschiedene konfundierende Variablen, die alle in Raine et al. (1998b) dargestellt wurden. Wichtig dabei ist jedoch, dass die Körpergröße nicht im Zusammenhang mit niedrigem Ruhepuls und dissozialem Verhalten steht. Weiterhin wurden andere konfundierende Variablen untersucht, z.B. die physische Entwicklung, der Muskeltonus, familiäre Zwietracht, Hyperaktivität und Sozialverhaltensstörung. Alle diese konfundierenden Variablen hatten keinen Einfluss auf die feste Beziehung zwischen niedrigem Ruhepuls im dritten Lebensjahr und der hohen Ausprägung antisozialen Verhaltens im 11. Lebensjahr. Damit ist die Beziehung zwischen diesen beiden Variablen ein robuster Befund und es kann davon ausgegangen werden, dass diese Beziehung diagnostischen spezifisch ist.

Dies wird durch einen weiteren Befund belegt, der sich aus der Forschung der Ruhepulsrate und anderer psychiatrischer Störungen ableiten lässt. Posttraumatische Stress-Störung, Panikstörung, Depressionen, bipolare Störungen, Schizophrenie und Alkoholismus sind alle durch hohe und nicht durch niedrige Ruhepulsraten gekennzeichnet. Nur die dissoziale Störung scheint dadurch gekennzeichnet zu sein, dass die Ruhepulsfrequenz niedrig ist. Somit unterscheidet sich die dissoziale Störung deutlich von allen anderen psychiatrischen Störungen, bei denen eine niedrige Ruhepulsrate eine Ausnahme darstellt.

Inzwischen haben die zu Studienbeginn 3 Jahre alten Kinder ein Alter von über 30 Jahren erreicht. Auch zu diesem Zeitpunkt wurden die weitere Entwicklung der spezifischen Kinder und insbesondere die Ausprägung dissozialen Verhaltens erfasst. Gleichzeitig sollte erfasst werden, ob es eine intergenerationale Transmission des dissozialen Verhaltens gibt. Ist Dissozialität und Verhaltensauffälligkeit von einer auf die nächste Generation übertragbar? Daraus leitet sich dann die zentrale Feststellung, dass der Übertragungsweg dissozialen Verhaltens primär durch breites Vorkommen niedriger Ruhepulsraten bei allen Personen aus einer Familie mit gehäufte Delinquenz bzw. Dissozialität herrührt, ab. Diese Hypothesen sollten in den nächsten Studien geprüft werden. Zurzeit befinden sich die Untersuchungen in einem Anfangsstadium.

### 1.3 Prävention und Intervention bei dissozialer Entwicklung

Biologische Verfasstheit zu einem Entwicklungszeitpunkt ist keine finale Bestimmtheit. Was lässt sich also trotz des bestehenden Phänomens verändern? Der autonome niedrige Ruhepuls darf nicht als feststehend angesehen werden. Er kann durch Eingriffe aus der Umwelt verändert werden. Daraus leitet sich her, dass gezielte Therapien und Maßnahmen eine Veränderung der zu erwartenden dissozialen Entwicklung bedeuten können. Dies soll hier ver-

deutlicht werden. Im Rahmen der Studie wurden Interventionen durchgeführt, die das Ziel hatten, die psychophysiologischen Funktionen zu beeinflussen. Diese Interventionen basierten einerseits auf Ernährung und andererseits auf körperlichem Training. Zusätzlich wurde eine Anreicherung des pädagogisch-schulischen Feldes mit kognitiver und emotionaler Förderung für die 3-5-jährigen Kinder vorgenommen. 83 Kinder wurden nach Zufallsprinzip in dieses ernährungsmässige, körperliche und kognitive Förderprogramm eingeschlossen. Weiterhin gab es 382 gematchte Kontrollkinder, von denen jeweils 50% männlich oder weiblich waren. Es wurde darauf geachtet, dass die Gruppen sich vor Beginn der Intervention aus beinahe exakt gleich strukturierten Kindern hinsichtlich der zu untersuchenden Variablen zusammensetzten. Die Behandlungsgruppe wurde in zwei speziell entwickelte Förderklassen in Krippen integriert, die „Forget-Me-Not“ und „Red Roses“ hießen. Die Intervention wurde für einen Zeitraum von zwei Jahren im Alter von 3-5 Jahren durchgeführt. Das Verhältnis von Förderlehrer zu Schülern war ein Förderlehrer/lehrerin auf 5 Kinder und alle diese Förderlehrer wurden spezifisch im British Council trainiert, um die Interventionen sowohl im kognitiven, im körperlichen als auch im Ernährungsbereich durchzuführen.

Inhaltlich war das Förderprogramm dadurch gekennzeichnet, dass die Kinder in den Krippen jeweils ein Essen bekamen, das sich aus Fleisch, Fisch und täglich genügend Milch zusammensetzte. Sie wurden hinsichtlich ihres geistigen und körperlichen Gesundheitszustands von Allgemeinärzten untersucht und alle bestehenden Krankheiten wurden angemessen behandelt. Auch nahrungsbedingte Störungen wurden berücksichtigt und soweit wie möglich kompensiert. Im Gegensatz zur Experimentalgruppe diente den Kindern aus der Kontrollgruppe als Hauptnahrungsquelle hauptsächlich Brot. In 16% der Fälle wurde noch Reis dazu gegeben und in 2% der Fälle fand eine einseitige Ernährung mit Reis statt. Als zweite Interventionsmaßnahme wurde körperliches Training durchgeführt. Dieses körperliche Training wurde als sehr wichtig angesehen und bestand hauptsächlich aus längeren, täglichen Spaziergängen mit den Kindern. Dadurch hatten die Kinder ein großes Maß an Aktivitäten außerhalb des Hauses und an jedem Tag wurde eine Stunde für freies Spiel am Ende der Betreuung in der Krippe angesetzt. So bekamen die Kinder reichlich körperliches Training und Anregung zur Bewegung. Als drittes Element wurde eine kognitive Anreicherung des Lernangebotes durchgeführt. Dabei standen die Head-Starter-Programme aus den USA als Grundlage zur Entwicklung der Fördermaßnahmen Pate. Der Schwerpunkt bestand darin, sprachliche Fähigkeiten, visuell räumliche Verarbeitung, Sensitivität und kreative Fertigkeiten zu fördern. Alle Kinder wurden in einem schulischen Programm im Alphabet unterwiesen, erreichten basale Kenntnisse im Schreiben, Lesen, Rechnen und Zeichnen. Im Gegensatz dazu, war in der Kontrollgruppe das Ausbildungsprogramm deutlich weniger entwickelt. Die Kinder wurden intensiv in den 8 Jahren im Rahmen der Studie begleitet und im Alter von 11 Jahren wurden sowohl die autonomen Funktionen gemessen als auch ein EEG abgeleitet.

Bei der Untersuchung zu diesem Zeitpunkt konnte gezeigt werden, dass die erzieherischen, auf die Ernährungsqualität bezogenen und körperlichen Maßnahmen deutlichen Einfluss auf das Wohlergehen der Kinder hatten. Es zeigten sich eindrucksvolle Daten hinsichtlich der psychophysiologischen Entwicklung. Es wurde eine Messung des Hautwiderstandes durchgeführt. Im kognitiven Bereich wurden Maße zur Informationsverarbeitung erhoben und ein EEG durchgeführt. Es zeigte sich, dass bei der Trainingsgruppe eine Veränderung hinsichtlich des Hautwiderstandes stattfand. So wurde in der Präventionsgruppe ein niedriger Hautwiderstand gemessen, der im Zusammenhang mit einem höheren Maß an Kompetenz des Verarbeitens kognitiver Probleme stand. Weiterhin zeigten die Kinder im EEG eine niedrigere Delta-Aktivität im Vergleich zur Kontrollgruppe. Eine niedrige Delta-EEG-Aktivität weist darauf hin, dass die Person aufmerksamer ist. So lässt sich das Ergebnis der Intervention in der Auswirkung auf die Kinder so zusammenfassen, dass diese ein höheres Aktivitäts- und Erregungsniveau zeigten und auch bessere Leistungsfähigkeit in Aufmerksamkeitsmaßen im EEG aufwiesen. Somit zeigt sich, dass die Intervention das autonome Funktionsniveau steigert und die ZNS-Aktivität erhöht. Auch dieses Ergebnis gilt sowohl für Mädchen als auch für Jungen. Es besteht also die Möglichkeit, autonome Funktionen zu verändern, wenn eine Intervention zeitig genug einsetzt, wodurch eine medikamentöse Behandlung in einer geringeren Zahl von Fällen notwendig wird. Auf der anderen Seite ist die Gabe von Stimulanzien auch geeignet, das autonome Aktivitätsniveau zu erhöhen, die Ruhepulsrate im Sinne einer Steigerung zu beeinflussen und das Stimulanzium Ritalin ist besonders effektiv bei der Behandlung hyperaktiver Kinder. Eine Untersuchung von Klein (1993) zeigte, dass Ritalin in gleichem Maß Verhaltensauffälligkeiten und dissoziale Störungen verhindern kann, unabhängig davon, ob die Person überhaupt eine Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Störung aufweist.

Der fünfte Punkt, der sich aus der Intervention herleiten lässt, ist, dass die Erhöhung der autonomen Aktivität auch das Auftreten von Verhaltensstörungen im frühen Schulalter bewirkt. In gleicher Weise gilt dies auch für Jugendliche. Im Alter von 17 Jahren wurden die Kinder der Stichprobe hinsichtlich ihres dissozialen Verhaltens entweder von ihren Lehrern oder ihren Ausbildern und Arbeitgebern bewertet. Auffällig war, dass einige schon früher die Schule verlassen mussten (Raine et al. 2003). Es wurde die Quay-Peterson Revised Behavior Problem Checklist (Quay u. Peterson 1987) verwendet. Hier werden verschiedene Skalen erfasst:

- Verhaltensstörung,
- soziales Verhalten,
- motorisches Verhalten,
- Aufmerksamkeitsprobleme und
- psychotisches Verhalten.

Die zentrale Frage der Untersuchung war nun, ob die Intervention die Werte in diesen Maßen beeinflusst. Es konnte ein signifikanter Effekt für Verhaltensstörungen beobachtet werden, die Interventionsgruppe zeigte einen niedrigeren Verhaltensstörungswert, auch die motorische Unruhe war reduziert und das psychotische Verhalten zeigte sich weniger auffällig gegenüber der Kontrollgruppe. Jedoch zeigten sich signifikantere Effekte in den Maßen von Peterson, die sozialisierte Aggression und Aufmerksamkeitsprobleme messen. Somit ist davon auszugehen, dass die Intervention nicht das Verhalten im Ganzen ändert, sondern eine selektive Veränderung vornimmt. Die auffälligsten Effekte zeigten sich bei allen Aufgaben zu Verhaltensstörungen. Sozialisierte Aggressionen sind nicht in dem Maße spezifisch, weil sie nicht Gewalttätigkeit und Aggression messen. Stattdessen wird in diesem Konzept Lügen, Betrügen, Diebstahl, Zugehörigkeit zu einer dissozialen Gruppe, Stehlen und die Einnahme von Drogen gemessen. Somit ist dies ein Maß für Delinquenz und die Intervention hat ihren hauptsächlichsten Effekt spezifisch auf alle Formen aggressiven Verhaltens im Rahmen dissozialer Störungen. Ein wesentlicher Punkt der Intervention ist also, dass die Veränderung psychophysiologischer Funktionen auch antisoziales Verhalten verändert und dies gilt sowohl für Mädchen als auch Jungen. Ein wesentlicher Unterschied ist jedoch, dass dieser Effekt bei Mädchen etwas geringer ist, aber in die gleiche Richtung Entwicklungsrichtung geht.

Abschließend sei nochmals auf den Punkt der Geschlechterdifferenzen eingegangen. So sind „Bad Boys“ durch biologische Grundgegebenheiten bei einer entsprechenden Neigung unausweichlich dazu prädestiniert, eine dissoziale Entwicklung durchzumachen. Gemäß der Ergebnisse der hier dargestellten Studie ist das nicht so, weil hier erläutert werden konnte, dass eine frühe biologische Prädisposition zu dissozialem Verhalten kein unabwendbares Schicksal ist. Autonome Funktionen lassen sich verändern und können durch Verbesserung sozialer und pädagogischer Bedingungen beeinflusst werden. Damit ist grundsätzlich nicht davon auszugehen, dass jeder dissoziale Mensch mit einer schlechten Ausstattung auf die Welt gekommen ist. Es bestehen zwar einige Prädispositionen in der frühen Kindheit, die einen Einfluss auf die Verhaltensentwicklung haben, aber aggressive, dissoziale, kriminelle junge Männer sind nicht von Grund auf schlecht, eine Auffassung, die gerade in den USA weit verbreitet ist. Dort werden Minderjährige hingerichtet, weil in der allgemeinen Auffassung in vielen Bundesstaaten perspektivisch keine Entwicklungsverbesserungsmöglichkeit bei 16- oder 17-jährigen männlichen Jugendlichen gesehen wird und in der Bevölkerung scheinbar eine breite Zustimmung für dieses staatliche Handeln besteht. Für Mädchen stellt sich die Situation anders dar, auch wenn diese aggressiv und kriminell sind. Sie werden eher als krank oder psychisch gestört klassifiziert und ihnen wird nicht so schnell ein moralisches Label im Sinne einer „Verderbtheit“ zugewiesen. Wie in dieser Studie dargestellt werden konnte, gelten für sie jedoch die gleichen biologischen und sozialen Faktoren und auch ihr Verhalten kann durch

entsprechende Maßnahmen beeinflusst werden (Raine et al. 2003). Trotzdem besteht in den Institutionen (Jugendhilfeeinrichtungen, Behörden) bei weiblichen jugendlichen Delinquenten die Neigung, bei ihnen psychiatrische Diagnosen zu vermuten, während männliche Delinquenz eher als Sozialisationsdefizit aufgefasst wird.

Die Ergebnisse dieser Studien stützen den Ansatz, dass kriminelle aggressive Jugendliche prinzipiell eher zu fördern, nachzusozialisieren und zu integrieren sind, als dass sie durch eine frühe Bestrafung von diesen Entwicklungsmöglichkeiten ausgeschlossen werden. Jugendliche Dissozialität und Aggressivität sollte grundsätzlich umfassend sozialpädagogisch, psychiatrisch und psychotherapeutisch, aber auch durch Lern- und Berufsförderungsmaßnahmen aufgefangen werden. Dabei ist der Zeitraum, in dem eine derartige Maßnahme durchgeführt wird, genügend früh und weitreichend anzusetzen.

## Literatur

- Achenbach TM (1991) Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Brennan P, Mednick SA, Kandel E (1993) Congenital determinants of violent and property offending. In: Peller DJ, Rubin KH (Eds.) The development and treatment of childhood aggression. Hillsdale, NJ: Erlbaum, p. 81–92.
- Bullock J (1988) Tonic heart rate, social class, and antisociality in adolescent girl. Department of Psychology, University of York, England.
- Farrington DP (1997) The relationship between low resting heart rate and violence. In: Raine A, Brennan PA, Farrington DP, Mednick SA (Eds.) Biosocial bases of violence. New York: Plenum Press, p. 89–105.
- Kindlon DJ, Tremblay RE, Mezzacappa E, Earls F, Laurent D, Shal B (1995) Longitudinal patterns of heart rate and fighting behaviour in 9- through 12-year-old boys. *Journal of the American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry* 34: 371–377.
- Klein RG (1993) Clinical efficacy of methylphenidate in children and adolescents. *Encephale*. Mar-Apr; 19(2): 89–93.
- Krisunas M (2002) Teenage lower resting heart rate predicts antisocial adult behaviour. Department of Psychology, University of California, Los Angeles, CA 90089.
- Liu J, Raine A, Venables PH, Dalais C, Mednick SA (2003) Malnutrition at age 3 years and lower cognitive ability at age 11 years. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 157: 593–600.
- Ortiz J, Raine A (2004) Heart rate level and antisocial behavior in children and adolescents: A meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43(2): 154–162.
- Quay HC, Peterson DR (1987) Revised Behavior Problem Checklist: Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Raine A (2002a) Annotation: The role of prefrontal deficits, low autonomic arousal, and early health factors in the development of antisocial and aggressive behavior in children. *J Child Psychol Psychiatry* 43(4): 417–434.
- Raine A (2002b) Biosocial studies of antisocial and violent behavior in children and adults: A review. *Journal of Abnormal Child Psychology* 30: 311–326.
- Raine A, Brennan P, Farrington D (1998a) Biosocial bases of violence: conceptual and theoretical issues. In: Raine A, Brennan P, Farrington D, Mednick SA (Eds.) Biosocial Bases of Violence. New York, Plenum, p. 1–20.
- Raine A, Brennan P, Mednick B, Mednick SA (1996) High rates of violence, crime, academic problems, and behavioural problems in males with both early neuromotor deficits and unstable family environments. *Archives of General Psychiatry* 51: 984–988.
- Raine A, Brennan P, Mednick SA (1994) Birth complications combined with early maternal rejection at age 1 year predispose to violent crime at age 18 years. *Arch Gen Psychiatry* 51: 984–988.

## 1 „Bad Boys – Sick Girls“ – Verminderte vegetative Erregbarkeit als Prädisposition für Norm abweichendes Verhalten bei weiblichen und männlichen Jugendlichen

- Raine A, Brennan P, Mednick SA (1997) Interaction between birth complications and early maternal rejection in predisposing individuals to adult violence: specificity to serious, early-onset violence. *Am J Psychiatry* 154: 1265–1271.
- Raine A, Mellingen K, Liu J, Venables PH, Mednick SA (2003) Effects of environmental enrichment at ages 3–5 years on schizotypal personality and antisocial behavior at ages 17 and 23 years. *Am J Psychiatry* 160(9): 1627–35.
- Raine A, Reynolds C, Venables PH, Mednick SA, Farrington DP (1998b) Fearlessness, Stimulation Seeking, and Large Body Size at Age 3 as Early Predispositions to Childhood Aggression at Age 11 Years. *Arch Gen Psychiatry* 55: 745–751.
- Raine A, Venables PH, Dalais C, Mellingen K, Reynolds C, Mednick SA (2001) Early educational and health enrichment at age 3–5 years is associated with increased autonomic and central nervous system arousal and orienting at age 11 years: evidence from the Mauritius Child Health Project. *Psychophysiology* 38(2): 254–66.
- Raine A, Venables PH, Mednick SA (1997) Low resting heart rate at age 3 years predisposes to aggression at age 11 years: evidence from the Mauritius Child Health Project. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36(10): 1457–1464.
- Raine A, Venables PH, Williams M (1990) Autonomic orienting responses in 15-year-old male subjects and criminal behavior at age 24. *American Journal of Psychiatry* 147(7): 933–7.
- Raine A, Venables PH, Williams M (1990a) Relationships between CNS and ANS measures of arousal at age 15 and criminality at age 24. *Archives of General Psychiatry* 47: 1003–1007.
- Raine A, Venables PH, Williams M (1990b) Orienting and criminality: A prospective study. *American Journal of Psychiatry* 147: 933–937.
- Raine A, Venables PH, Williams M (1990c) Relationships between N1, P300 and CNV recorded at age 15 and criminal behavior at age 24. *Psychophysiology* 27: 567–575.
- Raine A, Venables PH, Williams M (1995) High autonomic arousal and electrodermal orienting at age 15 years as protective factors against criminal behavior at age 29 years. *American Journal of Psychiatry* 152(11): 1595–600.
- Raine A, Yaralian PS, Reynolds C, Venables PH, Mednick SA (2000) Spatial but not verbal cognitive deficits at age 3 years in life-course persistent antisocials: A prospective longitudinal study. Manuscript submitted for publication.
- Scarpa A, Raine A, Venables PH, Mednick SA (1995) The stability of inhibited/uninhibited temperament from ages 3 to 11 years in Mauritian children. *J Abnorm Child Psychol* 23(5): 607–18.
- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB (1989) Instruction Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID 5/1/89 Revision). Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 722 West 168<sup>th</sup> Street, New York, NY 10032.

## **2 Unfreiwillige Hospitalisierung und Zwangsbehandlung von delinquenten Jugendlichen unter besonderer Berücksichtigung von Geschlechtsunterschieden<sup>2</sup>**

Matti Kaivosoja

### **2.1 Einführung**

Adoleszenz als Einheit zur Beschreibung der Übergangsphase von Kindheit ins Erwachsenenalter ist eher als ein neues Phänomen zu betrachten. Zurzeit kann das Bestehen einer Adoleszenz als ein kulturelles Phänomen aufgefasst werden, das definiert wird durch die Entwicklung der persönlichen Identität des späteren Erwachsenen. Zu Zeiten, als Gesellschaften in engen, stabilen, sozialen Kategorien bzw. Rollen organisiert waren, also als Bauernsöhne, Bauern und der Sohn des Bauern ein Bauer, der des Schmieds ein Schmied wurde, mussten die Jugendlichen von einer kindlichen/jugendlichen Rolle in der Familie in eine erwachsene Rolle übergehen. Dabei war die erwachsene Identität, die von den Eltern vorgelebt wurde, zu übernehmen und sie wurde in Form und Ausprägung zeitig definiert und gelernt. Auch war die Differenz in Aufgaben und Inhalten zwischen dem, was zu dieser Zeit Kindheit und Erwachsenenwelt genannt werden kann, geringer als heute, u. a. weil die Kinder schon früh Erwachsenen auf-

---

<sup>2</sup> Ins Deutsche übersetzt von Marc Walther, Simone von Niederhäusern und Ulrich Preuß.

gaben übernehmen mussten, z.B. umfangreich Hilfe bei der Arbeit der Eltern leisteten oder sogar ein Großteil der familiären Produktion selbst erbrachten. Aus diesem Grund ist eine längere und komplizierte Phase der Adoleszenz als ein neueres soziales Phänomen aufzufassen, auch wenn bekannt ist, dass ein entwicklungsbedingter biologischer Hintergrund besteht, der mit der Entwicklung des Frontalhirn in Zusammenhang steht.

In diesem Kapitel soll auf einige Aspekte des adoleszenten dissozialen Verhaltens eingegangen werden und insbesondere soll der Fokus auf die sozialen Aspekte und die Behandlung gelegt werden. Es wird nicht versucht, die biologischen Differenzen zwischen Jungen und Mädchen in Frage zu stellen. Diese biologischen Unterschiede dürfen gerade hinsichtlich des Auftretens delinquenten und gewalttätigen Verhaltens nicht unterschätzt werden. Auf der anderen Seite ist gerade Finnland für die lange Tradition der Entwicklung von Gleichberechtigung zwischen Mann und Frau bekannt und es scheint besonders interessant zu sein, in einem solchen Land Geschlechtsunterschiede in Bezug auf Delinquenz zu vergleichen und ein Schwergewicht auf die Behandlung der betroffenen Adoleszenten in diesem Land zu legen.

### **2.1.1 Die Situation in Finnland**

In vielen Studien wurde gezeigt, dass in kinderpsychiatrischen Einrichtungen mehr männliche als weibliche Patienten behandelt werden. Das Verhältnis ist bei Kindern unter 10 Jahren in Finnland 4: 1, jedoch nimmt die Zahl der in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen behandelten weiblichen Patienten deutlich zu. Zwar bestehen bei männlichen Patienten z.B. emotionale Störungen und Verhaltensprobleme in bekannter Häufigkeit, aber im Versorgungssystem Finnlands werden männliche Kinder und Jugendliche eher in sozialpädagogisch geführte oder in jugendforensische Jugendhilfemaßnahmen integriert. Im Gegensatz dazu befinden sich weibliche Jugendliche mit gleichartigen Störungen häufiger in psychiatrischen Einrichtungen als ambulante oder stationäre Patienten.

Im Folgenden werden die Daten dreier unterschiedlicher Studien berichtet, die in Finnland zum Thema der psychiatrischen Behandlung, Zwangshospitalisation und Zwangsintegration in Jugendhilfemaßnahmen durchgeführt wurden. Im Weiteren werden Studien aus Finnland dargestellt, in denen die Geschlechtsdifferenzen in der institutionellen Behandlung von Jugendlichen und die unterschiedlichen Entscheidungen/Maßnahmen der Jugendgerichtsbarkeit untersucht wurden. Abschließend sollen die hier dargestellten Studienergebnisse mit Untersuchungsergebnissen aus anderen Ländern verglichen werden. Um den Hintergrund für diese Studien zu erklären, soll zuerst die Situation und Organisation der Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie in Finnland dargestellt werden und eine kurze Beschreibung der geografischen und sozialen Situation Finnlands gegeben werden.

## 2.2 Finnland

Finnland ist ein Flächenstaat mit einer Bevölkerung von ca. 5 Millionen Einwohnern. Die Bevölkerungsdichte ist nur im südlichen Teil des Landes mit denen in Zentraleuropa üblichen Siedlungsstrukturen vergleichbar. In allen anderen Bereichen des Landes ist die Bevölkerungsdichte deutlich geringer. Die niedrige Bevölkerungsdichte hat einen großen Einfluss auf die Struktur und Organisation des Gesundheitssystems. Weiterhin wird behauptet, dass die Bevölkerungsdichte die finnische Lebensart beeinflusse. Die Bevölkerungszusammensetzung selbst ist sehr homogen. Die überwiegende Zahl der finnischen Bürger besteht aus Protestanten und nur 7% der Bevölkerung spricht, im Gegensatz zur Hauptlandessprache Finnisch, Schwedisch. Die Anzahl ausländischer Einwohner liegt unter 2% der Gesamtbevölkerung.

Die finnischen Kinder werden häufig als die gesündesten Kinder in der Welt bezeichnet. Finnland ist ein skandinavischer Wohlfahrtsstaat und aus diesem Grund wird die geschützte Entwicklung und Gesundheit der Kinder durch verschiedene Formen der Fürsorge, durch ein umfassendes Schulangebot, durch die öffentliche Sozialfürsorge und Gesundheitsdienste gesichert. Die perinatale Mortalität ist geringer als 7 Todesfälle auf 1.000 Geburten und die Säuglingssterblichkeit ist auf 4 Fälle pro 1.000 Kinder gesunken. Die durchschnittliche Lebenserwartung eines neugeborenen Jungen liegt bei 74 Jahren und eines neugeborenen Mädchens bei 81 Jahren. Ansteckende Erkrankungen sind als kontrolliert zu betrachten, die Zahlen der Teenager-Schwangerschaften sind äußerst niedrig und die Zahl der Aborte hat in den letzten 20 Jahren deutlich abgenommen.

Trotzdem ist gewaltsames kriminelles Verhalten in Finnland häufiger als in Zentraleuropa zu beobachten. Für dieses Phänomen gibt es verschiedene Erklärungsversuche. Einige beziehen sich auf die finnische Lebensführung, die großen Distanzen und die latente Feindseligkeit gegenüber Fremden. Andere Erklärungsansätze beziehen sich auf Unterschiede im Alkoholgebrauch und es werden Verbindungen zwischen Alkoholismus und aggressivem bzw. kriminellem Verhalten gezogen. Des Weiteren ist die Suizidrate in Finnland bemerkenswert hoch und insbesondere die Suizidrate bei Männern ist im Vergleich zu anderen Ländern auffällig. In den 90er Jahren war die Suizidrate der 15-24-jährigen Männer die höchste in Gesamteuropa.

Des Weiteren gibt es in Finnland bedeutende regionale Unterschiede. Kriminalität und Suizidverhalten weist höhere Auftretensraten in den südlichen und südöstlichen Teilen des Landes auf und ist am niedrigsten in Ostrobothnien (Pojanmaa) mit einer schwedisch sprechenden Minderheit in Westfinnland. Die regionalen Differenzen hinsichtlich der Inzidenz und Prävalenz der psychiatrischen Störungen unterscheiden sich nur im geringen Maß von dem Auftreten gewalttätigen Verhaltens. Beides zeigt größere Häufigkeiten in den östlichen Teilen in Vergleich zum Westen des Landes. Psychische Störungen

finden sich häufiger im nordöstlichen Teil und die Kriminalität ist am höchsten im südöstlichen Teil des Landes.

Nach finnischer Rechtsauffassung und Einordnung kriminellen Verhaltens wird dissoziales Verhalten bis zum Alter von 15 Jahren als Verhaltensproblem betrachtet und soziale Einrichtungen führen die entsprechenden Betreuungsmaßnahmen durch. Eltern können für von ihren Kindern unter 15 Jahren verursachte Schäden zur Verantwortung gezogen werden. Die Jugendgerichtsbarkeit greift erst ab einem Alter von 15 Jahren. Wenn eine Rechtspflegeeinrichtung eingeschaltet werden muss, kann der betroffene Jugendliche einer Erziehungseinrichtung des Sozialsystems zugewiesen werden. Dies erfordert keinen Gerichtsbeschluss, sondern liegt in der Verantwortung der lokalen Sozialbehörden. Es gibt 7 staatliche Sondereinrichtungen und zwei große private Sondereinrichtungen der Jugendhilfe, die für die Versorgung des gesamten Landes zuständig sind. Diese Einrichtungen betreuen 24 bis 90 Kinder. Insgesamt können in den Einrichtungen mehr als 400 Adoleszente aufgenommen werden. Darüber hinaus gibt es verschiedene städtische bzw. Gemeindeeinrichtungen und eine zunehmende Anzahl kleiner privater semi-professioneller Pflegefamilien oder Pflegeheime für delinquente Jugendliche. Für Kinder und Jugendliche besteht außerdem ein ausreichendes Angebot an Gesundheitseinrichtungen und sogenannte Schulschwestern gewährleisten die primäre Gesundheitsfürsorge. Kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen werden durch lokale Träger, Gemeinden oder Krankenhäuser getragen, die sich meist in öffentlichem Eigentum befinden.

Kinderpsychiater arbeiten zusätzlich noch in Beratungseinrichtungen. Es gibt insgesamt vier Spezialitäten im Bereich der Psychiatrie:

- Allgemeine Psychiatrie,
- Kinderpsychiatrie,
- Adoleszentenpsychiatrie und
- forensische Psychiatrie.

Es sei betont, dass in Finnland die Kinder- und die Jugendpsychiatrie getrennte Fachbereiche bilden und nicht wie in anderen europäischen Ländern zu einer medizinisch-psychiatrisch Fachdisziplin zusammengefasst sind. Das Justizsystem befindet sich in der Verantwortung der lokalen Autoritäten. Jährlich werden 20 bis 40 minderjährige Personen zu Gefängnisstrafen in Jugendgefängnissen verurteilt und 400 Verurteilungen werden auf Bewährung ausgesprochen. Es gibt nur als einziges Jugendgefängnis in Finnland, das Kerava Jugendgefängnis. Weiterhin gibt es zwei staatliche psychiatrische Kliniken für Straftäter, die als nicht verantwortungsfähig für ihre Taten eingeschätzt wurden. In diesen psychiatrisch-forensischen Kliniken wird die Begutachtung bei Verdacht verminderter oder nicht gegebener Schuld- und Einsichtsfähigkeit durchgeführt, jedoch befinden sich in diesen Kliniken keine Abteilungen für Minderjährige.

Die Anzahl der von Minderjährigen begangenen kriminellen Handlungen nimmt ab. In Zahlen drückt sich dies so aus: Kinder unter 15 Jahren stehen im Verdacht, an ca. 10.000 Fällen krimineller Handlungen im Jahr beteiligt zu sein, in der Altersgruppe 15 bis 17 Jahre werden 40.000 kriminelle Handlungen und in der Gruppe der 18-20-Jährigen werden 68.000 Fälle vermutet. Die häufigsten dieser Straftaten junger Personen sind Diebstahl und das sog. „Joy-Riding“ (Strolchenfahrten), das Entwenden eines Kraftfahrzeuges zum Zeitvertreib (Wettrennen oder Zerstörung des Fahrzeug) mit Fahren ohne Führerschein, meist mit in Gruppen eingebundenem Risikoverhalten. Diese Straftaten machen über 90% aller Straftaten junger Menschen im Alter von 15-20 Jahren in Finnland aus. Bei den Diebstahlsdelikten ist eine Abnahme zu beobachten, während die Drogenmissbrauchskriminalität eine Zunahme aufweist.

### 2.3 Forschung, Fragestellungen und Methoden

Die ersten Untersuchungen der Studiengruppe wurden im Zusammenhang mit der Einrichtung einer neuen Gesetzgebung im Jugendstrafrecht im Jahre 1991 durchgeführt. Untersuchungsgegenstand waren Veränderungen im Jugendhilfe- und Gesundheitssystem in den Jahren 1991 bis 1993. Weiterhin sollte in der ersten hier dargestellten Untersuchung die Einstellung der Personen im Helfersystem zu den von ihnen betreuten Personen und die Angemessenheit der eingeleiteten Interventionen untersucht werden.

Es wurde über einen Zeitraum von 3 Jahren Dokumentationsmaterial über die Minderjährigen gesammelt, die einer erzieherischen Jugendhilfemaßnahme zugewiesen wurden. Die aus dem psychiatrischen Bereich stammenden Fälle wurden über die örtliche Gerichtsbarkeit identifiziert und gleichzeitig wurden primär Daten in den Kliniken und sekundär Daten bei den Sozialbehörden und Beratungseinrichtungen erhoben. Des weiteren wurden diejenigen, die in eine Behandlung oder Maßnahme gegen den eigenen Willen auf der Basis der Kinderwohlfahrtsgesetze integriert wurden, durch die Informationen der örtlichen Gerichte und der Dokumentation der Sozialbehörden, Krankenhäuser und Beratungseinrichtungen erfasst. Zusätzlich wurden Jugendstrafgefangene unter 18 Jahren, die von der Jugendgerichtsbarkeit verurteilt wurden, identifiziert und ihre Daten im den Gefängnissen oder in anderen Hilfseinrichtungen und bei den zuständigen Behörden erhoben. Das Untersuchungsmaterial bestand aus 566 Gerichtsentscheiden über Maßnahmen für Jugendliche und betraf 434 Minderjährige. Es wurde alle neu auftretenden Fälle des Landes während der Studienperiode in die Datensammlung eingeschlossen. 100 Teilnehmer der Stichprobe dieser Studie beteiligten sich an einem Interview und in 40 Fällen wurden die Eltern oder Pflegeeltern der Adoleszenten interviewt.

In einer zweiten Studie im Jahre 1999 wurden die statistischen Daten aller psychiatrischen Krankenhauseinweisungen von Minderjährigen in dem Zeitraum

von 1995 bis 1998 erfasst. Die Anzahl und die Diagnosen der unfreiwillig hospitalisierten Minderjährigen wurden auf Basis der nationalen Basisdokumentation der Klinikentlassungen in dieser Periode erfasst. Es wurde versucht, die Veränderungen in den Hilfsmaßnahmen der Minderjährigen im Laufe dieser 3 Jahre zu erfassen und diese Ergebnisse mit den Ergebnissen der ersten Studie zu vergleichen. Diese Studie basierte nur auf diesem Datenmaterial und war aus diesem Grund nicht ausreichend, um sie mit der ersten Studie vergleichen. Jugendliche in Kinderwohlfahrtseinrichtungen, Jugendhilfemaßnahmen und jugendliche Strafgefangene konnten in diese Studie nicht eingeschlossen werden. Um genauere Daten über Veränderungen in den 90er Jahren zu gewinnen, musste deshalb eine weitere Studie durchgeführt werden.

In einer dritten Studie wurden im Winter 1999/2000 alle Fälle unfreiwilliger stationärer Behandlungen von Minderjährigen (Personen unter 18 Jahren) innerhalb einer Zwei-Monats-Periode erfasst. Diesmal wurden die Fälle durch Fragebögen identifiziert, die allen Gemeinde- und städtischen Einrichtungen und Staatskrankenhäusern mit psychiatrischer Abteilung zugesandt wurden. Auch hierbei wurden Personen in Jugendhilfemaßnahmen nicht in die Studie eingeschlossen, aber es wurden verschiedene Fragen in Bezug auf die Jugendhilfemaßnahmen und das dissoziale Verhalten der nicht freiwillig zugewiesenen jugendlichen Patienten gestellt. Diese Studie wurde von einer Arbeitsgruppe des Sozial- und Gesundheitsministeriums Finnlands durchgeführt. Es wird wiederum deutlich, dass es einige methodologische Unterschiede und Probleme hinsichtlich der Vergleichbarkeit bei diesen Studien gibt, aber es ist dennoch interessant, dass in allen Studien deutliche Geschlechtsdifferenzen aufgezeigt werden konnten. Des Weiteren spiegeln die Ergebnisse einige Veränderungen hinsichtlich dieser Geschlechtsunterschiede wider.

## 2.4 Ergebnisse

### 2.4.1 Dokumentationsstudie

Als erstes wird ein Vergleich zwischen 173 Mädchen und 177 Jungen durchgeführt, die in irgendeiner Weise an Maßnahmen der forensischen Jugendhilfe teilnehmen mussten oder die sich in psychiatrischer Behandlung oder in Jugendhilfemaßnahmen befanden. Alle Ergebnisse basieren auf Aktenmaterial. In der Altersgruppe von 12–15 Jahren befanden sich mehr Jungen, während in der Altersgruppe von 15–18 Jahren mehr weibliche Jugendliche vorgefunden wurden. Die Mädchen wurden häufiger in eine psychiatrische Behandlung eingewiesen und die Jungen wurden häufiger in Jugendhilfemaßnahmen betreut. Die forensisch initiierte psychiatrische Behandlung bei nicht-psychotischen Störungen verdreifachte sich beinahe. Diese Zunahme spiegelt die Veränderung in der Gesetzgebung bei psychischen Störungen wider. Der An-

stieg der Zahl führte jedoch nicht zu einer Veränderung des Anteils der Jungen und Mädchen, die sich in psychiatrischer nicht freiwilliger Behandlung befanden. Die Veränderung der Kriterien für die nicht freiwillige Zuweisung zu psychiatrischer Behandlung war nicht dazu gedacht, Veränderungen bei den anderen pädagogischen Maßnahmen im Fürsorgesystem der Kinder zu bewirken. Sie hatte auch keinen Einfluss auf die Zahl derjenigen, die als Minderjährige eine Haftstrafe erhielten noch zeigte sich eine Veränderung in der Qualität der vorliegenden Störungen bei den Jugendlichen. Gemäß den vorliegenden Akten zeigten die Mädchen häufiger milde oder mittelschwere psychotische Symptome. Schwere psychotische Symptome traten nicht häufiger bei Mädchen auf. Im Gegensatz dazu zeigten die Jungen häufiger Verhaltensprobleme und dissoziales Verhalten. Bei jedem zweiten männlichen Jugendlichen wurden schwere oder mittelschwere Sozialverhaltensstörungen diagnostiziert, während nur eines von vier Mädchen diese Diagnose erhielt. Suizidales Verhalten wurde bei Mädchen häufiger berichtet. Ein Viertel der erfassten weiblichen Personen zeigt mittelschwere bis schwerere suizidale Verhaltensweisen und Handlungen, während für nur einen Zehntel der männlichen Personen diese Art von Suizidverhalten aus den Berichten entnommen werden konnte.

In den Jahren 1995 bis 1998 konnte weiterhin eine Zunahme der nicht freiwilligen Klinikeinweisungen festgestellt werden (Sourander et al. 1998; Siponen et al. 2007). Da die Identifikation für die Erfassung aus den Datensystemen stammte, konnte ggf. eine falsch positive Identifikation erfolgen, aber es scheint sicher zu sein, dass im Jahre 1998 die Anzahl der neuen unfreiwilligen Klinikeinweisungen sich gegenüber 1993 verdoppelt hat. Weiterhin entstand der Eindruck, dass weibliche Personen häufiger als Jungen zugewiesen wurden. Das diagnostische Profil hatte sich verändert. Sozialverhaltensprobleme und Anpassungsstörungen waren die häufigsten Zuweisungsgründe. Dieser Befund erforderte eine weitere Untersuchung in einer neuen Stichprobe mit Fragebögen, die den betroffenen Personen in den psychiatrischen Kliniken vorgelegt wurden.

In dieser dritten Studie wurden alle Minderjährigen, die nicht freiwillig in eine psychiatrische Behandlung eingewiesen wurden, im Zeitraum von 2 Monaten in allen Gemeinde- und Staatskrankenhäusern von der Arbeitsgruppe des Sozial- und Gesundheitsministeriums untersucht. 117 Fälle wurden erfasst, bei denen eine unfreiwillige Klinikeinweisung erforderlich war. In dieser Gruppe zeigten sich keine Geschlechterdifferenzen, es wurden 59 männliche und 58 weibliche Jugendliche erfasst. 45% dieser Adoleszenten wurden nach einer 1-5-tägigen Begutachtungszeit zur Behandlung zugewiesen. 38% der weiblichen und 49% der männlichen Jugendlichen wurden zur Behandlung überwiesen. Der niedrige Anteil der Zwangszuweisungen ist z.B. dadurch zu erklären, dass es eine hohe Rate an freiwilligen Einverständniserklärungen zur Behandlung während der Begutachtung gab. Zwei Drittel dieser Personen,

die sich zu einer freiwilligen Behandlung bereit erklärten, wurden nicht verurteilt, blieben freiwillig in stationärer psychiatrischer Behandlung, nachdem die Begutachtung abgeschlossen war.



***Beim Vergleich der Akten der verurteilten Jungen und Mädchen wurde festgestellt, dass der Missbrauch von Drogen häufiger bei den verurteilten Jungen als bei den verurteilten Mädchen auftrat.***

Es wurden 700 Minderjährige zur Begutachtung pro Jahr überwiesen und 100 wurden verurteilt. Dies ist drei Mal so viel wie im Jahre 1993 und fünf Mal so viel wie im Jahre 1991. Die beobachteten Geschlechterdifferenzen bestehen weiter, aber möglicherweise zeigt sich nicht mehr das Wachstum wie in der Mitte der 90er Jahre. In der Stichprobe der letzten Studie wurde am häufigsten die Diagnose Psychose als Zuweisungsgrund vergeben. Andere häufig gestellte Diagnosen waren schwere Depressionen und Drogenmissbrauch. Der Drogenmissbrauch als Diagnose zeigte gegenüber den vorhergehenden Studien eine Zunahme bei den unfreiwillig zugewiesenen Adoleszenten. Drogenmissbrauch wurde häufiger bei den männlichen Personen beobachtet.

#### **2.4.2 Interviewstudie**

In der Interviewstudie wurden 80 Adoleszente erfasst, die aus verschiedenen Gründen einer unfreiwilligen Behandlung zugewiesen worden sind. Insgesamt wurden 40 Jungen und 40 Mädchen interviewt. Geschlechterunterschiede wurden in ihren Einstellungen und Erfahrungen beobachtet. Auch der familiäre Hintergrund war unterschiedlich. Die Kontakte zur Mutter waren bei Jungen und Mädchen ungefähr gleich ausgestaltet, aber nur ein Drittel der Jungen lebte auch mit einem Vater oder Träger einer Vaterrolle in der Familie zusammen, während mehr als die Hälfte der Mädchen sowohl mit Mutter und Vater aufgewachsen waren. Die Mädchen beschrieben und doppelt so häufig Probleme in der Beziehung zur Mutter als die Jungen. Insbesondere psychische Auffälligkeiten der Mutter wurden häufiger beschrieben, wobei vor allem Alkoholprobleme angegeben wurden. In gleicher Weise beschrieben Jungen doppelt so häufig Probleme mit dem Vater und unter den psychischen Störungen des Vaters war Alkoholismus des Vaters die häufigste Nennung. Bezüglich der anderen psychiatrischen Störungen bei den Eltern zeigten sich keine bedeutenden Geschlechterunterschiede.

Die Mädchen schätzten sich selber positiver ein als die Jungen, mehr als die Hälfte zeigte ein positives Selbstbild. Nur ein Drittel der männlichen Adoleszenten gab eine positive Selbsteinschätzung an. Dennoch konnten die männlichen Adoleszenten häufiger eine oder mehrere Stärken oder Begabungen benennen. Psychiatrische Symptome wurden häufiger bei Mädchen beobachtet.

tet, insbesondere generelle Angststörungen, phobische Ängste und psychotische Symptome. Aggressives Verhalten und Störungen des Sozialverhaltens wurden häufiger bei den männlichen Patienten beobachtet. Die Unterschiede waren dennoch minimal. Weibliche und männliche Adoleszente wiesen in gleicher Weise Schulprobleme auf. Ein auffälliger Alkoholmissbrauch wurde häufiger von den männlichen als den weiblichen Adoleszenten angegeben.

Die Mädchen hatten häufiger zuvor an ambulanten psychosozialen Behandlungsmaßnahmen oder Jugendhilfemaßnahmen teilgenommen, bevor sie in die unfreiwillige Behandlung eingewiesen wurden. Die Unterschiede waren noch deutlicher, wenn nur Maßnahmen im letzten Jahr vor der unfreiwilligen Behandlung erfasst wurden. Wenn für einen weiblichen Adoleszenten eine ambulante Therapie durchgeführt wurde, so war in 90% der Fälle eine Behandlung durchgeführt worden, die bis zum Beginn der unfreiwilligen Behandlung fortgeführt wurde. Bei Jungen lag diese Rate nur bei 50%.

Die Mädchen bewerteten die Einrichtungen und Institutionen, die die entsprechenden Maßnahmen eingeleitet hatten, deutlich positiver als die Jungen. Die Jungen wurden deutlich häufiger von einer Einrichtung in eine andere platziert, sie hatten dadurch kurze Verweildauern und viel mehr Einrichtungen erfahren. Die Anwendung der unfreiwilligen Behandlung entsprach weniger den Erwartungen der weiblichen Adoleszenten als denen der männlichen. Im Gegensatz dazu sind die männlichen Adoleszenten in der institutionellen Behandlung häufiger isoliert worden. Eine solche „Time-Out“ Intervention gehörte zu den Erfahrungen von ungefähr zwei Dritteln der Jungen und der Hälfte der Mädchen. Gleichzeitig wurde in diesen Gruppen ein „Time-Out“ häufiger durchgeführt als bei anderen Patienten<sup>3</sup>. Abschließend sei noch zu bemerken, dass es keine Differenzen in der Einschätzung bei den weiblichen und männlichen Jugendlichen hinsichtlich der positiven oder negativen Folgen der unfreiwilligen Behandlung gab.

### 2.4.3 Diskussion

Unfreiwillige Zuweisung zur stationären Behandlung ist das Ergebnis verschiedener juristischer medizinisch-psychiatrischer und pragmatischer Handlungsentscheidungen. Diese Form der Zuweisung reflektiert die Situation des Patienten, der Familie, der erweiterten Familie sowie der sozialen Umwelt und reflektiert die möglichen helfenden Ressourcen eines größeren sozialen Netzwerks. Die Anwendung von Zwang kann auch dazu führen, dass andere Formen der Hilfe zurückgewiesen werden. Manchmal sind Kliniker verführt, unfreiwillige Maßnahmen anzuwenden, weil andere Maßnahmen außerhalb ihres Kontrollbereichs liegen. Es konnte in verschiedenen Studien mit Erwach-

3 „Time-Out“ Maßnahmen bei aggressivem Verhalten wird mit den Patienten in Absprache mit den sie betreuenden Personen eine Zuführung in einen isolierten und reizarmen Raum durchgeführt.

senen gezeigt werden, dass das Funktionsniveau der Familie, der ethnische Hintergrund, das Alter und das Geschlecht wesentliche Variablen sind, die Einfluss auf die Entscheidung einer Fachperson haben, psychiatrische Zwangsmaßnahmen einzuleiten. In den hier dargestellten Studien hat sich gezeigt, dass es auch für Adoleszente keine Ausnahme von dieser Regel gibt.

#### 2.4.4 Geschlechtsunterschiede

In einer Studie (Sourander et al. 2006) wurden Kinder in Jugendhilfeeinrichtungen mit Kindern aus psychiatrischen stationären Einrichtungen verglichen. Es war sehr überraschend, dass Unterschiede zwischen diesen Systemen hauptsächlich in historischer, sprachlicher und administrativer Hinsicht bestehen. Auch wenn bei Jugendhilfemaßnahmen der Aspekt deutlicher auf Erziehung und Restriktion lag und in psychiatrischen Institutionen mehr ein psychotherapeutischer Ansatz bevorzugt wurde, verwandten sowohl die Einrichtungen der Jugendhilfe wie auch die psychiatrischen Behandlungseinrichtungen ähnliche Vorgehensweisen. Aus diesem Grund entstand die Annahme, dass Unterschiede in der Behandlung der Geschlechter auch innerhalb dieser Systeme zu finden sein könnten.

In der ersten hier dargestellten Studie erschien es sinnvoll, das „System unfreiwilliger Hilfen“ als Ganzes zu untersuchen und sich nicht auf die unfreiwillige Einweisung männlicher (zu Jugendhilfemaßnahmen) oder weiblicher Personen (in die Psychiatrie) zu beschränken.

Die Untersuchungsergebnisse unterstützten die Annahme, dass die Fachpersonen gelernt haben, weibliche und männliche Patienten so auszuwählen, dass sie verschiedenen Hilffsystemen zugewiesen werden. Innerhalb dieser Systeme wurden sie nach ähnlichen Vorgehensweisen behandelt. Es war sehr überraschend, dass die Veränderung im Gesetz zur psychischen Gesundheit in Finnland dazu geführt hat, dass gegen die Erwartung, dass mehr Jungen zu unfreiwilliger psychiatrischer Behandlung zugewiesen würden, stattdessen mehr Zuweisungen bei Mädchen durchgeführt wurden. Es entstand so der Eindruck, dass die Personen im Hilffsystem gelernt hatten, die neuen Kriterien nach ihren Vorstellungen zu nutzen, um trotz der neuen Gesetzgebung ihr mehr oder weniger intuitives Auswahlverhalten beizubehalten.

Geschlechtsunterschiede werden nicht nur bezüglich der bevorzugten Auswahl von weiblichen Adoleszenten zur Zuweisung in eine psychiatrische Behandlung gefunden. Pösö (1993) untersuchte die Dokumentation von Fallbesprechungen in drei unterschiedlichen Einrichtungen der Jugendhilfe. Alle Einrichtungen waren staatlich lizenzierte Schulen für delinquente Adoleszente, eine für Mädchen, eine für Jungen und eine für gemischte Gruppen aus Jungen und Mädchen. Sie fand bemerkenswerte Unterschiede in den Schemata in dem das Personal die Verhaltensprobleme der Mädchen und die der Jun-

gen besprach. Bei der Besprechung eines weiblichen Adoleszenten schien sich der Gesprächsgegenstand hauptsächlich darauf zu fokussieren, was die Gründe für ihre Verhaltensstörungen sein könnten. In der Regel wurde die Annahme entwickelt, dass eine psychologisch-psychiatrische Grundlage für das antisoziale oder aggressive Verhalten der Mädchen bestehen müsse. Die entsprechenden Diskussionen zu unerwünschtem Verhalten der Jungen legten den Schwerpunkt auf die Kontrollierbarkeit des antisozialen oder aggressiven Verhaltens. Hier wurde in den meisten Fällen von den Fachpersonen die Annahme entwickelt, dass sich Jungen selbstverständlich häufiger aggressiv benehmen, dass dies ein Kontrollproblem sei und das Verhalten eher nicht Ausdruck einer Störung im psychischen Geschehen sein könnte.

Die Ergebnisse von Pösö (1993) werden weiterhin durch Untersuchungen von Gerichtsentscheidungen gestützt. Für gleichartige kriminelle Handlungen werden weibliche Delinquente zu kürzeren Gefängnisaufenthalten verurteilt als männliche Delinquente. Bei Körperverletzung mit Todesfolge besteht der durchschnittliche Unterschied hinsichtlich der Strafdauer zwischen weiblichen Delinquenten und männlichen Delinquenten aus einem Jahr. In einer aktuellen Studie, die zu Gerichtsentscheidungen der zweitgrößten finnischen Stadt Tampere durchgeführt wurde, zeigte sich, dass sich auch Geschlechtsunterschiede in der Urteilsbegründung finden lassen. Urteile über kleinere Straftaten weiblicher Personen werden häufiger als Ergebnis einer belasteten Situation erklärt und aus einem Entwicklungsprozess heraus begründet, während ähnliche Fälle männlicher Personen als selbstverschuldet und Folge eines Mangels sichernder oder kontrollierender Instanzen in der Person des Jugendlichen erachtet werden.

Finnische Kinder sind in vielerlei Hinsicht als gesund und wohlhabend anzusehen. Dennoch bestehen verschiedene psychosoziale Problembereiche. Einer dieser Problembereiche ist die äußerst hohe Suizidrate unter Adoleszenten, von der besonders männliche Jugendliche betroffen sind. Risikofaktoren für adoleszentes Suizidverhalten in Finnland sind:

- Depressionen,
- Drogenmissbrauch,
- Verhaltensstörungen und
- dissoziales Verhalten.

Kriminalität und Drogen stellen in Finnland im Vergleich zu anderen Ländern der Welt noch nicht ein sehr großes Problem dar. Auf der anderen Seite kann eine deutliche Zunahme von kriminellen Handlungen im Zusammenhang mit Drogenmissbrauch beobachtet werden. Die Verbindung von psychiatrischen Störungen und Suchtverhalten wird bei Jugendlichen in Finnland heute häufiger beobachtet. Im finnischen Jugendhilfesystem besteht bei männlichen Personen eine Tendenz, diese vornehmlich in Jugendhilfeeinrichtungen (Erziehungseinrichtungen) zu behandeln. In diesen Institutionen ist al-

lerdings nicht genügend psychiatrische Kompetenz vorhanden, um schwere psychiatrische Störungen wie z.B. eine emotionale Störung oder eine Depression im Zusammenhang mit Drogenmissbrauch zu erkennen.

Die Zahl der Jugendlichen steigt rapide, die einer Behandlung zugewiesen werden. Gemäß den letzten Studienergebnissen verdreifachte sie sich im Vergleich zur Zahl der Fälle im Jahre 1993. Diese Zahlen spiegeln nicht nur Probleme der Jugendlichen in Finnland wieder, sondern sie reflektieren auch die Schwierigkeiten der kommunalen Behörden im Umgang mit den Jugendlichen während der wirtschaftlichen Depression in Finnland in den 90er Jahren. Von den lokalen Behörden wurden die Finanzmittel für die Erziehung, die grundlegende Gesundheitsfürsorge und Jugendhilfemaßnahmen gekürzt. Dies führte zum sozialen Ausschluss der ressourcenschwachen und verletzlichsten Gruppen der Jugendlichen. In letzter Zeit hat eine Arbeitsgruppe des Sozial- und Gesundheitsministeriums drei Bereiche identifiziert, in denen Veränderungen notwendig sind. Es bedarf erstens der Einrichtung flexibler ambulanter Dienste für Jugendliche, zweitens muss das System der adoleszenten psychiatrischen Versorgung in verschiedenen Landesteilen ausgebaut werden und drittens bedarf es der Einrichtung von Spezialeinheiten für psychisch besonders schwer gestörte Patienten und besonders psychisch schwer gestörte Straffällige in Finnland.

### Literatur

- Child Welfare Act 683/1983. <http://www.finlex.fi> (accessed 15<sup>th</sup> Feb 2010).
- Ellilä H, Sourander A, Piha J, Välimäki M (2004) Patient characteristics and psychosocial treatments in child and adolescent inpatient psychiatry in Finland. *Psychiatria Fennica* 35: 116–130.
- Hansson L, Muus S, Saarento O, Vinding HR, Göstas G, Sundlund M, Zandrén T, Öiesvold T (1999) The Nordic comparative study on sectorized psychiatry: rates of compulsory care and use of compulsory admissions during a 1-year follow-up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 34: 99–104.
- Kaivosoja M (2000) Child and adolescent forensic psychiatric services. National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), 5/2000 Helsinki.
- Kaltiala-Heino R (1995) Involuntary psychiatric hospitalization. Academic dissertation. Acta Universitas Tampereensis ser A vol 466. Vammalan kirjapaino, Vammala.
- Kaltiala-Heino R (2003) Treatment against the will of a minor: what does the concept of the Mental Health Act ‚serious mental disorder‘ mean in regard to minors? Helsinki, Reports of the Ministry of Social Affairs and Health 7: 1236–2115.
- Kaltiala-Heino R (2009) Involuntary commitment and detainment in adolescent psychiatric inpatient care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. doi:10.1007/s00127-009-116-3.
- Kaltiala-Heino R, Laippala P, Joukamaa M (2001) Has the attempt to reduce psychiatric inpatient treatment been successful in Finland? *European Psychiatry* 16: 215–221.
- Khenissi C, Erkoalahti R, Ilonen T, Saarijärvi S (2004) Adolescents' involuntary psychiatric treatment. *Psychiatria Fennica* 35: 131–141.
- Kokkonen P (1993) Coercion and legal protection in psychiatric care in Finland. *Med Law* 12: 113–124.
- Korkeila JA, Lehtinen V, Tuori T et al. (1998) Frequently hospitalised psychiatric patients: a study of predictive factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33: 558–567.
- Kuure T (2006) Definition of uncertainty and risks in youth policy – from deviant behaviour to management of risks. In: Oksanen A, Paavilainen E, Pösö T (Eds.) Comparing children, families and risk. Childhood and Families Researcher Unit Net Series. Tampere University Press, Tampere.

- Piha J, Almqvist F (1990) Child psychiatry as an academic and clinical discipline in Finland. *Nord J Psychiatry* 48: 3–8.
- Pösö T (1993) Kolme Koulukotia (The reformatory schools)? *Acta Universitatis Tampereensis Ser A. Vol 388*. Tampere.
- Siponen U, Välimäki M, Kaivosoja M, Marttunen M, Kaltiala-Heino R (2007) Increase in involuntary psychiatric treatment and child welfare placements in Finland 1996–2003. A nationwide register study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42: 146–152.
- Sourander A, Elonheimo H, Niemela S, Nuutila AM, Helenius H, Sillanmaki L, Piha J, Tamminen T, Kumpulainen K, Moilenen I, Almqvist F (2006) Childhood predictors of male criminality: a prospective population-based follow-up study from age 8 to late adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 45(5): 578–86.
- Sourander A, Korkeila J, Turunen M-M (1998) Involuntary psychiatric hospital treatment among 12- to 17-year-olds in Finland: a nationwide register study. *Nord J Psychiatry* 52: 367–371.
- STAKES (2003) *Statistical Yearbook on Social Welfare and Health Care*. National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), Helsinki.
- Välimäki M (2002) The 1990s: a time for change and opportunity in Finnish mental health services. Guest Editorial. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9: 1–3.



### **3 Dissozialität im Jugendalter – Geschlechtsunterschiede delinquenten Verhaltens Jugendlicher**

Ulrich Preuß

Frauen und Mädchen fallen in allen vergleichbaren signifikant weniger mit delinquentem Verhalten auf als Männer und Jungen (Archer u. McDaniel 1995). Dieses Kapitel verfolgt mehrere Ziele: Es soll dargestellt werden, welche wissenschaftlichen Belege dafür bestehen, dass psychopathologische Faktoren die Grundlage und die Ursache von jugendlicher Delinquenz bilden. Das zweite Ziel ist der Versuch Geschlechterdifferenzen in weitem Feld der Dissozialität aufzuzeigen und zu erklären, warum die Neigung zu dissozialen Entwicklungen und die Kriminalitätsrate bei männlichen Jugendlichen höher ausgeprägt sind als bei Mädchen bzw. jungen Frauen. Frauen und junge Mädchen werden vom Gericht nachsichtig behandelt, was zu geringen Verurteilungsraten führt (Poe-Yamagata u. Butts 1996). Aber es existieren andere Gründe weshalb Mädchen und Frauen weniger straffällig werden.

Weiterhin ist beabsichtigt statistische Unterschiede im Vorkommen delinquenter Auffälligkeiten darzustellen. Dabei werden auch Gedanken zur weiteren Entwicklung jugendlicher Delinquenz und spezifisch zu den möglichen Veränderungen in den Unterschieden der Häufigkeit und Ausprägung männlicher und weiblicher jugendlicher Kriminalität geäußert. Schließlich soll ansatzweise auf wissenschaftliche Belege eingegangen werden, warum Maßnahmen der Justiz und der Jugendhilfe eine zu empfehlende sinnvolle Einheit bilden, um jugendliche Delinquenz zu verhindern. Die Darstellungen bezie-

hen sich auf verschiedene Quellen (z.B. Raine 1993, Moffitt et al. 2001, Ortiz u. Raine 2004), auf die Ergebnisse der nordfinnischen Kohortenstudie (Kempainen et al. 2001; 2002) sowie auf andere Studien.

Das Auftreten von delinquenten Auffälligkeiten zeigt im Jugendalter eine Zunahme, ohne dass in den meisten Fällen daraus eine schwere und ggf. lebenslange kriminelle Karriere entsteht. Dissoziale Störungen weisen eine niedrige Auftretensrate bei Kindern und Jugendlichen auf.

Moffitt et al. (2001) zeigen in einer Untersuchung mit männlichen Jugendlichen die relevanten Aspekte und Kennzeichen der Vorhersage von Dissozialität und deren Grenzen auf. Es finden sich im Bereich der Dissozialität zwei nicht homogene Formen, die des „life-course persistent antisocial behaviors“ (lebenslange Dissozialität) und des „adolescent-limited antisocial behaviors“ (auf die Adoleszenz begrenzte Dissozialität). Ein entscheidendes Ergebnis dieser Studie von Moffitt et al. (2001) war die Feststellung, dass Interventionen bei allen Formen jugendlichen dissozialen Verhaltens empfehlenswert sind, um eine Störung im Erwachsenenalter abzuwenden. Nur eine Gruppe Jugendlicher zeigte durchgängig keine dissoziale Symptome, die sog. „Enthalt samen“ („Abstainer“) in Bezug auf dissoziales Verhalten im Kindesalter und in der Adoleszenz. Sie bewährten sich im Alter von 26 Jahren als „now successful young adults“. Jedoch bilden nur 5% der untersuchten Jugendlichen diese Gruppe, die als Kinder und/oder Jugendliche in höchstens einer Beurteilungsskala auffällige Werte erreichten.

### 3.1 Statistiken zu Geschlechterdifferenzen dissozialen Verhaltens

Eine Darstellung von Geschlechterdifferenzen ist unvollständig, wenn nicht die statistischen Daten zur Beschreibung des Phänomens referiert werden. Im Folgenden sollen die Statistiken für delinquentes Verhalten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz (s. Tab. 1–3) dargestellt werden. International bürgert sich für diesen Bereich zunehmend aus den Nationalitätskennzeichen gebildet hierfür der Begriff D-A-CH-Raum ein. Die Darstellungen hier beziehen sich einem nicht vollständigen D-A-CH-Raum, da in den referierten Statistiken meist nur West-Deutschland einschließlich Westberlin häufig aus Gründen der Vergleichbarkeit mit den früheren Daten gemeinsam die Datengrundlage bilden. Weiterhin spiegeln die Zahlen Unterschiede im Rechtssystem, in der Auffassung des Begriffs der Delinquenz und der Verurteilung wieder, so dass meist kein direkter Vergleich dieser Zahlen unter den einzelnen Ländern möglich ist und der wesentliche Grund für die Angabe der Statistiken hier ist, das Ausmaß der Differenzen zwischen dem männlichen und weiblichen Geschlechts in den einzelnen Ländern zu verdeutlichen. Dieses Verhältnis findet sich auch in den Statistiken in anderen Ländern, wobei auffällig ist, dass die Verhältniszahlen für Geschlechterdifferenzen zum Teil deutliche Unterschiede zwischen den Ländern aufweisen. Rutter et al. (1998) geben für

## 3.1 Statistiken zu Geschlechterdifferenzen dissozialen Verhaltens

verschiedene Länder folgende Zahlen an: Deutschland 3,4:1, Lettland 22,7:1, Italien 5,5:1, Schottland 22,7:1 und auch Moffitt et al. (2001) gibt die Lebenszeitprävalenz für antisoziale Störung 2,4:1 an. Auch für Österreich und Schweiz wurden Verhältniszahlen von 8,1:1 und 4,2:1 in einer Analyse der statistischen Daten der jeweiligen Statistikämter ermittelt. In der Schweiz sind 89% aller minderjährigen Verurteilten männlich (Bundesamt für Statistik [Schweiz] 2002). Auch in den U.S.A. bilden Frauen und Mädchen eine deutliche Minderheit bei den Verurteilten (Snyder u. Sickmund 1999).

Weitere Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeiten von Delinquenz ergeben sich aus Unterschieden bei den erfassten Variablen, aus den variierenden gesetzlichen Bestimmungen und aus dem Verurteilungsverhalten der Gerichte

Tab. 1 Österreich: Vergleich von verurteilten Mädchen und Jungen zwischen 1994–2001. Verurteilungen nach Geschlecht angegeben. Es zeigen sich zwar Veränderungen, die nicht strengend eine Zunahme der Jugenddelinquenz repräsentieren lassen, weil der Beobachtungszeitraum zu kurz ist, die absoluten Zahlen sehr gering sind und Informationen über polizeiliche oder gerichtliche Maßnahmen fehlen, die für sich zu einer Veränderung der Gesamtzahlen führen könnten. Z. B. intensivere Polizeiarbeit im Drogenbereich führen zu vermehrten Anzeigen und Verurteilungen oder durch den Druck kann die Neigung der Gerichte erhöht werden, Urteile auszusprechen, weil der Ermessungsspielraum auf der Basis gegebener Gesetze enger ausgelegt wird.

Jahr	Männlich	Weiblich	Total
1994	3.003	346	3.349
1995	\*	\	3.335
1996	\	\	3.491
1997	\	\	3.502
1998	3.321	409	3.760
1999	3.361	403	3.764
2000	3.303	417	3.720
2001	3.377	416	3.793

\* Daten nach Geschlecht fehlen zwischen 1995–1997

Tab. 2 Schweiz: Vergleich von verurteilten Mädchen und Jungen zwischen 2000–2001. Dieser enge Zeitraum wurde gewählt, da es vorher keine vergleichbaren Zahlen gibt. Auffällig ist hier, dass Verurteilungen nach Eingriffen der sexuellen Integrität bei weiblichen Straftätern mit geringen Zahlen angegeben sind. Ansonsten entspricht im Großen und Ganzen das Vorkommen von Verurteilungen, bis auf Straßenverkehrsdelikte, der errechneten Verhältniszahl.

Jahr	Männlich	Weiblich	Total
2000	9.155	2.146	11.314
2001	10.089	2.227	12.319

### 3 Dissozialität im Jugendalter – Geschlechtsunterschiede delinquenten Verhaltens Jugendlicher

Tab. 3 Deutschland: Vergleich der tatverdächtigen Mädchen und Jungen zwischen 1994–2001. Davon wurden im Jahr 2000 40.510 Jugendliche verurteilt (Statistisches Bundesamt Deutschland 2002)

Jahr	Männlich	Weiblich	Total
1994	250.856	72.772	323.628
1995	282.869	88.079	370.948
1996	302.815	105.674	408.489
1997	321.172	115.606	436.778
1998	331.995	123.192	455.187
1999	327.175	120.232	447.707
2000	323.825	116.476	440.301
2001	327.708	114.320	442.028
Zunahme von 1994 auf 2001	31%	57%	37%

sowie real gegebenen Differenzen der Verteilung delinquenten Verhaltens in den einzelnen Ländern. Dies geht jedoch aus der einfachen Betrachtung der Statistik nicht hervor, bedarf einer tiefer gehenden Analyse anderer hier nicht referierter Daten, die in diesem Beitrag nicht durchgeführt werden soll. Aus diesem Grunde bleibt der einzige zulässige Schluss aus diesen nicht spezifisch im Rahmen einer Studie erhobenen Daten, dass Geschlechterdifferenzen hinsichtlich Delinquenz mit einem überproportionalen Anteil männlicher delinquenter Jugendlicher vorliegen.

Einen Trend zur Zunahme weiblicher Delinquenz, wie er auch von Bundesamt für Statistik Schweiz (2002) angegeben wird, lässt sich nur hinsichtlich der Zunahme der Tatverdächtigen Mädchen in Deutschland (s. Tab. 3) beobachten. Auch die Anzahl der Verhaftungen und Gefängnisunterbringungen in allen Deliktarten nahm nach einer amerikanischen Statistik von 1994 bis 1999 zu (Puzzanchera et al. 2000). Hier zeigt sich eine Zunahme der als tatverdächtig gemeldeten Mädchen um über 50%, während bei den männlichen Jugendlichen nur eine Zunahme von 37% beobachtet werden kann. Grundsätzlich ist also von einer generellen Zunahme und vermutlich auch von einem überproportionalen Steigen der Zahlen tatverdächtiger und verurteilter weiblicher Jugendlicher und Jugendlicher überhaupt in nächster Zeit auszugehen. Mehrere Gründe können hierfür angegeben werden. Die Drogenkriminalität im Jugendalter wird vermutlich zunehmen, da einerseits mehr Suchtstoffe auf dem illegalen Markt zur Verfügung stehen und die Neigung in der Altersgruppe harmlos beurteilte Stoffe einzunehmen steigt. Weibliche und männliche Jugendliche tendieren z.B. dazu Cannabis Produkte als biologisch „rein“ zu betrachten. Aber auch synthetische Partydrogen erleben eine hohe Akzeptanz, insbesondere in Risikogruppen. Schließlich erfährt auch Alkohol (z.B. sog. Alkopops) in jeder Form bei einer großen Zahl Jugendlicher eine hohe Zustim-

mung und die daraus resultierenden Taten unter Alkoholeinfluss werden zunehmend bei der Polizei auffällig. Mädchen und Jungen weisen im Bereich der Suchtkriminalität ähnliche Ausprägungsgrade auf, hier besteht der geringste Unterschied zwischen den Geschlechtern, wie Moffitt et al. (2001) feststellen konnte. Dabei spielen Tatbestände eine große Rolle, die häufig von vielen Jugendlichen nicht als strafbar erachtet werden, wie z.B. das Fahren mit Fahrrad, Motorfahrrad oder Motorroller unter Alkoholeinfluss oder, wenn erforderlich, ohne entsprechende Fahrerlaubnis. Das bedeutet ein Sinken der individuellen Schwelle für delinquente Handlungen, abgesehen von den möglichen schwerwiegenden Folgen dieses Verhaltens. Weiterhin zeigt sich ein Trend, dass immer häufiger Probleme und Auffälligkeiten Jugendlicher, die früher im Sozialsystem des Wohnumfeldes gelöst werden konnten, zur Anzeige kommen und Jugendgerichtsverfahren nach sich ziehen. Die traditionelle Wirtshausschlägerei grade von Jugendlichen wurde früher in den meisten Fällen nicht aktenkundig, da sie als Bestandteil der Entwicklung männlicher Jugendlicher angesehen wurden. Sachbeschädigungen im nachbarschaftlichen Umfeld wurden von den Eltern der jugendlichen Täter mit den Nachbarn ohne offizielle Beteiligung geregelt. An den Veränderungen im Anzeigeverhalten mag einerseits die sinkende Kinderzahl und die vielleicht geringer werdende Neigung oder Kompetenz der erwachsenen sozialen Umwelt sich mit Jugendlichen erzieherisch auseinanderzusetzen beteiligt sein. Zum anderen könnte dies an der Tendenz vieler Erwachsene liegen, sich eher mit Jugendlichen zu verbrüdern als erwachsene Vorbildfunktionen übernehmen zu wollen, da sie sich durch die soziale Nähe zu den Jugendlichen den Erhalt einer eigenen Jugendlichkeit versprechen. Bei einigen Erwachsenen kann Furcht vor Jugendlichen zugenommen haben, weil sie glauben oder erwarten, dass Jugendliche häufiger mit Gewalt und in seltenen Fällen sogar mit Waffengebrauch auf Erziehungsinterventionen reagieren. Die Zunahme des Anteils der älteren Bevölkerung wird hierbei vermutlich zunehmend eine Rolle spielen, da sich ältere Menschen häufig als wehrlos gegenüber gewalttätigen Jugendlichen betrachten. Des Weiteren nimmt auch der Schweregrad der von Jugendlichen begangenen Taten zu. Es traten Fälle auf, bei denen Jugendliche Raubüberfälle an Behinderten im Rollstuhl verübten, in dem sie deren wehrlosen Position ausnutzten und drohten, sie mit dem Feuerzeug anzuzünden, wenn sie ihnen nicht ihr Geld aushändigen oder eine Auszahlung am Bankautomaten durchführen. Sicher haben bei derartigen Handlungen zusätzlich unangemessene Vorbilder in den Medien einen nicht zu vernachlässigenden Einfluss. Weiterhin spielt auf der anderen Seite eine vielleicht sogar übermäßige Sensibilisierung der Öffentlichkeit eine Rolle, in vielen auffälligen aber häufig nicht delinquenten Verhaltensweisen kriminelle Gefahr zu vermuten. Hier könnte eine allgemeine „Dissoziation der Generationen“ bedeutsam sein, ein Phänomen, das sich dadurch beschreiben lässt, dass sich wegen der geringer werdenden sozialen Kontakterfahrungen die Generationen einander entfremden und jede Generation abhängig von angenommener Stärke oder

Verwundbarkeit die andere als störend oder gefährdend wahrnimmt. Dies bedingt, dass bei Auseinandersetzungen zunehmend Ordnungsorgane involviert werden, wobei grundsätzlich dem Mitglied der jeweils anderen Generationen Feindseligkeit und störendes Verhalten unterstellt wird. Schließlich nimmt bei Jugendlichen aus Risikogruppen die Neigung zu, bestimmte Formen der Sachbeschädigung (z.B. Sprays, Zerstörung in öffentlichen Verkehrsmitteln) als legitim zu bewerten. Auch die Hinterziehung von Fahrgeld gehört zu diesem Formenkreis und die Jugendlichen finden hier oft Stützung in den Einstellungen vieler für sie bedeutsamer Erwachsener und sogar bei einigen Mitarbeitern von Jugendhilfeeinrichtungen. Zum Abschluss sei auf die Haltung vieler Schulpädagogen eingegangen, die einerseits die oben angegebenen Tendenzen der erwachsenen sozialen Umwelt widerspiegeln und sich zunehmend von einer Lehrerrolle auf eine Dozentenrolle zurückziehen möchten. Die Reduktion pädagogischer Kompetenz in allen Formen der Schule, das Aufgeben sozialer Vorbildfunktionen und die mangelnde Bereitschaft die Rolle einer außerfamiliären sozialen Bezugsperson mit Vorbild- und Stützungsfunktion zu übernehmen, kann gerade zu einer besonderen Gefährdung der Entwicklung von jugendlichen Trägern von dissozialen Risikofaktoren führen, die in diesem Kapitel noch dargestellt werden. Die dargestellten möglichen Effekte können sich in gleicher Weise auf weibliche wie männliche Jugendliche auswirken, werden aber den größten Einfluss auf das Verhalten und die dissoziale Entwicklung von Risikogruppen haben.

### **3.2 Psychopathologie und Geschlechtsdifferenzen bei delinquentem und dissozialem Verhalten Jugendlicher**

Delinquentes Verhalten weist in seinen Erscheinungsformen und auch in der Schwere der begangenen Taten deutliche Unterschiede auf. Von der Öffentlichkeit wird leicht verstanden, warum Mord oder z.B. kannibalische Handlungen im Zusammenhang mit einem psychiatrischen Störungsbild stehen können. Jedoch ist es für den Laien nicht so leicht zu einzusehen, warum kleinere Delikte wie Diebstahl oder Raub im Zusammenhang mit einer psychopathologischen Entwicklung der Täter stehen können. In diesem Abschnitt soll einerseits versucht werden, die psychopathologischen Grundlagen kriminellen Verhaltens von Jugendlichen darzustellen und auf der anderen Seite zu erklären, warum es weltweit eine durch eine Vielzahl von Statistiken belegte Tatsache ist, dass in viel höherem Maß männliche Jugendliche als bei weiblichen Jugendlichen kriminell auffällig werden, illegale Formen der Prostitution bei der Betrachtung ausgeschlossen werden. Da sich dieses Kapitel auf das Kindes- und Jugendalter bezieht, soll nur auf das Erwachsenenalter eingegangen werden, wenn dies für die Darstellung notwendig ist.

Ein wesentlicher Aspekt der Argumentation in diesem Beitrag ist das Herausstellen von empirischen Daten, die zeigen, dass Unterschiede zwischen kri-

minellem und nicht kriminellem Verhalten auf biologischen, psychologischen und sozialen Variablen beruhen. Kriminelle Handlungen oder fortgesetzt auftretende Delinquenz allein stellen noch kein umfassendes Störungsbild dar. Andauerndes delinquentes Verhalten nicht nur in Form krimineller Handlungen, sondern auch der Verstoß gegen Werte oder anerkannte moralische Grundsätze einer Gesellschaft und das fortgesetzte Stören des sozialen Miteinanders bilden gemeinschaftlich Züge eines Störungsbildes, das psychiatrischen und psychologischen Kriterien gerecht werden kann. Somit ist es erlaubt, ein derart weitreichendes dissoziales Verhalten in einheitliche Störungsbilder zu klassifizieren, wie sie sowohl in der ICD-10 (WHO 1992) als auch im DSM (American Psychiatric Association 1994; 1996) kategorisiert wurden.

Aggressive Verhaltensweisen können verschiedenen Störungsbildern zugeordnet werden oder als komorbide Störungen auftreten (Bessler 2003). Aggressionen müssen aber nicht durchgängig durch eine psychische Pathologie erklärbar sein. Dabei wird Delinquenz als weniger abhängig von genetischen Dispositionen angesehen als Aggressionen (Rutter et al. 1999).

Dissoziales, delinquentes Verhalten besteht aus Prozesseinheiten, die erst in der Erfassung des Verlaufs unter Berücksichtigung eines aktuell vorgefundenen Zustandesbildes die Gesamtheit einer Störung konstituieren. Dies erschwert eine frühe Diagnose und macht eine interdisziplinäre Zusammenarbeit aller in der Fürsorge delinquenten Jugendlicher beteiligten Fachinstanzen erforderlich.

Im nächsten Abschnitt soll dargestellt werden, welche Formen von Kinder- und Jugenddelinquenz auf der Basis von psychischen Störungen auftreten können.

### 3.3 Psychopathologie der Delinquenz

Es gibt keine durchgängig einheitliche Definition von Psychopathologie. Allgemein wird die Psychopathologie als Wissenschaft von den als krankhaft eingestuften Erscheinungsformen definiert. Es ist allgemein anerkannt, dass z.B. Depressionen oder Schizophrenien Störungen sind, denen psychopathologische Erscheinungen zugrunde liegen. Die zentrale Frage besteht darin, an welcher Stelle psychopathologische Einheiten und delinquentes Verhalten eine Schnittstelle aufweisen und wie durch Psychopathologie das delinquente Verhalten erklärt bzw. begründet werden kann. Allgemein üblich sind Erklärungen von psychopathologischen Zustandsbildern als eine Abweichung von der statistischen Norm oder als die Beeinträchtigung eines idealen Zustandes psychischer Gesundheit. Weiterhin kann die Abweichung von der individuellen Erwartungsnorm oder der individuell erlebte Leidensdruck als Ausdruck eines psychopathologischen Zustandes aufgefasst werden. In anderen Bereichen gibt es den Begriff der Behinderung in einem Funktionsbereich oder im erfolg-

reichen Bewältigen von komplexen Aufgaben. Schließlich kann die Notwendigkeit oder das freiwillige Aufsuchen eines Hilfsangebotes als definitorische Grundlage für den Begriff der Psychopathologie herangezogen werden.

Die psychiatrischen statistischen Manuale DSM-IV (American Psychiatric Association 1994; 1996) und die internationale Klassifikation der Störungen ICD-10 (WHO 1992) geben in ihren Zusammenfassungen Definitionen von den Verhaltensstörungen und Abweichungen an. Hier werden psychopathologische Formen beschrieben und in einem Zusammenhang gesetzt, durch den Einheiten geschaffen werden, die schließlich unterschiedlich valide Haupt- und Subgruppen psychischer Störungen beschreiben. Diese Gruppen erlauben eine relativ zuverlässige Diagnosenstellung und es ist sowohl eine Darstellung des aktuellen Zustandes als auch die Aufstellung von Wahrscheinlichkeitsaussagen möglicher Entwicklungen unter verschiedenen Bedingungen (Prognose) zulässig. Diese Aussagen haben abhängig von der Validität des beschriebenen Störungsbildes hinsichtlich der Prognose unterschiedliche Ausprägungsgrade der Verlässlichkeit. Die Verlässlichkeit ist in der Hauptsache abhängig von der Tauglichkeit (Validität) des Störungskonzeptes, d. h. wie genau lassen sich in wissenschaftlichen Untersuchungen die klassifikatorischen Kriterien bestätigen, Interventionen als geeignet (effektiv) und Prognosen als anmassen nachweisen. Die Entwicklung von Konzepten und Diagnosen ist also ein fortschreitender wissenschaftlich gestützter Prozess, der in sinnvoller Weise kontinuierlich Änderungen und Verbesserungen auf der Basis neuer wissenschaftlicher Erkenntnis unterliegt.

Im Bereich dissozialen und kriminellen Verhaltens finden wir in den Klassifikationen u. a. Störungsbegriffe für umfangreiche oder einzelne Verhaltensweisen, die mit Dissozialität in Verbindung gebracht werden. Besonders relevant sind die mit Sexualverhalten assoziierte Störungen auch im Jugendalter.

Pädophilie ist durch das Verhalten definiert, dass innerhalb der letzten 6 Monate ein intensiver Drang bestand, sexuelle Aktivitäten mit Kindern, in der Regel unter 13 Jahren, aber auch anderen Minderjährigen durchführen zu wollen oder diese mit Kindern ausgeführt zu haben. Pädophile Handlungen werden auch von Jugendlichen verübt. Pädophile Störungen in der Jugend können mit eigenen Missbrauchserfahrungen zusammenhängen, treten u. a. auch in der Heimerziehung gegenüber jüngeren und Altersgleichen und in der Familie gegenüber jüngeren Geschwistern auf. Grade in diesem Bereich wird eine hohe Dunkelziffer bestehen. Wegen der möglichen besseren Behandlungsmöglichkeiten der Pädophilie ist eine frühe Erkennung und Intervention besonders wichtig. Der Exhibitionismus ist auch im Jugendalter präsent, hiermit wird ein innerhalb der letzten 6 Monate aufgetretenes unbeherrschbares Verlangen bezeichnet, die eigenen Genitalien fremden Personen zu zeigen. Es sind vornehmlich männliche Jugendliche und Männer betroffen. Dieses Verhalten kann im Jugendalter sehr schwierig zu beurteilen sein, das das prahlende Zuschaustellen von Geschlechtsteilen grade bei männlichen Jugendli-

chen als Imponiergehabe oder als eine Provokation gegen über männlichen und weiblichen altergleichen Personen oder Erwachsenen auch als Exhibitionismus aufgefasst werden kann und andererseits dennoch zur ersten Manifestation eines sexuell motivierten Exhibitionismus gehören kann. Der Frotteurismus ist dadurch gekennzeichnet, dass der Drang besteht, den eigenen Körper gegen andere Personen zu drücken, die sich der Sexualität des Verhaltens des Täters nicht bewusst sind. Der Frotteurismus (in Japan bildet dieses Verhalten in Verbindung mit deutlichen handgreiflichen Berührungen in öffentlichen Verkehrsmitteln ein inzwischen polizeilich breit angelegt verfolgtes Problem) findet häufig in Menschenmengen statt. Hier ist bei Jugendlichen häufig zwischen entwicklungsbedingter sozialer Enthemmung und einem auffälligen und pathologischen Verhalten zu unterscheiden. Hier darf die Bedeutung für eine zukünftige gestörte Entwicklung nicht unterschätzt werden und es ist eine Würdigung des Gesamthintergrundes derartiger Handlungen vorzunehmen. Der sexuell geprägte kriminelle Sadismus besteht aus dem nicht unterdrückbaren Verlangen und der resultierenden sexuellen Erregung, im Zusammenhang mit Phantasien oder Handlungen, bei denen ein nicht freiwilliges Opfer gequält oder verletzt wird. Sadistische Handlungen sind bei Jugendlichen eher selten, jedoch können Jugendliche hier zum Opfer werden. In einigen Fällen zeigen sich bei jugendlichen versteckte sadistische Tendenzen, die erst im Erwachsenenalter zur vollständigen Ausprägung kommen. Der Voyeurismus ist durch das Verlangen gekennzeichnet, andere Personen, die sich nicht beobachtet fühlen und nicht beobachtet werden wollen, bei sexuellen Handlungen zu beobachten. In diesem Falle ist zwischen jugendlicher Neugier mit Verletzung sozialer Regeln oder einer sich entwickelnden voyeuristischen Haltung mit delinquenten Folgen zu differenzieren. Ein gewagter Blick in die Umkleidekabine der Jugendlichen des anderen Geschlechts erfüllt meist nicht die Kriterien voyeuristischer Störungen. Zu weiteren Paraphilien gehören das sexuelle Belästigen am Telefon (Scatologia), die Nekrophilie (sexuelles Verlangen/Handeln an Toten) und die Zoophilie (sexuelle Verhaltensweisen oder Verlangen gegenüber Tieren). Diese Formen bilden bei Jugendlichen nicht zu unterschätzende Raritäten. Insgesamt sind sexuelle Störungen im Jugendalter nicht in der Häufigkeit wie bei Erwachsenen zu festzustellen, jedoch sollten sie in diesem Alter besondere Beachtung finden, da vermutlich in der Jugend noch eine bessere therapeutische Ansprechbarkeit als bei Erwachsenen vorliegt. Eine nachgebende Haltung der Organe der Rechtspflege hat sich insbesondere bei delinquenten sexuellen Verfehlungen männlicher Jugendlicher nicht bewährt, frühe Interventionen verbessern vermutlich in einem hohen Maße die Prognose der auffälligen Jugendlichen.

Den Störungen aus dem zwanghaften Spektrum werden die Pyromanie, also das plötzliche Feuerlegen aufgrund der Faszination wegen des Feuers oder einem Lustgewinn an dem Feuer und die Kleptomanie als impulsives, teilweise sinnloses Stehlen von Objekten, zugeordnet. Klassische Pyromanie betrifft primär das männliche Geschlecht, während bei Frauen eine Assoziation

mit suizidalen Handlungen beobachtet wurde (s. Kap. 9). Weitere Störungsbilder aus diesem Spektrum sind das pathologische Spiel, das Stalking (fortgesetztes Belästigen durch Liebeswerben) und das durch kriminelle Selbstgefährdung gekennzeichnete zwanghafte Einkaufen (z.B. ohne zu zahlen, Kredit- und Bankkartenbetrug oder vergesellschaftet mit Kleptomanie). Grade Stalking ist differentialdiagnostisch in psychologisch-psychiatrischer Hinsicht und aus der Perspektive der Justiz bei Jugendlichen ein Problem, da hier Varianten entwicklungsmaßiger Kontaktaufnahme zum anderen Geschlecht durchaus als Belästigung im Sinne von Stalking aufgefasst werden können, obwohl mangelnde soziale Fähigkeiten oder eine erhöhte Kränkbarkeit in dieser z.T. durch mangelnde Selbstwertgefühl geprägten Altersphase diesem Verhalten zugrunde liegen können. Stalking ist ein im Jugendalter nicht ausreichend erforschtes Thema, d.h. es können weder Prävalenzdaten noch Angaben zu den Ausprägungsformen referiert werden.

Weitere Störungen sind explosive und impulsive Verhaltensausrüche sowie die Verwendung nicht erlaubter psychoaktiver Substanzen, die daraus resultierende Sucht und der Missbrauch dieser Substanzen. Bei Jugendlichen ist Suchtgefährdung, Suchtentwicklung von dem entwicklungsmäßig erklärbareren Neugier- und Probierverhalten zu unterscheiden. Auch aus letzterem können sich schwere Suchtstörungen entwickeln.

Traumatisierung, Vernachlässigung durch Eltern oder Hilfesysteme, mangelnde elterliche Aufsicht und Fürsorge, Armut und sozialen Benachteiligung, belastende Erfahrungen aus Krieg und Flucht, Migration mit entsprechenden Anpassungsproblemen, mangelnde Beachtung kindlicher Bedürfnisse im Scheidungsprozess können einflussreiche Faktoren bei der Ausbildung von Sozialverhaltensstörungen und Delinquenz sein. So berichteten Cauffman et al. (1998) von einer höheren Rate von Posttraumatischen Stressstörungen (PTSS, eng. PTSD) bei delinquenten weiblichen Jugendlichen und Kataoka et al. (2001) beschrieben eine hohe Anzahl emotionaler Störung und Suchtmitelabhängigkeiten in einer Stichprobe inhaftierter weiblicher Jugendlicher.

In neurokognitiven Bereich sind Lese- und Rechtschreibstörungen, allgemeine Schulleistungsstörungen, so wie Behinderungen in Bereich neuropsychologisch messbarer Funktionen von Aufmerksamkeit und Gedächtnis wesentliche Faktoren, die Einfluss auf eine delinquente Entwicklung bei beiden Geschlechtern in Jugendalter haben können. Hierzu gehören auch die im DSM-IV definierten Aufmerksamkeitsstörungen, die Impulsstörungen und die Hyperaktivitätsstörungen (ADHD).

Zoccolillo (1993) fand in seiner Studie in einer Stichprobe delinquenter Jugendlicher, dass die Prävalenz von Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) bei Mädchen höher lag als bei Jungen. Loeber und Keenan (1994) beobachteten in einer Literatur-Übersicht, dass die Rate komorbider Störungen in Form von ADHS, Angststörungen und Suchtmittelmissbrauch bei delinquenten weiblichen Jugendlichen höher lag als bei männlichen.

Schließlich finden sich die Sozialverhaltensstörungen als frühe und kindliche Form dissozialen Verhaltens sowie die antisoziale Persönlichkeitsstörung als umfangreichere und manifestierte Formen einer delinquenten devianten und ggf. chronischen Ausprägung von dissozialem Verhalten in der Adoleszenz. Die Prävalenz der Sozialverhaltensstörungen liegt bei männlichen Personen unter 18 Jahren bei 6–16% und bei weiblichen Personen bei 2–9% (American Psychiatric Association 1996). Im Jugendalter ist es zulässig die Diagnosen der der Persönlichkeitsstörungen zu verwenden, wenn

1. die entsprechenden Diagnosekriterien bei den Jugendlichen vorliegen und
2. bei dieser Zuordnung berücksichtigt wird, dass Persönlichkeitsstörungsdiagnosen nicht die Stabilität aufweisen, wie dies bei den gleichen Diagnosen im Erwachsenenalter gilt.

In der Adoleszenz können sich Vollbilder und nicht komplette Störungsbilder der genannten Auffälligkeiten manifestieren. Weiterhin ist immer zu beachten, dass altersbedingt diese Störungsbilder nur vorübergehend mit Spontanremission auftreten können, teilweise auffällige oder sogar extreme Varianten weitgehend normaler Entwicklungsstufen sein können und durch mangelndes soziales Verständnis und noch nicht angemessen entwickelte soziale Kompetenz bedingt sein können.

Um die Zuordnung der Erscheinungen der Psychopathologie auch in diesem Zusammenhang aufrecht zu erhalten, ist eine Prüfung der Konstruktvalidität dieser zusammengefassten Diagnosen notwendig. Unter Konstruktvalidität ist zu verstehen, dass die einzelnen Symptome und die anderen biopsychosozialen Anteile, die dieses Störungsbild bilden, in einem sinnvollen und statistischen Zusammenhang stehen, der einer Prüfung mit einer angemessenen wissenschaftlichen Methodik stand hält. Die empirische Überprüfung der Annahmen, die die einzelnen Störungsbilder bilden, ist somit eine Notwendigkeit, um die angemessenen Kriterien zu bestimmen, und um die aus dem Konstrukt abgeleiteten Aussagen zu Therapie und Prognose zu validieren. Es ist also ein kontinuierlicher Prozess der wissenschaftlichen Erfassung der Übereinstimmung der diagnostischen Konstrukte mit einem objektiv messbaren zugehörigen Sachverhalt notwendig.

Aufgrund der fehlenden Validierung ist dissoziales (delinquentes) Verhalten im Zusammenhang zu psychosozialen Störungen in vielen Bereichen immer noch ein offenes und ungeklärtes Konstrukt. In vielen Fällen wird diese Tatsache nicht einmal diskutiert. Somit besteht die Möglichkeit, dass Unterschiede in der Häufigkeit kriminellen Verhaltens zum Beispiel zwischen Männern und Frauen aus der Konstruktbildung resultieren, weil die Kriterien für ein Störungsbild bzw. eine Auffälligkeit nur für das unerwünschte Verhalten bei einem bestimmten Geschlecht zutreffen können. So kann dissoziales Verhalten und eine zugrunde liegende Psychopathologie so definiert sein, dass

sie z.B. nur für ein Geschlecht gilt bzw. nur bei einem Geschlecht als normabweichend gelten kann. Aus diesem Grund kann bei einem Geschlecht das Verhalten als krank und beim anderen als kriminell aber voll verantwortungsfähig bewertet werden (z.B. Neigung Gewalttaten bei Frauen als pathologisch und bei Männern als einfach absichtlich zu bewerten). Außerdem bildet delinquentes oder kriminelles Verhalten methodisch das unzureichende Konstrukt, da die Tatsache, dass ein Verhalten als kriminell bewertet wird, von vielen zum Teil willkürlichen Faktoren abhängen kann (Beispiele: länderspezifische Verfolgung des Cannabisgebrauchs, unterschiedliche Steuergesetze oder Verkehrsregeln und die Bestrafung der Verstöße, unterschiedliche Bewertung von Gewalttaten, z.B. häusliche Gewalt in der Sozialgeschichte, Bestrafung der Gebräuche von Außenseitergruppen und des Sexualverhaltens von Minderheiten [z.B. Homosexualität usw.]).

### 3.4 Dissozialität im evolutionären Kontext

Nicht nur der Aspekt des Konstruktes, sondern auch die biopsychosoziale Evolution hat Einfluss auf den Krankheits- und Störungsbegriff. Dissoziales Verhalten scheint aus heutiger Perspektive maladaptiv zu sein. Delinquentes Verhalten kann jedoch aus einer evolutionären Perspektive erfolgreich und sogar in einer bestimmten sozialen Gruppe ein hoch akzeptiertes und gefördertes Verhalten sein.

Einrichtungen wie Polizei und ein verlässliches nachvollziehbares rechtstaatliches Rechtssystem stellen relativ junge Entwicklungen in der Menschheitsgeschichte dar. Zwar gab es auch zu früheren Zeiten Einrichtungen, die den heutigen Ordnungs- und Rechtspflegeorganen entsprechen bzw. deren Rolle einnahmen, jedoch bot das Fehlen von Regelwerken und umfassend niedergeschriebenen Gesetzen auch in so genannten frühen Hochkulturen im großen Umfang Gelegenheit zur Willkür. Diese Willkür erstreckte sich sowohl auf den definitorischen Bereich, also in der Bestimmung abweichenden Verhaltens in Form einer mündlichen Rechtsprechung, und den sanktionierenden Teil, also bei der Definition einer angemessenen Strafe. Schließlich ist noch die normative Komponente zu berücksichtigen, es ist interkulturell betrachtet immer noch in großem Umfang zufällig, was als abweichendes Verhalten gilt und unter Strafe steht. Die Definition abweichenden Verhaltens unterliegt einem sozialhistorischen Wandel. Gesellschaften, die diesen Wandel berücksichtigen und gleichzeitig auf ein sinnvolles und überdauerndes Grundwertesystem zurückgreifen konnten, entwickelten vermutlich die nachhaltigeren Rechtssysteme und die stabileren Gesellschaftsstrukturen. Auf der anderen Seite förderten starre Gesellschaften dissoziales Potenzial, weil notwendige Innovationen nur durch deviantes Verhalten durchzusetzen waren. Auch in heutiger Zeit kann am Beispiel der illegalen und in jüngerer Vergangenheit häufigeren Hausbesetzungen gezeigt werden, dass diese begrenzt ein

auf die Politik und das soziale Geschehen förderlichen Einfluss auf Raumplanung und Wohnraumversorgung haben konnten, z.B. durch den Erhalt einer Wohnbebauung oder durch Sensibilisierung von Behörden und Eignern, die Leerstände vermieden, um nicht besetzt zu werden. Die daraus resultierenden neuen und zugehörigen Probleme mit zusätzlicher Delinquenz (z.B. Drogengebrauch oder -handel, Gewalttätigkeit usw.) stellen einen Gesamtkomplex dar, der mit einfachen polizeilichen Maßnahmen natürlich nicht aufzulösen ist, sondern grundsätzliche politisch getragene Innovationen erfordert.

Weiterhin kann einerseits in vielen Fällen ein evolutionärer Druck bestanden haben, dissoziales Verhalten zu entwickeln und auf der anderen Seite kann sich Widerstand gegen dieses dissoziale Verhalten aus gleichen Gründen entwickelt haben. Die Völker, die sich als Eroberer in der Menschheitsgeschichte hervorgetan haben, waren sehr erfolgreich und wirkten förderlich auf die Entwicklung ihrer Länder. Dennoch basierte dieser Erfolg auf individuellem und kollektivem Unrecht an anderen Stämmen und Völkern und steht aus heutiger Perspektive im nationalen und internationalen Recht unter Strafe, die jedoch in vielen Fällen immer noch nicht durchgesetzt werden kann.

Festzuhalten bleibt, dass antisoziales und „hintergehendes“ Verhalten eine evolutionäre Basis hat und dass auch der Widerstand dagegen in evolutionären Entwicklungen begründet ist. Dass dabei die Merkmalsträger der unterschiedlichen Geschlechter verschiedene Rollen gespielt haben können, ist evident und inwieweit dabei eine Rollenverteilung hinsichtlich der Entwicklung einer Neigung zu dissozialem Verhalten eine Rolle spielt, bleibt noch darzustellen (Crawford 1987).

Sowohl die Konzepte der „reproduktiven Kapazität“ als auch die der „Selbstsucht“ lassen die Möglichkeit zu, spezielle Hypothesen hinsichtlich geschlechtsspezifischen Verhaltens im Bereich der Dissozialität zu formulieren.

Dies mag am Ansatz der zentralen Hypothese in Dawkins (1976; 1989) erläutert werden. Er nimmt an, dass die menschlichen Körper (Überlebensmaschinen) bloße Träger so genannter Armeen von rücksichtslosen Genen sind. Diese „Überlebensmaschinen“ versuchen sich erfolgreich in der Welt gegen andere Körper durchzusetzen und sich zu verbreiten. Selbst wenn das Individuum stirbt, haben diese Gene bei erfolgreicher Durchsetzung in der Natur weitreichend eine Nachfolge hinterlassen. Erfolg hierbei setzt voraus, dass bestimmte Regeln des sozialen Lebens gebrochen werden, dass die Träger dieser Gene sich häufig reproduzieren, z.B. nicht zu lange in einer ggf. kinderlosen oder mit geringen Nachkommenschaft gekennzeichneten Partnerschaft verharren oder im Konkurrenzkampf um einen potenziellen Partner ein ausgeprägtes Maß an Rücksichtslosigkeit zeigen. Aufgrund der Ausbreitungswege der Gene könnten hierbei Männer einerseits über erfolgreichere Strategien verfügen und andererseits deswegen auch eine größere Neigung zu einem zuvor beschriebenen Vorgehen haben. Beispiele hierfür werden im Tierreich bei in

Kolonien wohnenden Vögeln gefunden, die die Kinder ihrer Nachbarn fressen, wenn deren Eltern die Brutstätte verlassen haben. Auch die Gottesanbeterin frisst ihren Partner nach der Zeugung. Die beliebten antarktischen Pinguine stoßen gelegentlich ihren unmittelbar neben ihm stehenden Artgenossen ins Meer, um so empirisch festzustellen, ob sich für sie bedrohliche Tiere im Wasser befinden.

Auf der anderen Seite lässt sich jedoch altruistisches Verhalten finden. So opfern sich die Honigbienen durch den Abwehrstich und den darauf folgenden Tod für die Sicherheit ihrer sozialen Gemeinschaft auf. Dabei ist jedoch fraglich, ob sich die Biene dieser Konsequenz bewusst ist. Blut saugende Fledermäuse brechen einen Teil ihrer Beute wieder aus, um mit dem Erbrochenen bei der Nahrungssuche weniger erfolgreiche Artgenossen zu füttern. Spezifische Geschlechtspräferenzen werden bei einem solchen Verhalten nicht beobachtet.

Weiterhin ist ein wichtiger Aspekt die *Reziprozität des Altruismus* wie ihn Trivers (1971) darstellte. Es zahlt sich für einen Helfer aus, einem Anderen Unterstützung zu geben, wenn die Kosten/Nutzen-Rechnung angemessen ist. Dass altruistische Verhaltensweisen nicht durchgängige Merkmale sind, kann in der Natur beobachtet, wenn Symbiosen z.B. zwischen Fischen bestehen. Ein kleinerer Fisch beseitigt beim größeren die Parasiten, weil diese die Nahrungsgrundlage der kleinen Fische bilden. Es konnte jedoch nachgewiesen werden, dass diese Symbiose nicht zum vollständigen „Glück“ des Gastes führt, da regelmäßig bei den Gastgebern die symbiotisch nützlichen Gastfische im Magen gefunden worden sind. Das Fehlen des reaktiven Altruismus ist ein durchgängiges Thema in der Menschheitsgeschichte, z.B. wenn der Retter nach dem Widererstarken des Geretteten von diesem erschlagen wird, weil die Feindschaft und das Motiv zum Töten durchgängiger war als das Motiv der Dankbarkeit. Dies ist eine ähnlich geartete Erfahrung, die z.B. in vielen Fällen heute Sozialarbeiter und Sozialpädagogen im Umgang mit dissozialen und kriminellen Jugendlichen und Erwachsenen machen. In diesem Fall kann die durch die maladaptive Rolle erworbene Neigung, eine derartige Form des Hintergehens zu begehen, zu Unterschieden im Auftreten derartiger Verhaltensweisen führen. Insbesondere spielen hierbei auch Settingvariablen eine große Rolle. So werden bestimmten Formen gegenseitiger Abhängigkeit sicherlich im erhöhten Maße dazu führen, dass derartige Handlungen bei den Betroffenen auftreten und auf der anderen Seite können insbesondere sexuelle Abhängigkeiten und ein vorgängiges übergriffiges Verhalten, besonders bei weiblichen Jugendlichen derartige Formen der Delinquenz induzieren und im nachhinein rechtfertigen. Wenn z.B. ein dissoziales junges Mädchen bemerkt, dass es für Betreuer attraktiv und verführerisch ist und glaubt, dadurch Vorteile für sich gewinnen zu können, so wird es diese nutzen und für sich akzeptabel „natürlich“ die aus dem inadäquaten Verhältnis resultierenden Verabredungen nicht einhalten. Der Betreuer muss damit rechnen, dass

sein übergreifendes Verhältnis trotz aller Versprechungen und Liebesschwüre jederzeit herauskommen wird, wenn dies für das betroffene Mädchen sinnvoll ist und eine Verbesserung der sozialen Situation verspricht. Dabei können auch emotionale Beweggründe eine Rolle spielen, „ihr seid nicht besser als ich und meine Familie“ oder einfach „Rache“ an den als feindlich wahrgenommenen Repräsentanten der Jugendhilfeorganisationen. Dies gilt auch für Formen der homosexuell getönten Abhängigkeiten unter derartigen Rahmenbedingungen. Welches Verhalten „dissozialer“ ist, sei hier nicht weiter diskutiert. Auf jeden Fall kehrt die soziale Vorbildfunktion und das soziale Lernen in einer solchen Situation negativ um, wodurch ein massiver Schaden für die Schützlinge entsteht und sich die beabsichtigte Verbesserung der Situation und Entwicklungsstufe des Jugendlichen in eine weitere Schädigung wandelt.

### 3.5 Anthropologische Studien zur Dissozialität

Es ist bekannt, dass in verschiedenen Stämmen der Welt unterschiedliche Formen sozialer Ordnungen bestehen. In bestimmten Stämmen können allgemein als dissozial geltende Verhaltensweisen von den Mitglieder gefordert oder im vollen Umfang akzeptiert sein. Beispiele für eine eher westlich ausgestaltete Sozialordnung ist die der „Kung Bushmen“ (Buschmenschen), die von Lee und DeVore (1976) dargestellt wurden. In dieser Gruppe herrscht eine hohe innere Kohäsion, es besteht Monogamie und die Paare kümmern sich intensiv um ihren Nachwuchs. Die Lebensbedingungen sind kärglich in einer Wüstenlandschaft und es besteht ein hohes Maß gegenseitiger Abhängigkeit.

Demgegenüber leben die Mundurucu in einem tropischen nahrungsreichen Gebiet (Murphy u. Murphy 1974). Die weiblichen Stammesmitglieder kümmern sich vollständig um die Gewinnung der Nahrung. Männer und Frauen leben bis auf die Tatsache, dass Sexualität und Reproduktion gemeinsam stattfindet, getrennt voneinander. Die Männer beschäftigen sich mit Wettbewerben und diskutieren über Politik, reden über Überfälle auf andere Stämme, Krieg, Klatsch, Kämpfe und entwickeln männliche rituelle Zeremonien. Die Männer schlafen zusammen in einem Haus getrennt von den Frauen. Die Frauen gelten aus Sicht dieser Männer als gefährlich, insbesondere während der Menstruation, und auch dem sexuellen Kontakt wird ein hohes Gefährdungspotenzial zugeschrieben. Die Mütter distanzieren sich recht früh nach der Säuglingszeit von ihren Kindern und die Väter spielen nur eine geringe Rolle bei der Förderung der Entwicklung ihrer Kinder. Als besonders gute männliche Eigenschaften gelten gute sprachliche Fähigkeiten für politische Ansprachen, Furchtlosigkeit, besonderes Geschick beim Kämpfen und die Fähigkeit, andere zu manipulieren und zu betrügen, insbesondere die potenziellen Mütter der zu zeugenden Kinder. Als höchstes Ziel der Männer gilt, möglichst viele Nachkommen bei minimaler partnerschaftlicher Investition hierfür zu zeugen. In gleicher Weise wird erfolgreiches weibliches Leben in

diesem sozialen Kontext dadurch definiert, wenig in die Erziehung der Kinder investieren und die Frauen werden als besonders erfolgreich betrachtet, die den Partner hinsichtlich seiner Vaterschaft perfekt hintergehen können, die übertriebene Ansprüche durchsetzen und die sich in besonderem Maße monogamen Verbindungen widersetzen. In dieser Gesellschaft wird vielen als dissozial eingeschätzten Eigenschaften ein hoher Stellenwert zugeordnet, sie gelten als erwünschtes und erfolgreiches Verhalten. Ein reziproker Altruismus hat in dieser Gesellschaftsform einen niedrigen Stellenwert. An diesem Beispiel ist zu sehen, dass sowohl Männer als auch Frauen unter anderen sozialen und gesetzlichen Bedingungen soziale Eigenschaften in ihrem Zusammenleben entwickeln, die letztlich in ihrer Kultur in hohem Maße anerkannt sind. Dabei werden bewusst die Benachteiligung und der materielle oder ideelle Schaden des anderen in Kauf genommen. Unter diesen Entwicklungsbedingungen müssen Kinder sehr schnell adaptive und vermutlich in großem Maße den Erwartungen der Erwachsenen widersprechende und somit dissoziale Überlebensstrategien entwickelt haben, um weitgehend unbeschädigt aufwachsen zu können. An diesem Beispiel ist weiterhin zu sehen, dass männliche und weibliche Verhaltensformen, die in westlichen Gesellschaften als dissozial gelten, als Handlungsprinzipien in gleichem Maß bei beiden Geschlechtern ausgeprägt sein können und dass die Fürsorge für Kinder und die Förderung ihrer Sozialisation Ideale sind, von denen sich die Mütter in gleicher Weise distanzieren oder die sie idealisieren können. Die günstigen Lebensbedingungen scheinen dazu zu führen, dass eine starke Besinnung auf die eigene Person und ein ausgeprägter Egoismus vorherrschend sind. Die Notwendigkeit einer vertrauensvollen Unterstützung und gegenseitige Abhängigkeit spielen offensichtlich keine große Rolle. Derartige Beschreibungen lassen Assoziationen zu Wohlstandsgesellschaften zu, in denen die Beobachtung gemacht wird, dass Eltern teilweise geringes Interesse an der Aufzucht der Kinder haben und die sexuellen oder sozialen Beziehungen weniger stabil geworden sind.

Die Anthropologen McMillen und Kofoid (1984) entwickelten eine soziobiologische Theorie dissozialer Persönlichkeit. Sie behaupteten, dass es eine genetische Basis für dissoziale Persönlichkeitsstörungen gibt, dass es eine Stufung hinsichtlich der Dimensionen der dissozialen Persönlichkeit besteht und dass das Auftreten dissozialer Persönlichkeitsmerkmale zu Beginn der aktiven Fortpflanzungstätigkeit auftritt. Die Dissozialität „brenne“ mit dem Alter aus, in gleicher Weise wie sich das Potenzial zur Vermehrung reduziert. Weiterhin gibt es einen deutlichen Geschlechtsunterschied in Bezug der männlichen Personen im dissozialen Verhalten, weil Frauen hochwertige biologische und soziale Investitionen in Form ihrer Kinder unternehmen und dass es eines größeren Ausprägungsgrades der genetischen Disposition zum Auftreten von dissozialem Verhalten bei weiblichen Menschen bedarf. Weiterhin tritt ein höheres Maß an Promiskuität und eine verringerte Stabilität der sozialen Beziehungen bei durchschnittlicher Fruchtbarkeit und einem niedrigen sozio-

ökonomischen Status bei Personen auf, die ein dissoziales Verhalten entwickeln. Die Autoren behaupten, dass zwischen diesen Aussagen und ihren empirischen Daten ein enger Zusammenhang besteht. Dennoch ist zu kritisieren, dass dieser Ansatz von McMillen und Kofoed (1984) keine verlässlichen Aussagen zur antisozialen Persönlichkeit zulässt, da bestimmte Einflüsse wie verbale Überzeugungskraft, die Fähigkeit, andere zu übervorteilen, die Fähigkeit zur Entwicklung eines parasitären Lebensstils, die mangelnde Verantwortungsübernahme als Eltern und ein normaler Lebensstil sowie eine erhöhte Promiskuität nicht allein durch ihre Annahmen erklärt werden können (Raine 1993).

**Vergewaltigung** kann im Sinne einer genetischen Sichtweise als ein eher typisch männliches Vergehen angesehen werden, das mit Auftreten des reproduktiven Potenzials zunehmend zu beobachten ist und somit schon in der Adoleszenz auftritt. Dabei können in einigen Fällen vorherige eigene erlebte Missbrauchserfahrungen eine Rolle spielen, jedoch kann die Bereitschaft zur Vergewaltigung ohne eine traumatisierende Erfahrung auf der Basis einer dissozialen Grundhaltung entstehen. Die Vergewaltigung stellt für den Mann mit dissozialer Haltung eine Abkürzung und Entbindung vom Prozess der unsicheren Umwerbung eines potenziellen weiblichen Partners dar. Dabei treten als subjektive Vorteile für den Mann unter einem archaischen Gesichtspunkt neben der Verteilung der genetischen Information auch noch eine Entbindung von Verpflichtungen gegenüber einem potenziellen Nachwuchs auf. Es besteht auch die Möglichkeit, das Opfer im Nachhinein abzuwerten, wodurch eine weitere subjektive Rechtfertigung für das männliche Verhalten möglich wird. Vergewaltigung findet sich im Tierreich z.B. bei Skorpionfliegen, bei denen das männliche Tier ein weibliches mit einem toten zur Nahrung geeigneten Insekt lockt. Während das weibliche Tier das tote Insekt frisst, wird es durch das männliche Tier unfreiwillig begattet.

Die Übertragung eines solchen Modells der Skorpionfliegen, die anscheinend keine Kompetenz zum Werben um die Weibchen haben, ist auf den Menschen nicht sinnvoll, weil in den meisten Fällen ein zentraler Aspekt menschlicher Vergewaltigungstaten darin liegt, dass sie von sexuell gestörten und teilweise hinsichtlich ihrer reproduktiven Kompetenz beeinträchtigten Personen begangen werden. Dadurch ist das Ziel der Vermehrung durch diesen Akt bei Menschen verfehlt. Die bei einer Vergewaltigung unter Menschen aufgezwungen sexuellen Handlungen zeigen, dass es hierbei nicht primär um eine Verteilung des genetischen Materials von Seiten des Vergewaltigers geht. Auch unterscheidet sich das menschliche Verhalten vom Tierreich, da hier nicht attraktive und reproduktiv vermutlich fortpflanzungsfähige Opfer gesucht werden. Vergewaltiger sind in vielen Fällen recht willkürlich bei der Auswahl der Opfer. Die Erwartung des Täters, dass er Erfolg mit seiner Handlung hat und der Entdeckung und Bestrafung entgehen wird, bestimmt die Auswahl des Opfers und die Umstände bei typischen Vergewaltigungen.

**Mord** kann aus einer evolutionären Perspektive als ein aggressives Überwältigen des einen genetischen Pools durch einen anderen betrachtet werden. Dies kann neben anderen Ursachen als Erklärung dafür dienen, dass die Wahrscheinlichkeit höher ist, von einem genetisch Fremden umgebracht zu werden. Daly und Wilson (1988) stellen heraus, dass nur 33% der Morde in den USA unter Verwandten begangen werden. 19% der Mordopfer im Jahr 1972 waren Ehefrauen, die von ihren Männern getötet wurden. Nur in 6% der Mordfälle wurden Blutsverwandte getötet. Das bedeutet nicht, dass Mordtaten vollständig aus evolutionärer Perspektive erklärt werden können. Dafür gelten in einer modernen Gesellschaft zu viele andere Einflussfaktoren, jedoch ist dieser Ansatz in besonderem Maße anwendbar, um das Überschreiten der psychosozialen und moralischen Schranken bei diesen Taten zu erklären. Außerdem treffen Morde nicht auf soziale Zustimmung und sind kein erfolgreiches Problembewältigungsverhalten. Sogar die geplanten Taten sind meist als Methode der Problembewältigung irrational, widersinnig und häufig für den Täter schädlich, da er in vielen Fällen die Eigengefährdung bei der Tat nicht einkalkuliert hat. Vielmehr imponiert das kurzsichtige, affektiv stark getönte Verhalten ohne ein rationales Abwägen der Vielzahl möglicher Konsequenzen der Handlung. Wesentlich für die Geschlechter differenzierte Betrachtung ist, dass Mord als eine Maximalvariante aggressiven Verhaltens häufiger von Männern und in der Adoleszenz bei deutlich geringer Häufigkeit in der überwiegenden Mehrheit von männlichen Jugendlichen begangen wird.

Insgesamt können evolutionäre Anteile als wesentlicher Beitrag für dissoziales und delinquentes Verhalten betrachtet werden, jedoch darf nicht vergessen werden, dass Umweltfaktoren einen starken Einfluss haben und in vielen Fällen modulierend wirken. Weiterhin ist zu bedenken, dass dissoziale und kriminelle Verhaltensweisen insgesamt gemessen am gesamten Verhalten eines Menschen einen nur minimalen Anteil haben. Menschen mit delinquentem Verhalten sind die überwiegende Zeit des Tages unauffällig und begehen ihre Taten impulsiv oder geplant in einen überschaubaren Zeitraum. Weiterhin wird im Verlauf des Lebens das dissoziale Verhalten nicht durchgängig gezeigt, dabei stellt gerade diese Unberechenbarkeit des Auftretens von Delinquenz einen Teil der Dissozialität dar.

In den vorangehenden Ausführungen konnte dargestellt werden, dass auch für Frauen unter entsprechenden Rahmenbedingungen eine Tendenz zu Dissozialität bestehen kann, dass vermutlich aber insbesondere die Aspekte des Gebärens und der Aufzucht von Kindern einen hohen Einfluss darauf haben, dass derartige Verhaltensweisen bei weiblichen Jugendlichen und Frauen weniger häufig auftreten, da sie die Funktionen der Aufzucht gefährden. Weiterhin scheinen männliche Lebewesen häufiger als weibliche Vorteile aus delinquentem Verhalten zu ziehen. Dies gilt sowohl für die Fortpflanzung als auch die Durchsetzung im sozialen Raum. Schwere Kriminalität wie Mord ist im Jugendalter selten und wird in der Mehrheit von männlichen Jugendlichen

begangen. Blutsverwandtschaft scheint vor Kapitalverbrechen zu schützen. Diese Familienregel ist jedoch nicht für die genetisch fremden Partnerinnen und Ehefrauen gültig.

Weitere anerkannte wichtige pathologische Faktoren bei dissozialer Entwicklung sind:

- kognitive neuropsychologische Beeinträchtigungen,
- Minderbegabung oder unterdurchschnittliche Intelligenz und
- Teilleistungsstörungen insbesondere in Form von Lese- und Rechtschreibstörungen.

Die Mehrheit der Betroffenen mit diesen Störungen sind Knaben bzw. männliche Jugendliche. Neurokognitive Defekte oder Dysfunktionen, die sich z. B. bei Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen finden lassen sowie pathologische Veränderungen der Transmitterfunktionen (z. B. Serotonin: Moore et al. 2002) und Hormonspiegel (Kortisol: Shoal et al. 2003) stehen meist im Zusammenhang mit einem psychiatrischen Krankheitsbild und bilden weitere Risikofaktoren für eine dissoziale Entwicklung. Die sozialen Rahmenbedingungen, das Milieu, die Zusammensetzung der Familie und deren Lebensschicksal spielen ebenso eine große Rolle für die Entwicklung von Dissozialität.

Auf die spezifischen Aspekte der Geschlechterunterschiede bei dissozialem Verhalten soll im Folgenden eingegangen werden.

### 3.6 Spezielle Forschung zu Geschlechterdifferenzen dissozialen Verhaltens

Moffitt et al. (2001) berichten über die Auswertungen der Dunedin-Langzeitstudie, in der 1000 männliche und weibliche Personen vom Alter von 3 bis zum Alter 21 Jahren (und in späteren Publikationen darüber hinaus [Moffitt et al. 2001]) beobachtet wurden. Es wurden Informationen darüber gesammelt, wie sich das dissoziale Verhalten mit dem Alter verändert, wann es zum ersten Mal auftritt, wann der Höhepunkt dieser Entwicklung erreicht wird und zu welchem Entwicklungszeitpunkt aus sozialen Verhaltensstörungen kriminell delinquentes Verhalten wird. Der wesentliche Aspekt dieser Langzeitstudie ist der Versuch, Geschlechterdifferenzen und die ätiologischen Grundlagen dissozialen Verhaltens zu erfassen. Dabei beinhaltet dieser Ansatz der Untersuchung drei Disziplinen: Entwicklungspsychologie, Psychiatrie und Kriminologie. Wenn die Ergebnisse dieser Untersuchungen zusammengefasst werden, lassen sich zwei Hauptgründe für dissoziales Verhalten herausarbeiten. Zum einen gibt es Formen dissozialen Verhaltens, die sich als Störung der neurobiologischen Entwicklung darstellen und die in Zusammenhang mit einhergehenden neurobiologischen Störungen wie z. B. Autismus, Hyperaktivität, Dyslexie stehen. Bei diesen Störungen zeigt sich ein deutliches Über-

wiegen von betroffenen männlichen Personen, eine Manifestation im frühen Kindesalter, Chronifizierung mit Symptomatik bis ins Erwachsenenalter und eine relativ hohe Prävalenz in der Gesamtbevölkerung. Auf der anderen Seite lässt sich eine Gruppe mit dissozialen Verhalten definieren, die besonders repräsentativ für weibliche Dissozialität ist. Diese Gruppe zeigt ein besonderes soziales Phänomen, das seinen Ursprung in dem Muster und der Ausgestaltung der sozialen Beziehungen hat. Diese Form der Dissozialität manifestiert sich in der Adoleszenz und weist eine verhältnismäßig hohe Prävalenz auf. Geschlechterunterschiede bei dieser Form der Dissozialität sind vernachlässigbar gering, wenn z.B. beim dissozialen Verhalten bei Jungen und Mädchen Alkohol oder Drogensucht als Delinquenz fördernde Faktoren eine Rolle spielen, wenn ein Zusammenhang mit weiblicher Pubertät besteht und wenn die Mädchen früh intime Beziehungen aufnehmen (s. auch Kap. 10).

Insgesamt stellen Moffitt et al. (2001) fest, dass dissoziales Verhalten weiblicher wie männlicher Jugendlicher kausal ähnlichen Regeln folgt. Im Einzelnen referiert Moffitt für geschlechtsbedingte Unterschiede dissozialen Verhaltens folgende Ergebnisse:

Bei Verhaltensstörungen zeigt sich eine auf die Lebenszeitprävalenz bezogene Geschlechtsratio von 2,4:1 männlicher zu weiblichen Jugendlichen über alle Studien mit unterschiedlichen Stichproben und unterschiedlichen Erhebungsmethoden hinweg. In allen Altersstufen werden immer mehr männliche als weibliche Personen diagnostiziert, eine (dis)soziale Verhaltensstörung zu haben. Auch die Ausprägungsgrade und die Stellung in einer Rangreihe bleiben bei Jungen und Mädchen gleich, aber für Mädchen besteht eine geringere Wahrscheinlichkeit, dass sie im weiteren Lebensverlauf dissozial bleiben werden. Bei Jungen weist diese Diagnose eine höhere Beständigkeit als bei Mädchen auf.

Bei schweren und aggressiven Verhaltensstörungen zeigen Jungen deutlich mehr physische Aggression und Gewalttätigkeit als Mädchen in allen Altersstufen und auch das Auftreten von Diebstahl und Gewalttätigkeit ist häufiger bei Jungen als bei Mädchen zu beobachten. Die Anzahl der Vergehen konzentriert sich bei Mädchen auf eine geringere Anzahl von Personen als bei Jungen in einer Population. Eine geringere Anzahl Mädchen begeht eine größere Anzahl Delikte, bei Jungen ist eine größere Anzahl delinquent, begeht aber nicht so viele Delikte pro Kopf wie die delinquenten Mädchen. Aber auch die delinquent aktivsten Mädchen zeigen eine geringere Häufigkeitsrate der Vergehen als die kriminell aktivsten Jungen. Des Weiteren wird dissoziales Verhalten der Jungen vermutlich deutlich häufiger offiziell sanktioniert, weil es häufiger vorkommt und die Taten schwerwiegender in Art und Ausprägung sind.

In der Untersuchung zeigte sich weiter, dass sich bei Jungen eine höhere Zahl relevanter Risikofaktoren zeigten als bei Mädchen. Zusammengefasst zeigen

Jungen häufiger neurokognitive Beeinträchtigungen, häufiger Hyperaktivität, weisen mehr Probleme mit Gleichaltrigen auf und zeigen deutlicher als Mädchen Symptome einer ausgeprägten negativen emotionalen Entwicklung. Diese Ergebnisse unterstützen die Hypothese, dass die Wahrscheinlichkeit bei Jungen dissozial auffällig zu werden erhöht ist, weil sie in einem höheren Maß individuellen und sozialen Risikofaktoren für dissoziales Verhalten ausgesetzt sind.

Hinsichtlich der Geschlechterdifferenzen der Entwicklung dissozialer Verhaltensweisen ließen sich aus der Dunedin-Studie (Moffitt et al. 2001) verschiedene Ergebnisse herleiten. Mädchen entwickeln selten lebenslange dissoziale Verhaltensstörungen, und wenn es vorkommt, gelten die gleichen Regeln wie bei Jungen, jedoch war das Verhältnis 1:100 Mädchen gegenüber Jungen in der Unterschichten-Kohorte eine lebenslange Persistenz der dissozialen Verhaltensstörung zu entwickeln. Diese geringe Häufigkeit lässt sich durch die geringere Anzahl der Risikofaktoren erklären, denen die Mädchen ausgesetzt sind. Männliche dissoziale Jugendliche haben insbesondere dann einen schlechteren Entwicklungsverlauf als weibliche Jugendliche, wenn sie eine „adoleszententypische“ dissoziale Störung aufweisen.

Bei weiblichen Jugendlichen folgt der Sozialverhaltensstörung häufig eine depressive Entwicklung und diese Störung wird bei Mädchen zunehmend bedeutsamer, d. h. die Depression löst die Störung des Sozialverhaltens ab.

Die größte Ähnlichkeit im dissozialen Verhalten weisen Jungen und Mädchen in der mittleren Pubertät um 15 Jahre auf. In diesem Alter steigen Prävalenz und Inzidenz für Verhaltensstörung bei Mädchen in einem solchen Maß an, dass sich der geringste Häufigkeitsunterschied zu männlichen Personen für dieses Störungsbild für das gesamte Leben ergibt. Jungen und Mädchen weisen die geringste Geschlechtsdifferenz bei Alkohol- und Drogendelikten auf. Gleichzeitig beginnen Jungen und Mädchen in allen Altersstufen ungefähr in gleicher Häufigkeit mit solchen Delikten. Bei Missbrauchshandlungen zeigt sich, dass physisch gewalttätiges Handeln bei Jungen stärkere Ausprägungsgrade als bei Mädchen annimmt. Die Art der Gewalthandlungen scheint jedoch durchgängig gleich zu sein, und weibliche Aggression kann nicht durch die geläufige Hypothese erklärt werden, dass weibliche Gewalttaten der Selbstverteidigung dienen würden. Vielmehr scheint es so zu sein, dass Jungen und Mädchen gleichartig motiviert aktiv gewalttätig sind.

Bei allen Jugendlichen, die dissoziales Verhalten vor dem Erwachsenenalter zeigen, existieren keine bedeutenden Geschlechtsdifferenzen hinsichtlich des Manifestationsalters. Die Eltern, Lehrer- und Selbsteinschätzungsskalen zeigen positive durchschnittliche Korrelationen für beide Geschlechter, was die Annahme nahe legt, dass dissoziales Verhalten bei Jungen und Mädchen in gleicher Weise zu allen Zeitpunkten vorhersagbar ist. Hinsichtlich des Ausprägungsgrades des dissozialen Verhaltens zeigen Jungen und Mädchen eine durchschnittlich ausgeprägte Stabilität in der weiteren Lebensentwicklung.

Für beide Geschlechter gelten die gleichen Risikofaktoren für die Vorhersage der Entwicklung einer dissozialen Persönlichkeitsstörung und es konnten keine replizierbaren geschlechtsspezifischen Risikofaktoren für dissoziales Verhalten gefunden werden (Moffitt et al. 2001). Familiäre Probleme beeinträchtigen die Ausprägung der intellektuellen Fähigkeiten. Temperamentfaktoren und Hyperaktivität schienen sich stärker auf eine dissoziale Entwicklung bei Jungen als bei Mädchen auszuwirken: Jedoch sind die Differenzen sehr niedrig und bieten damit nur schwache Unterstützung für die Hypothese, dass Jungen vulnerabler gegenüber Risikofaktoren für dissoziales Verhalten als Mädchen seien. Bei Jungen und Mädchen finden sich die gleichen Persönlichkeitszüge, die in einem korrelativen Zusammenhang zum dissozialen Verhalten stehen. Hinsichtlich einer lebenslangen dissozialen Entwicklung zeigen sich bei Jungen und Mädchen die gleichen Risikofaktoren:

- Familienproblematik,
- schlechte erzieherische Reaktion des Kindes,
- neurokognitive Defizite,
- Ausgrenzung durch Gleichaltrige und
- Hyperaktivität.

Beide Geschlechter zeigen das gleiche Komorbiditätsspektrum in Bezug auf die jeweiligen Störungen und das Alter ihres Auftretens. Die komorbiden Störungen sind hauptsächlich mit Verhaltensstörungen vergesellschaftet und nur in 10% der Fälle zeigte sich nur eine Verhaltensstörung. Die häufigsten komorbiden Störungen für beide Geschlechter sind:

- Angststörung,
- Depressionen,
- Drogenabhängigkeit,
- ADHS und
- Lesestörung.

Weiterhin unterstützen die Daten der Dunedin-Studie (Moffitt et al. 2001) nicht die Hypothese, dass eine dissoziale Entwicklungsgeschichte weniger Konsequenzen für Mädchen als Jungen habe. Dissoziales Verhalten hat schwerwiegende Auswirkungen sowohl für Jungen wie für Mädchen im Übergang von der Adoleszenz zum jungen Erwachsenenalter. Die Zunahme des Ausprägungsgrades der Verhaltensstörung bedingt unabhängig vom Geschlecht eine zunehmend beeinträchtigte psychosoziale Entwicklung. Sowohl Jungen wie Mädchen, die eine dissoziale Störung als Jugendliche oder junge Erwachsene zeigten, haben früh intime Beziehung zu Partnern aufgenommen, die kriminell sind oder die Einstellungen zeigen, die dissoziales Verhalten fördern. Bei der Erfassung dissozialen Verhaltens hat sich gezeigt, dass bei Jungen und Mädchen erste Anzeichen dissozialen Verhaltens in der Selbsteinschätzung drei bis fünf Jahre vor der offiziellen Feststellung der Dissozialität feststellbar waren. Die Ergebnisse der Selbsteinschätzung zeigen weiterhin,

dass das vollständig neue Auftreten der Dissozialität in der Adoleszenz äußerst selten ist, d. h., die überwiegende Mehrheit der Jugendlichen zeigte dissoziales Verhalten schon in der Kindheit. Zweidrittel der Kinder und Jugendlichen mit ADHS, schädlichem Cannabisgebrauch und schizophrenen Symptomen weisen auch Symptome einer Verhaltensstörung auf. Diese vier Störungsbilder bilden die zentrale Einheit eines dissozialen Syndroms in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter. Mithilfe der Risikowerte, die in der Dunedin-Studie (Moffitt et al. 2001) gesammelt wurden, konnte der Großteil der Variation bei dissozialem Verhalten verlässlich erklärt werden. Geschlechtsbedingte Unterschiede bei früh auftretendem dissozialem Verhalten können bei über einem Drittel der Fälle durch Temperamentsfaktoren und Hyperaktivitätsprobleme erklärt werden. Weiterhin erklären geschlechtsspezifische Störungen in der Beziehung zu Gleichaltrigen in einem Viertel der Fälle die geschlechtsspezifischen Unterschiede dissozialen Verhaltens sowie geschlechtsbedingte Abweichungen in Persönlichkeitsmerkmalen bei dissozialem Verhalten in fast allen Fällen. Problematische familiäre Umstände haben im gleichen Umfang negative Effekte auf Jungen und Mädchen und können somit nicht für einen geschlechtsspezifischen Ansatz der Erklärung von Dissozialität herangezogen werden.

In der Pubertät sind die höchsten Prävalenz- und Inzidenzraten für Verhaltensstörung bei Mädchen zu beobachten. Minderjährige Mädchen haben bei Drogen und Alkohol assoziierten Delikten häufiger Kontakt zu älteren mündigen Personen, die ihnen die Suchtmittel besorgen. Bei Gewalt in sozialen Beziehungen entspricht das gewalttätige Verhalten der Mädchen dem der Jungen.

Für junge Männer gilt in bedeutenderem Maße, dass eine dissoziale Störung in der Folge Einfluss auf Ausbildung, Arbeit, die Neigung zum Drogenmissbrauch und die kriminelle Entwicklung hat. Demgegenüber wirkt sich eine dissoziale Störung von jungen Frauen eher in dem Bereich von Beziehungsproblemen, dem Auftreten von Depressionen oder Suizidalität und einem beeinträchtigten Gesamtgesundheitsstatus aus. Die Hypothese eines paradoxen Stellenwertes für Geschlechter konnte in den Untersuchungen der Dunedin-Studie nicht bestätigt werden. Im Vergleich zu Jungen zeigten Mädchen mit Verhaltensstörungen keine größere Anzahl an komorbiden Störungen, keine Beeinträchtigung im familiären Umfeld und keine ausgeprägten Grade neurokognitiver Störungen, der Hyperaktivität oder im Bereich dissozialer und emotionaler Störungen. Der Schwellenwert für Mädchen dissozial zu werden liegt nicht höher als bei Jungen. Entscheidender ist, dass auf Mädchen weniger Risikofaktoren für dissoziales Verhalten als auf Jungen wirken. Hieraus lässt sich nicht der Schluss ziehen, dass die diagnostischen Kriterien für Verhaltensstörungen bei Mädchen weicher als bei Jungen zu formulieren sind. Vielmehr kann der Schluss gezogen werden, dass die Kriterien für Dissozialität und Verhaltensstörungen bei Jungen und Mädchen in gleicher Weise gültig sind.

Hinsichtlich einer intergenerationalen Perspektive des dissozialen Verhaltens lässt sich nach den Ergebnissen der Dunedin-Studie feststellen, dass dissoziale Jungen und Mädchen mit intimen Beziehungen zu kriminellen Partnern weniger gut ausgebildet sind, Defizite im Lesen zeigen und von diesen Partnern häufiger physisch missbraucht werden. Dissoziale Jungen und Mädchen haben eine höhere Wahrscheinlichkeit als Minderjährige Eltern zu werden. In der Kohorte der Dunedin-Studie bildeten die Studienteilnehmer mit Verhaltensstörungen 20% der Stichprobe aber bei ihnen traten 2/3 der Teenager Schwangerschaften auf.

Die Ergebnisse der „Northern Finland 1966 Birth Cohort“-Studien (Kemppainen et al. 2002) können verwendet werden, um Prädiktoren weiblicher Kriminalität zu identifizieren. Der Hauptbefund dieser Studie war, dass das Fehlen des Vaters in der Ursprungsfamilie der größte Risikofaktor für weibliche Kriminalität war. Als zweitwichtigster Faktor konnte mütterliches Rauchen während der Schwangerschaft identifiziert werden. Dritter bedeutsamer Faktor war die Stellung in der Geschwisterreihe, erstgeborene Töchter hatte ein signifikant erhöhtes Risiko für kriminelles Verhalten. In den Familien mit anwesendem Vater war mütterliches Rauchen während der Schwangerschaft der wesentliche Prädiktor für kriminelles Verhalten im Erwachsenenalter. Innerhalb der Gruppe der Töchter mit rauchenden Müttern während der Schwangerschaft stieg die Wahrscheinlichkeit für späteres kriminelles Verhalten, wenn die Schwangerschaft unerwünscht oder zu einem den Eltern nicht geeignet erscheinendem Zeitpunkt eintrat. Perinatale Komplikationen standen nicht in einem Zusammenhang mit Kriminalität im Jugendalter. Im Gegensatz dazu fand Kemppainen et al. (2001), dass gewalttätig kriminelles Verhalten bei Jungen in einen Zusammenhang zu perinatalen Komplikationen stand, wenn diese Jungen Einzelkinder waren. Somit scheinen Geschlechtsdifferenz zwischen Jungen und Mädchen im Zusammenhang mit relevanten familiären und gesellschaftlichen Unterschieden der Umgebung und genetischen Einflüssen zu stehen.

Silverthorn und Frick (1999) wiesen darauf hin, dass einen spezifischen Entwicklungsweg der Dissozialität bei Mädchen gebe. Nach einer unauffälligen Entwicklung über die gesamte Kindheit hinweg, tritt die Dissozialität in der Pubertät plötzlich auf. Sie vermuteten das Wirken bestimmter Schutzfaktoren bei Mädchen bis zu diesem Alter, die auch bei vorliegenden Belastungsfaktoren das Auftreten dissozialen Verhaltens einschränken. Wesentliche Elemente seien unterschiedliche Formen elterlicher Erziehung, die zu einer internalen Ausrichtung führen, eine Orientierung an Autoritäten fördern und ein passive Haltung stützen. Auch der präpubertäre Hormonhaushalt habe eine Schutzwirkung bei Mädchen (Silverthorn und Frick 1999).

Das Alter der Mutter erwies sich als wichtiger Risikofaktor für spätere Kriminalität bei Mädchen (Conseur et al. 1997). Als Grund hierfür wird angenommen, dass Teenagermütter ohne Partner Schwierigkeiten bei der Beziehungs-

aufnahme zu ihrem Kind und mit der Säuglingspflege haben. Wesentlich ist zu bemerken, dass eine Schwangerschaft junger Mütter den Anteil krimineller Töchter nur dann erhöhte, wenn dieser Faktor durch das Fehlen der leiblichen Väter in der Ursprungsfamilie begleitet war. Nach Tharp et al. (1980) ist mit dieser Situation eine niedrigere kognitive und affektive Kompetenz auf Seiten der jungen Mütter assoziiert. Nach Jones et al. (1980) zeigen sich die stärksten Ausprägungsgrade der Delinquenz in Zusammenhang mit geringerer Annahme durch die Eltern und einem niedrigen Grad kontrollierenden Verhaltens durch die Mutter. Die Autoren schließen aus den Befunden, dass die Mütter mit Kindern, die mit diesen Risikofaktoren geboren wurden oder aufwachsen, schon ab dem Zeitpunkt des Eintritts in die Geburtsklinik psychosozialer und medizinischer Hilfe bedürfen, um zukünftige dissoziale Probleme der Kinder abzuwenden. Es gibt Annahmen, dass die familiäre Dysfunktion bei delinquenten jungen Frauen ausgeprägter sei als bei delinquenten jungen Männern. Henggler et al. (1987) fanden im Sinne einer Bestätigung dieser Annahme in ihrer Studie eine ausgeprägtere Form von Mutter-Tochter Konflikten in Familien mit delinquenten weiblichen Jugendlichen als innerhalb von Familien mit männlicher Delinquenz.

Verschiedene Ansätze kriminologischer Forschung haben die deutlichen Geschlechtsdifferenzen zum Anlass der Hypothesenbildung und Forschung genommen. Wichtige Erklärungsansätze leiten sich aus der Ungleichheitsforschung zwischen den Rechten und Entwicklungsbedingungen von Frauen und Männern her. Neben den zentralen biologischen Faktoren, die oben schon dargestellt wurden, sind unterschiedliche Erziehungs- und Kontrollbedingungen für Mädchen und Jungen als relevant für die Unterschiede angesehen worden. So wird der Unterschied im Bereich der Gewaltkriminalität darin gesehen, dass die Mechanismen sozialer Kontrolle darauf beruhen, dass die Formen der sozialen Kontrolle sich restriktiver auf Mädchen als auf Jungen auswirken. Mädchen erfahren demnach eine größere elterliche Überwachung und Einschränkung der persönlichen Freiheiten, was ihre Möglichkeiten zur Teilnahme an jugendlicher Gewaltkriminalität reduziert. Dies stimmt mit den schon berichteten Annahmen von Silverthorn und Frick (1999) überein. Weiterhin ist das Argument bedeutsam, dass Mädchen schon im Jugendalter eine antizipierte höhere Verantwortlichkeit in Bezug auf mitmenschliche Beziehungen auferlegt wird, da es wichtig ist, in einer späteren Mutterrolle verantwortlich und berechenbar zu handeln. Dadurch verschiebe sich der Focus weg von der sozialen Außenwelt, die für männliche Entwicklung und Bildung sozialer Identität bedeutsamer ist, hin zur privaten häuslichen und familiären Sphäre. Ein Nebeneffekt hiervon könnte sein, dass wenn Mädchen und Frauen kriminelle und gewalttätige Handlungen begehen, sie diese häufiger gegen Familienmitglieder richten.

Schließlich zeigen sich normative Unterschiede hinsichtlich akzeptierten Verhaltens bei Mädchen und Jungen mit Auswirkungen auf die Neigung zur Ent-

wicklung dissozialen Verhaltens. Zur Männlichkeit gehört ein gewisses Maß an Aggressivität, die dann Dominanz und Risikobereitschaft repräsentiert. Diese Eigenschaften sind auch Grundbedingungen einer erfolgreichen delinquenten Entwicklung. Mädchen werden nicht in dem Maße wie Männer in dieser Hinsicht sozialisiert und dadurch werden die Möglichkeiten und Fähigkeiten zur Entwicklung erfolgreicher delinquenter Verhaltensweisen limitiert. Frauen erfahren in der Welt der Kriminalität eine noch stärker „Benachteiligung“ und „Aussonderung“ als im Bereich der legalen Arbeit. Somit bleiben auch die Banden (Gangs) Jugendlicher von Jungen dominiert und der Handlungsraum von Mädchen ist in Banden auf weniger schwerwiegende gewalttätige oder kriminelle Handlungen begrenzt. Auf der anderen Seite steht die Beobachtung, dass Mädchen bei Drogenvergehen eine leichtere Suchtentwicklung zeigen als Jungen. Deshalb entwickeln weibliche Jugendliche schneller mit Sucht assoziierte Kriminalität, wobei natürlich hier der Bereich der illegalen Prostitution eine große Bedeutung für diese Häufigkeit hat. Schließlich erhöht sich bei jungen Frauen mit Kindern und Suchterkrankungen die Delinquenzrate, weil bei ihnen die Wahrscheinlichkeit zunimmt, wegen ihrer Sucht Vergehen gegen ihre Kinder im Sinne von Misshandlung, Vernachlässigung oder Schädigung des ungeborenen oder gerade geborenen Kindes zu begehen.

Die *Viktimisierung* von Mädchen und Frauen spielt in anderer Weise und umfassender als bei Jungen und Männern eine entscheidende Rolle für die delinquente Entwicklung. Missbrauch, erlebte Gewalt als Kind oder Partnerin spielen erst seit relativ kurzer Zeit eine relevante Rolle in der Justiz und in der Forschung. Seit verhältnismäßig wenigen Jahren gibt es ein breites und auch geändertes Bewusstsein in den Institutionen und in der Öffentlichkeit für diese Form der Kriminalität gegen Frauen. Da diese Vergehen in deutlich größerer Zahl Mädchen und Frauen betreffen, hat dies auch in größerem Umfang Einfluss auf eine delinquente Entwicklung von Mädchen und Frauen. Dabei ist der Bereich der Familie der Raum, in dem präventive Maßnahmen gegen derartige Vergehen an Mädchen und Frauen am wenigsten greifen können. In der weiblichen Kriminalität resultieren unter derartigen kriminellen Bedingungen Taten, die aus der Auseinandersetzung mit Missbrauchern und Gewalttätern oder der Flucht vor solchen Lebensbedingungen und -erfahrungen resultieren. Gewalttaten, Mord bzw. Totschlag gegen schlagende Partner oder Missbraucher, aber auch Suchtentwicklung, Drogenkriminalität und illegale Prostitution können konkrete delinquente Folgen der traumatisierenden Erfahrungen für Mädchen und Frauen sein. Mädchen und Frauen begehen also unter diesen Umständen Verbrechen, um aus der Opferrolle heraus zu kommen. Die Wahrscheinlichkeit für diese kriminelle Entwicklung steigt, wenn die Traumatisierung der Mädchen und Frauen von den Institutionen absichtlich oder wegen Unvermögen nicht angemessen verfolgt und verhindert wird. Schließlich wird häufig nicht beachtet, dass von den gewaltsamen und übergreifigen Tätern Mädchen und Frauen zu kriminellen Handlungen gezwungen werden. Dies zeigt sich insbesondere bei schwerem Raub oder Ge-

walt gegen Personen, bei denen Frauen eher Komplizen als Haupttäter sind. Mädchen und Frauen begehen also für sie untypische Verbrechen, weil sie in gewalttätiger, wirtschaftlicher oder psychischer Abhängigkeit von dominanten männlichen Personen stehen. Häufig lassen sich grade Gewalttaten von Müttern gegen ihre Kinder durch eine derartige Einflussnahme erklären. Diese Formen weiblicher Kriminalität werden auch als eine weitere Art der Viktimisierung betrachtet (Renzetti u. Goodstein 2000).

In diesem Zusammenhang ist eine Studie von McCabe et al. (2002) aufschlussreich, die die Hypothese überprüfte, ob jugendliche weibliche Delinquente eine größere Anzahl psychischer Störungssymptome, DSM-IV Diagnosen und Suchtstörungen aufweisen, mehr funktionelle Behinderungen zeigen und durch eine größere Anzahl von familiären Risikofaktoren belastet sind. Es wurden diagnostische Interviews, Fremd und Selbsteinschätzungsskalen verwandt, um die Ausprägung der genannten Variablen zu erfassen. In den Maßen für psychische Störungen zeigten delinquente Mädchen deutlich höhere Ausprägungsgrade der Störungen an. Auch die Angaben für Misshandlung, Missbrauch und familiäre psychiatrische Belastung waren im Vergleich deutlicher ausgeprägt. Nur die Angaben zu Funktionsstörungen, Suchtmittelmissbrauch und Komorbidität wiesen keinen Geschlechterunterschied auf.

Viele Aspekte von Geschlechterdifferenzen delinquenter Jugendlicher konnten in diesem Überblick nicht aufgearbeitet werden. Um Überschneidungen mit anderen Beiträgen in diesem Band zu vermeiden oder weil es noch keine adäquate Forschung in diesem Bereich gibt, wie schon Hoyt und Scherer (1998) feststellten, konnten nicht alle Themen dargestellt werden. Es ist sicher bedeutsam, die Gleichbehandlung in Rechtssystem von jugendlichen Straftätern zu untersuchen, insbesondere weil eine unterschiedliche Behandlung auch in einem Fall eine günstigere Entwicklung bedeuten kann.

Schließlich geht es um die Reduzierung jugendlicher männlicher und weiblicher Kriminalität und die Eröffnung einer sozial und individuell angemessenen Lebensperspektive. Die Effekte von Maßnahmen für delinquente Jugendliche sind noch nicht hinreichend untersucht und vermutlich wird sich zeigen, dass eine besondere Beachtung auf des unterschiedlichen Geschlechts eine bedeutsame Komponente in der Durchführung und Planung von Maßnahmen in der Justiz und Jugendhilfe ist. Grundsätzlich ist jedoch für jede Form spezifischer Förderung der Täterinnen und Täter in Maßnahmen zu empfehlen. Lipsey und Wilson (1998) konnten zeigen, dass verhaltensorientierte, kognitive und multimodale Behandlungsansätze der Entwicklungsförderung erfolgreich bei Jugendlichen angewendet werden konnten.

Nicht nur Geschlechtsfaktoren, auch andere Aspekte mit Einfluss auf eine delinquente oder nicht-delinquente Entwicklung sind zu untersuchen. Hierzu gehören Armut, soziale und ethnische Benachteiligung, Unwissenheit, ungleiche und problematische Entwicklungsbedingungen, genetische Aspek-

te, familiäre Inkompetenz, Nichtbeachtung der Kriminalität als eine Form der Förderung jugendlicher Delinquenz, Delinquenz als Ergebnis der Änderung gesetzlicher Grundlagen und Drogenkriminalität. Auch intrafamiliäre Gewalt nicht nur gegen Kinder und Jugendliche, sondern auch im anderen Fall, also von Kindern und Jugendlichen gegen Eltern und viele andere Fragen sind offene Themen für die Forschung.

Geschlechterunterschiede sind ein möglicher Ansatz, um Entwicklungsbedingungen von Delinquenz besser zu verstehen und aus den Unterschieden lassen sich Schlüsse für präventive Maßnahmen entwickeln, da nicht im Sinne einer negativen Interpretation die spezifische statischen Gegebenheiten dargestellt werden sollten, sondern es lassen sich vorsorgliche Interventionen für die jeweiligen Geschlechtsgruppe entwickeln, die in einem besonderen Maße von Kriminalität in einen Bereich im Vergleich zum anderen Geschlecht betroffen ist. Geschlechter differenzierende Forschung zielt auf einen gegenseitigen Nutzen aus den Erkenntnissen und nicht das Herausstellen besonders positiver oder negativer Eigenschaften oder Verhaltensweisen eines Geschlechts. Ein weiteres Ziel ist eine Behandlung der einzelnen Gruppen ohne Diskriminierung und die Kontrastierung, da durch Kontrasteffekte besonders gut Erkenntnisse gewonnen werden könnten.

## Literatur

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1996) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen – DSM-IV (Deutsche Bearbeitung und Einleitung: Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M). Göttingen: Hogrefe.
- Archer D, McDaniel P (1995) Violence and gender: Differences and similarities across societies. In: Ruback RB, Weiner NA (Eds.) Interpersonal violent behaviours. New York: Springer Publishing Company, Inc., p. 63–87.
- Bessler C (2003) Aggressives Verhalten von straffälligen Mädchen und Jungen. Monatsschrift Kinderheilkunde 6 151 (6): 633–637.
- Bundesamt für Statistik (2002) Freiheitsentzug und Untersuchungshaft: Insassenbestände am Stichtag 1991–2002. Bundesamt für Statistik, Neuchâtel.
- Cauffman E, Feldman SS, Waterman J, Steiner H (1998) Posttraumatic stress disorder among female juvenile offenders. J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry 37: 1209–1216.
- Conseur A, Rivara FP, Barnoski R, Emanuel I (1997) Maternal and Perinatal Risk Factors for Later Delinquency. Pediatrics 99(6): 785–790.
- Crawford C (1987) Sociobiology: Of what argue to psychology? In: Crawford C, Smith M, Krebs D (Eds.) Sociobiology and Psychology: Ideas, issues and application. Hillsdale, NJ, Erlbaum, p. 3–30.
- Daly M, Wilson M (1988) Homicide. New York: deGruyter.
- Dawkins R (1976) The selfish gene. Oxford: Oxford University Press.
- Dawkins R (1989) The selfish gene (2<sup>nd</sup> ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (1999) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien (3. Auflage). Bern: Huber.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg.) (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F). Verlag Hans Huber.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E (Hrsg.) (1994) Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F) Forschungskriterien. Verlag Hans Huber.

- Henggler SW, Edwards J, Borduin CM (1987) The family relations of female juvenile delinquents. *Journal of Abnormal Child Psychology* 15: 199–209.
- Hoyt S, Scherer DG (1998) Female juvenile delinquency: Misunderstood by the juvenile justice system, neglected by social science. *Law and Human Behavior* 22: 81–107.
- Jones MD, Offord DR, Abrams N (1980) Brothers, sisters, and antisocial behavior. *British Journal of Psychiatry* 136: 139–145.
- Kataoka SH, Zima BT, Dupre DA, Moreno KA, Yang X, McCracken JT (2001) Mental health problems and service use among female juvenile offenders: their relationship to criminal history. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40: 549–555.
- Kempainen L, Jokelainen J, Isohanni M, Jarvelin MR, Rasanen P (2002) Predictors of female criminality: findings from the Northern Finland 1966 birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41(7): 854–859.
- Kempainen L, Jokelainen J, Jarvelin MR, Isohanni M, Rasanen P (2001) The one-child family and violent criminality: a 31-year follow-up study of the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *American Journal of Psychiatry* 158(6): 960–962.
- Lee M, DeVore BI (eds.) (1976) *Kalahari Hunter-Gatherers*. Cambridge: Harvard University Press.
- Lipsey M, Wilson D (1998) Effective intervention for serious juvenile offenders. In: Loeber R, Wilson D (Eds.) *Serious & violent juvenile offenders*. Sage, Thousand Oaks, CA., p. 313–345.
- Loeber R, Keenan K (1994) Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions. Effects of age and gender. *Clin Psychol Rev* 14: 502–503.
- McCabe KM, Lansing AE, Garland A, Hough R (2002) Gender Differences in Psychopathology, Functional Impairment, and Familial Risk Factors Among Adjudicated Delinquents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41(7): 860–867.
- McMillen J, Kofoed L (1984) Sociobiology and antisocial personality. *Journal of Nervous and Mental Disease* 172: 701–706.
- Moffitt TE, Avshalom C, Rutter M, Silva PA (2001) *Sex Differences in Antisocial Behaviour: Conduct Disorder, Delinquency, and Violence in the Dunedin Longitudinal Study*. Cambridge University Press.
- Moore TM, Scarpa A, Raine A (2002) A meta-analysis of serotonin metabolite 5-HIAA and antisocial behaviour. *Aggress Behav* 28: 299–316.
- Murphy Y, Murphy R (1974) *Women of the forest*. New York: Columbia University Press.
- Ortiz J, Raine A (2004) Heart rate level and antisocial behavior in children and adolescents: A meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43(2): 154–162.
- Poe-Yamagata E, Butts JA (1996) *Female Offenders in the Juvenile Justice System*. Washington, DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Puzzanchera C, Stahl L, Finnegan TA, Snyder HN, Poole RS, Tierney N (2000) *Juvenile Court Statistics 1997*. Washington, DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Raine R (1993) *Psychopathology of Crime. Criminal Behavior as a Clinical Disorder*. San Diego: Academic Press.
- Renzetti CM, Goodstein L (eds.) (2000) *Women, Crime and Criminal Justice: Original Feminist Readings*. Los Angeles: Roxbury Publishing Co.
- Rutter M, Giller H, Hagell A (1998) *Antisocial Behavior by Young People*. Cambridge University Press.
- Rutter M, Silberg J, O'Conner T (1999) Genetics and Child Psychiatry: II Empirical Research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 40(1): 19–55.
- Shoal GD, Giancola PR, Kirillova GP (2003) Salivary Cortisol, Personality, and Aggressive Behavior in Adolescent Boys: A 5-year Longitudinal Study. *J Am Acad Child Psychiatry* 42(9): 1101–1107.
- Silverthorn PS, Frick PJ (1999) Developmental pathways to antisocial behaviour: the delayed onset in girls. *Dev Psychopathol* 11: 101–126.
- Snyder HN, Sickmund M (1999) *Juvenile Offenders and Victims: 1999 National Report* Washington, DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Statistisches Bundesamt (2002) *Rechtspflege, Pressemitteilungen; Verurteiltenzahlen 2000: Rückgang setzt sich fort*. Statistisches Bundesamt Deutschland, Wiesbaden.
- Tharp VK, Maltzman I, Sydulko K, Ziskind E (1980) Autonomic activity during anticipation of an aversive tone in non-institutionalized sociopaths. *Psychophysiology* 17: 123–128.

### 3 Dissozialität im Jugendalter – Geschlechtsunterschiede delinquenten Verhaltens Jugendlicher

Trivers RL (1971) The evolution of the reciprocal altruism. *Quarterly review of biology* 46: 35–57.

World Health Organisation (1992) Tenth Revision of the International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). Geneva: WHO.

Zoccolillo M (1993) Gender and development of conduct disorder. *Dev Psychopathol* 5: 65–78.

## **4 Behandlung von suizidalen und depressiven Symptomen und Störungen bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter**

Christian Fleischhaker und Eberhard Schulz

In Deutschland ist Tod durch Suizid die zweithäufigste Todesursache im Jugendalter. Als Risikofaktoren für vollendete Suizide werden impulsive Handlungsmuster, Selbstverletzungen, Depressionen, Sozialstörungen sowie frühkindlicher Missbrauch benannt. Die Haupthypothese der vorliegenden Untersuchung ist, dass sich Jugendliche mit suizidalen und depressiven Symptomen und einer sich entwickelnden Borderline-Persönlichkeitsstörung effektiv mit der verhaltenstherapeutisch orientierten Dialektisch-Behavioralen-Therapie (DBT) für Adoleszente behandeln lassen. Die DBT wurde von Linehan zur Behandlung von Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen entwickelt, die entweder chronisch suizidal sind und/oder sich selber verletzen. Gegenüber der Standard-DBT wurde für die Arbeit mit Jugendlichen durch Miller & Rathus eine Reihe von Modifikationen vorgenommen, um die Behandlung der jugendlichen Zielgruppe anzupassen. Durch unsere Arbeitsgruppe wurde die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) für den deutschen Sprachraum überarbeitet und angepasst. Die Wirksamkeit der Therapie wird anhand eines Prä/Post-Vergleiches mit standardisierten Skalen zur Selbst- und Fremdeinschätzung evaluiert. Hierzu verwendeten wir unter anderem die SCL-90-R, CBCL, YSR, ILK und CGI. In der vorliegenden

Arbeit werden die Ergebnisse der DBT-A-Pilotstudie vorgestellt. Insbesondere depressive und suizidale Symptome bilden sich im Rahmen dieser Behandlung rasch zurück. Diese Therapieeffekte sind auch ein Jahr nach Therapieende stabil nachweisbar.

Aufgrund dieser viel versprechenden Ergebnisse befindet sich derzeit eine randomisierte multizentrische Studie in Planung.

## 4.1 Schlüsselwörter

Für die Problemgruppe suizidaler und sich selbstverletzender Jugendlicher mit zusätzlichen Symptomen einer instabilen Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typ wurde seit Mitte der 90er Jahre ein im Erwachsenenbereich gut etabliertes psychotherapeutisches Verfahren adaptiert und evaluiert (Miller 1999). Die dialektische behaviorale Therapie (DBT) (Linehan 1993a,b) wurde von Marsha Linehan für chronisch parasuizidale Frauen entwickelt, bei denen zusätzlich die Diagnose einer Borderlinestörung gestellt worden war. Parasuizidal ist hierbei definiert als jegliches akute, intendierte Verhalten, durch das eine physische Schädigung erfolgt, mit oder ohne der Intention zu sterben. DBT ist derzeit weiterhin das einzige empirisch begründete Therapieverfahren für suizidale Multiproblem-Patienten, dessen Wirksamkeit in 7 randomisierten Untersuchungen von vier verschiedenen Arbeitsgruppen nachgewiesen werden konnte (Lieb et al. 2004, Bohus et al. 2000a, Evans et al. 1999, Miller 1999, Linehan et al. 1991, 1994).

**DBT für Adoleszente (DBT-A)** wurde speziell für suizidale Jugendliche mit Persönlichkeitszügen einer instabilen Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typ entwickelt, so dass DBT-A spezifisch sowohl an der Reduktion von suizidalen und parasuizidalen Verhaltensweisen arbeitet, als auch Strategien beinhaltet, wie die Patienten motiviert im Therapieprogramm gehalten und zur Mitarbeit bewegt werden können.

DBT basiert auf der bio-psycho-sozialen Theorie von Linehan, die davon ausgeht, dass die Symptomatik durch eine pervasive emotionale Dysregulation verursacht wird, mit fehlender Passung zwischen einem Individuum, das aufgrund einer biologischen Verletzbarkeit Schwierigkeiten hat, seine Emotionen zu regulieren, und einer Umwelt, die diese Verletzlichkeit durch Unverständnis intensiviert. Vom theoretischen Konstrukt wird angenommen, dass diese Verhaltensweisen entstehen, wenn ein Kind mit Schwierigkeiten in der Emotionsregulation in einem invalidierenden Umfeld aufwächst. Invalidierend bedeutet in diesem Falle z.B., dass einem Kind chronisch und pervasiv mitgeteilt wird, dass die Verhaltensweisen des Kindes unsinnig, dumm und falsch sind. Die DBT betrachtet parasuizidale Verhaltensweisen daher als im unterschiedlichen Sinne funktional. Parasuizidales Verhalten ist hierbei häufig die einzige Möglichkeit der Patienten ihre Emotionen zu regulieren und Hilfe in einem ansonsten invalidierenden Umfeld zu erhalten. Aus Sicht der

## 4.1 Schlüsselwörter

DBT sind parasuizidale Verhaltensweisen maladaptive Problemlösungen auf für die Patienten überwältigende, extrem intensive, schmerzhaftes Emotionen. In diesem Kontext werden bei Jugendlichen häufig auch depressive Symptome beobachtet.

DBT-A für Jugendliche besteht aus einer Einzeltherapie, regelmäßigen Familiengesprächen, einem Fertigkeitentraining in der Gruppe unter Integration eines nahen Angehörigen, einer Telefonberatung durch den Einzeltherapeuten und einer Supervisionsgruppe. In der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universität Freiburg wurde die amerikanische Version des DBT-A den deutschen Verhältnissen angepasst und übersetzt. Es wurde ein deutsches Therapiemanual erstellt (Böhme et al. 2002) und in der hier vorgestellten Pilotstudie evaluiert (Fleischhaker et al. 2005).

Die DBT für Jugendliche (DBT-A) besteht aus 16 wöchentlichen Einzel- und Gruppentherapiesitzungen (s. Abb. 1).

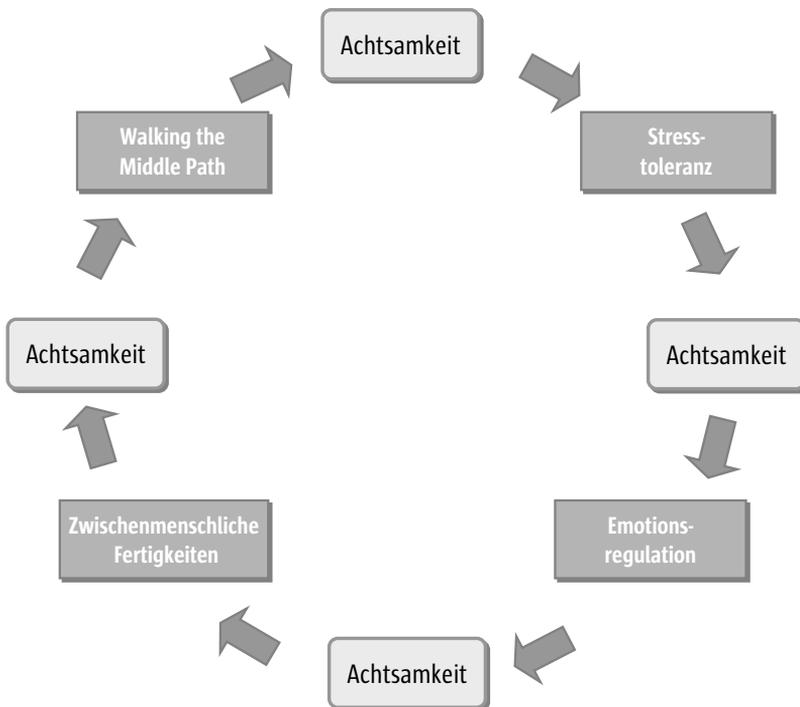


Abb. 1 Die halboffene Familien-Fertigkeiten-Trainingsgruppe gliedert sich in vier dreiwöchige spezifische Module (Stresstoleranz, Emotionsregulation, Zwischenmenschliche Fertigkeiten und Walking the Middle Path) und die einwöchigen Achtsamkeitsmodule, an denen neue Patienten einsteigen können.

Der primäre Behandlungsfokus ist die Reduktion von suizidalen und selbstschädigenden Verhaltensweisen mit einem beständig wechselnden therapeutischen Fokus zwischen den Polen der Akzeptanz und der Veränderung. Der Therapeut oszilliert hierbei quasi zwischen problemorientierten Veränderungsstrategien (z.B. Verhaltensanalyse, Kontingenzmanagement zur Reaktionsverhinderung bzgl. heftiger Gefühle, kognitive Veränderungen von dysfunktionalen Gedanken und von dysfunktionalen Kommunikationsstrategien) und akzeptierenden Strategien (z.B. Validierung des Patienten, direkter Intervention im Umfeld des Patienten).

Jugendliche mit suizidalen, parasuizidalen und depressiven Verhaltensweisen und vielen weiteren Schwierigkeiten benötigen eine effektive und störungsspezifische Behandlung, die dahingehend strukturiert ist, dass die Behandlung stets auf das Problem mit der höchsten Priorität systematisch fokussiert. Dies bedeutet in der Praxis, dass sich der Therapeut an einer dynamisch organisierten Hierarchie pathologischer Verhaltensmuster orientiert (Suizidversuche vor Gefährdung der Therapie vor Probleme der Lebensqualität). Zusammen mit dem Patienten erarbeitet der Therapeut zum jeweils hochrangigsten Problemverhalten Verhaltensanalysen und wählt diejenige Ebene aus (auslösende Faktoren, körperliche Reaktionen, emotionale Ebene, kognitive Ebene oder Ebene der Konsequenzen), die eine Wiederholung des Problemverhaltens am wahrscheinlichsten erscheinen lässt. Die gewählte Ebene zieht die entsprechende Behandlungsstrategie nach sich. Probleme in der Ebene der Anfälligkeitsfaktoren fordern in der Regel eine konkrete Problemlösung oder Verbesserung der zwischenmenschlichen Fertigkeiten. Körperliche Reaktionen lassen sich teilweise mit einer psychopharmakologischen Behandlung oder durch spezifische Fertigkeiten zur Affektmodulation und Stresstoleranz verändern. Die kognitive Ebene mit dysfunktionalen Gedankenschemata bedarf der Techniken der kognitiven Umstrukturierung und die Emotionsebene kann mit Expositionsübungen in Kombination mit einem geschickten Kontingenzmanagement bearbeitet werden. Die Schwierigkeit, die Compliance der Patienten zu erhalten und die Patienten zu Veränderungsprozessen zu motivieren, bedarf spezifischer Therapietechniken, die sowohl auf einer kontinuierlichen Validierung der Patientensichtweisen beruhen, als auch immer aktivierte konträre Schemata berücksichtigen sollte. Diese schwierige Balance von manifesten oder verborgenen Widersprüchen wird von Linehan als dialektische Strategie bezeichnet.

DBT für Jugendliche (DBT-A) bezieht in diese sensible Balance zwischen Akzeptanz bzw. Sinngebung von dysfunktionaler Verhaltensweisen einerseits und der Verdeutlichung der Notwendigkeit einer Veränderung andererseits eine Integration der Familie in das Behandlungskonzept mit ein. Dies geschieht sowohl im Fertigkeitentraining durch die Teilnahme eines Elternteiles, der die Fertigkeiten gleichberechtigt erlernt, als auch durch regelmäßige Integration der Eltern in die Einzeltherapie mit dem Ziel, hierbei jugendtümliche Dilemmata (z.B. Autonomieentwicklung versus Abhängigkeit) im jwei-

ligen familiären Kontext zu fokussieren und dysfunktionale Familieninteraktionen zu bearbeiten. DBT-A kombiniert also Methoden wie Expositionsverfahren, kognitive Umstrukturierung, Problemlösetechniken, Vermittlung von Fertigkeiten und familientherapeutische Aspekte. Gerade das Vermitteln von neuen Fertigkeiten und Fertigkeitenketten beansprucht sehr viel Zeit auch in der Einzeltherapie und kollidiert damit häufig mit anderen therapeutischen Prozessen der Einzeltherapie, so dass eine gute Abstimmung und Prioritätensetzung in der Supervisionsgruppe unabdingbar ist. Aus diesem Grunde und aus zeitökonomischen und motivationalen Aspekten heraus erfolgt das Erlernen von spezifischen Fertigkeiten wie Stressregulation, Emotionsregulation, soziale Kompetenz, Achtsamkeit und „der mittlere Weg“ im Rahmen einer wöchentlich stattfindenden Gruppentherapie. Nach dem erfolgreichen Abschluss des 16-Wochenprogramms erhalten Patienten und Eltern ein Diplom für ihre erfolgreiche Teilnahme am Therapieprogramm. Auch die Einzeltherapie wird mit dem Ende des Gruppentherapieprogramms beendet, und der Jugendliche hat die Möglichkeit an einer Selbsthilfegruppe teilzunehmen, in der die Jugendlichen sich wöchentlich treffen, um darüber zu diskutieren, wie sie die neu erlernten Fertigkeiten effektiv einsetzen können, um ihre aktuellen Schwierigkeiten zu bewältigen. Diese Gruppe hilft den Jugendlichen die erlernten Fertigkeiten kontinuierlich einzusetzen und zu generalisieren und unterstützt die Jugendlichen gleichzeitig sich vom Therapeuten zu lösen. Die Arbeitsgruppe von Miller und Rathus konnte, sowohl in einem Prä/Post-Vergleich, als auch in einer Vergleichsstudie zu einer Standardbehandlung, die Effektivität des Behandlungsprogrammes für Jugendliche nachweisen (Rathus u. Miller 2002; Miller et al. 1997). Die evaluierten Veränderungen entsprechen weitgehend den therapeutischen Effekten der dialektischen behavioralen Therapie im Erwachsenenalter. DBT-A kann hierbei als Beispiel für eine sich entwickelnde, störungsspezifische, multimodale Behandlungsform gelten, die in manualisierter Form sowohl den Bedürfnissen dieser schwierigen Patientengruppe gerecht wird, als auch dem Therapeuten den notwendigen Rückhalt in einem Behandlungsteam liefert. Im Folgenden werden die Ergebnisse einer erst Pilotstudie zur deutschen Version der DBT-A vorgestellt.

## 4.2 Erste Erfahrungen in einer Pilotstudie zur deutschen Version der DBT-A

Die Pilotstudie zur deutschen Version der DBT-A an der Universität Freiburg zeigen ähnliche positive therapeutische Effekte (Fleischhaker et al. 2005), wie sie von Miller et al. berichtet werden (1997). In die vorliegende Therapiestudie konnten alle Patienten eingeschlossen werden, die die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten und die aufgrund der Entfernung zum Wohnort in der Lage waren, die ambulanten Therapietermine wahrzunehmen.

Die Pilotstudie wurde zunächst auf weibliche Patienten beschränkt, um eine größere Homogenität der Stichprobe zu gewährleisten. Aus pragmatischen

und inhaltlichen Gründen wurden folgende Ein- und Ausschlusskriterien definiert:

#### *Einschlusskriterien*

- Alter zu Beginn der Therapie zwischen 13 und 19 Jahren
- Parasuizidale Verhaltensmuster in den letzten 16 Wochen und/oder aktuell bestehende Suizidgedanken
- Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder Erfüllen von mindestens drei DSM-IV-Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung.

#### *Ausschlusskriterien*

- Kognitive Leistungsfähigkeit entsprechend einem Intelligenzquotienten (im CFT-20 oder HAWIK), der kleiner als 70 ist
- Aktuelle psychotische Erkrankung
- Aktuelle schwere depressive Episode oder Manie
- Suchterkrankung oder Essstörung als Erstdiagnose
- Deutliche Schwierigkeiten, zu lesen oder sich verbal auszudrücken

Im Rahmen der Gruppentherapie wurden 9 Patientinnen (75%) von ihren Müttern begleitet. Bei den anderen drei Jugendlichen war es den Eltern aus unterschiedlichen Gründen nicht möglich an der Gruppentherapie teilzunehmen (z.B. Wohnort der Eltern mehr als 200 km entfernt, keine zeitlichen Ressourcen). Die Patientinnen waren bei Beginn der Behandlung im Mittel 16,25 Jahre alt (Standardabweichung: 1,75) mit einer Altersspanne zwischen 13 und 19 Jahren. Die kognitive Leistungsfähigkeit der Jugendlichen war mit einem Mittelwert des IQ von 112 (Standardabweichung: 14,6) und einer Spannweite zwischen 95 und 135 etwas in den oberen Bereich verschoben. Die durchgeführte standardisierte Diagnostik ergab bei jeder der behandelten Patientinnen mindestens eine Achse I Lebenszeit-Diagnose. Im Mittel wurden pro Patientin 2 Diagnosen vergeben (Spannweite: 1 bis 5). Am häufigsten fanden sich Neurotische und Belastungsstörungen (bei 66,7% der Patientinnen), am zweithäufigsten affektive Störungen (50%) gefolgt von Essstörungen (41,7%) und Drogenabusus. Das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen wurde unter Verwendung des SKID-II evaluiert. Außer bei zwei Patientinnen ergab sich im SKID-II bei allen anderen Patientinnen mindestens eine Persönlichkeitsstörung. Bei 10 Patientinnen waren die Kriterien für das Vorliegen einer Borderlinestörung (83,3%) erfüllt und bei 4 von diesen lag zusätzlich eine ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (33,3%) vor.

**Suizidversuche** waren außer bei zwei Patientinnen bei allen in der Vorgeschichte zu eruieren. Bei allen Patientinnen lagen bei Beginn der Therapie Suizidgedanken vor.

**Selbstverletzendes Verhalten**, zumeist im Sinne von sich Schneiden und Ritzen, war bei allen außer einer der behandelten Jugendlichen vorhanden.

Von den 12 Patientinnen, die das DBT-A Therapieprogramm begonnen haben, beendeten 9 Jugendliche (75%) das Therapieprogramm vollständig.

Während und nach Abschluss des Therapieprogramms waren keine Suizidversuche zu verzeichnen. Selbstverletzende Verhaltensweisen reduzierten sich während der Behandlung signifikant. Das Globalniveau der psychosozialen Anpassung, erhoben anhand der GAF, verbesserte sich ebenfalls signifikant von vor Therapiebeginn (im Mittel 54) zu einem Monat nach Therapieende (im Mittel 76,9). Dieser positive Effekt bezogen auf die psychosoziale Anpassung bestätigt sich auch ein Jahr nach Therapieende (im Mittel 78,3).

Die Psychopathologie wurde unter anderem mittels der Symptom-Checkliste SCL-90-R gemessen. In der SCL-90-R gab es signifikante Verbesserungen unter der Therapie in den globalen Kennwerten Global Severity Index (Effektstärke  $d = 1,38$ ;  $p$ -Wert des Wilcoxon-Tests =  $0,008$ ), Positive Symptom Distress Index ( $d = 1,32$ ;  $p = 0,008$ ) und Positive Symptom Total ( $d = 1,01$ ;  $p = 0,025$ ) (s. Abb. 2).

Die selbst berichtete Symptomatik der Jugendlichen reduzierte sich in den Skalen Zwanghaftigkeit ( $d = 1,08$ ;  $p = 0,012$ ), Depressivität ( $d = 1,69$ ;  $p = 0,008$ ), Ängstlichkeit ( $d = 1,49$ ;  $p = 0,012$ ) und Aggressivität/Feindseligkeit ( $d = 0,74$ ;  $p = 0,035$ ). Bei den übrigen Skalen Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus zeigten sich keine signifikanten Verbesserungen. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass insbesondere in den Skalen Somatisierung, Phobische Angst, Paranoides Den-

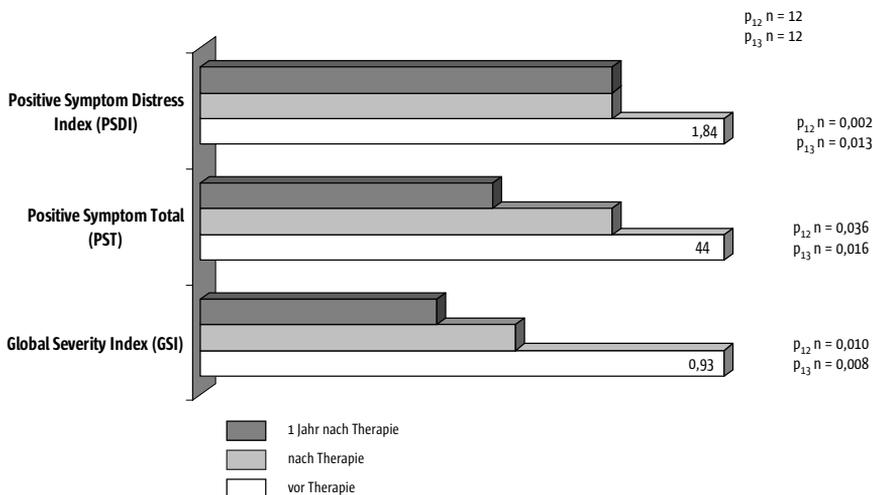


Abb. 2 Die Symptom-Checkliste SCL-90-R zeigt sowohl nach Therapie als auch bei der Katamnese ein Jahr nach Therapieende eine signifikante Verbesserung der Symptomatik.

ken und Psychotizismus bei Therapiebeginn keine ausgeprägte Symptombelastung bestand.

In den genannten Subskalen bleibt die signifikante Verbesserung der Symptomatik auch bei der Nachuntersuchung ein Jahr nach Therapieende stabil bestehen. Insbesondere gilt dies auch für die depressive Symptomatik. Bei der Nachuntersuchung berichteten die Patientinnen, dass sie insbesondere von den Achtsamkeitsübungen und den Strategien zur Emotionsregulation profitiert hätten. Durch die konsequente Anwendung dieser Fertigkeiten sei es ihnen insbesondere gelungen depressive Symptome besser zu regulieren.

### 4.3 Diskussion

In der vorliegenden Untersuchung konnte gezeigt werden, dass die Dialektische Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A), auch in der durch die Arbeitsgruppe auf deutsche Verhältnisse angepassten Version, praktikabel durchgeführt werden kann. 75% der Patienten schlossen die Therapie ab und können somit während der gesamten Behandlungszeit in der Therapie gehalten werden. Dies entspricht den positiven Erfahrungen bezogen auf die Abbruchquoten aus der Behandlung von Erwachsenen mit DBT und zeigt die Überlegenheit der DBT diesbezüglich im Vergleich zur Standardbehandlung mit Abbruchquoten von über 50%.

Die in dieser Arbeit gezeigte Reduktion der in der DBT-A definierten Zielsymptomatik (suizidale Verhaltensweisen, und selbstverletzendes Verhalten) und die gleichzeitige Verbesserung der Psychopathologie (einschließlich der depressiven Symptomatik) und des Globalniveaus der psychosozialen Anpassung sind sehr erfolgversprechend und bestätigen die vorliegenden Untersuchungen zur Wirksamkeit der DBT bei Erwachsenen und Jugendlichen (Linehan et al. 1991, 1994; Miller u. Glinski 2000).

Die DBT-A kann hierbei als Beispiel für eine sich entwickelnde, störungsspezifische, multimodale Behandlungsform gelten, die in manualisierter Form sowohl den Bedürfnissen dieser schwierigen Patientengruppe gerecht wird, als auch dem Therapeuten den notwendigen Rückhalt in einem Behandlungsteam liefert.

### Literatur

- Böhme R, Fleischhaker C, Mayer-Bruns F, Schulz E (2002) Dialektisch-Behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A) – Therapiemanual. Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Universität Freiburg.
- Bohus M, Haaf B, Stiglmayr C, Pohl U, Böhme R, Linehan M (2000a) Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder – a prospective study. *Beh. Res. Ther.* 38: 875–87.
- Bohus M, Limberger M, Ebner U, Glocker FX, Schwarz B, Wernz M, Lieb K (2000b) Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry Res.* 95: 251–60.

- Delmo C, Weiffenbach O, Gabriel M, Stadler C, Pouska F (2000) Diagnostisches Interview. Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (5. Auflage der deutschen Forschungsversion). Frankfurt: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universität Frankfurt.
- Döpfner M, Plück J, Bölte S, Lenz K, Melchers P, Heim K (1998a) Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18), Einführung und Anleitung zur Handauswertung, 2. Auflage. Köln: Arbeitsgruppe Kinder, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Döpfner M, Plück J, Bölte S, Lenz K, Melchers P, Heim K (1998b) Fragebogen für Jugendliche. Deutsche Bearbeitung des Youth Self-Report der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18), Einführung und Anleitung zur Handauswertung, 2. Auflage. Köln: Arbeitsgruppe Kinder, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Evans K, Tyrer P, Catalan J, Schmidt U, Davidson K, Dent J, Tata P, Thornton S, Barber J, Thompson S (1999) Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychol. Med.* 29: 19–25.
- Fleischhaker C, Böhme R, Sixt B, Schulz E (2005) Suizidalität, Parasuizidalität und selbstverletzende Verhaltensweisen von Patientinnen mit Symptomen einer Borderlinestörung – Erste Daten einer Pilotstudie zur Dialektisch-Behavioralen Therapie für Adolescente (DBT-A). *Kindheit & Entwicklung* 14: 112–127.
- Franke GH (1995) Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version – Manual. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Lieb K, Linehan M, Zanarini M, Bohus M (2004) Borderline Personality Disorder. *Lancet* (in press).
- Linehan MM (1987) THL. Treatment History Interview. Seattle: University of Washington.
- Linehan MM (1993a) Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Press, New York.
- Linehan MM (1993b) Skills training manual for treating borderline personality disorder. Guilford Press, New York.
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL (1991) Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archive of General Psychiatry* 48: 1060–1064.
- Linehan MM, Comtois K (1994) LPC. Lifetime Parasuicide Count. Seattle: University of Washington.
- Linehan MM, Tutek DA, Heard HL, Armstrong HE (1994) Interpersonal Outcome of Cognitive Behavioral Treatment for Chronically Suicidal Borderline Patients. *American Journal of Psychiatry* 151: 1771–1776.
- Mattejat F, Jungmann J, Meusers M, Moik C, Schaff C, Schmidt M-H, Scholz M, Remschmidt H (1998) Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK), Manuskript. Marburg: Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Phillips-Universität Marburg.
- Miller AL (1999) Dialectical Behavior Therapy: A New Treatment Approach for Suicidal Adolescents. *Am. J. of Psychotherapy* 53: 413–417.
- Miller AL, Glinski J (2000) Youth Suicidal Behavior: Assessment and Intervention. *Journal of Clinical Psychology* 56: 1131–1152.
- Miller AL, Rathus JH, Linehan MM (1997) Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *J. Pract. Psy. and Behav. Health* 3: 78–86.
- National Institute of Mental Health (1976) CGI. Clinical Global Impressions. In: Guy W, Bonato RR (Eds.) *Manual for the EDCEU Assesment Battery*, 2<sup>nd</sup> Rev. Ed. Maryland: Chevy Chase.
- Rathus JH, Miller AL (2002) Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 32: 146–157.
- Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M, Houben I (2003) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen Textrevision DSM IV-TR. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag.



## **5 Chancen und Grenzen in der Arbeit mit Inhaftierten des Jugendstrafvollzugs – Forensische Projektarbeit in der Jugendanstalt Schleswig/Teilanstalt Neumünster**

Denis Köhler, Silvia Müller und Günter Hinrichs

### **5.1 Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Zentrums für Integrative Psychiatrie Kiel (ZIP gGmbH)**

Das Einzugsgebiet der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Direktorin: Prof. Dr. Dr. Lioba Baving) umfasst den Großraum Kiel mit ca. 300.000 Einwohnern (Vollversorgung), bei bestimmten Fragestellungen gilt die Zuständigkeit für das gesamte Bundesland Schleswig-Holstein, welches im nördlichsten Teil Deutschlands liegt. Der stationäre Bereich besteht aus zwei Jugendlichen- und zwei Kinderstationen, wobei auch unter geschützten (geschlossenen) Bedingungen gearbeitet werden kann. Das Behandlungsangebot erstreckt sich auf alle kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbilder, auch akute psychotische (bei Selbst- und/oder Fremdgefährdung) Störungen können behandelt werden. Für geistig behinderte Patienten besteht allerdings kein spezifisches Behandlungsangebot, und bei Bedarf wird in diesen Fällen mit spezialisierten Einrichtungen kooperiert. In der Institutsambulanz werden

v.a. diagnostische Fragestellungen (z.B. ADHS) bearbeitet und ggf. psychotherapeutische Interventionen eingeleitet. Es besteht auch die Möglichkeit für Eltern von Kindern mit einer ADHS, an einem Trainingsprogramm teilzunehmen. Zusätzlich gibt es eine mit zwölf Behandlungsplätzen ausgestattete Tagesklinik für primär verhaltensgestörte Kinder im Altersbereich von sieben bis elf Jahren (ADHS und Störung des Sozialverhaltens). Neben dieser Versorgungsarbeit ist die Klinik durch die Zugehörigkeit zur Christian-Albrechts-Universität zu Kiel in der Forschung und Lehre tätig, vorwiegend im forensischen und neuropsychologisch-psychiatrischen Bereich.

## 5.2 Die Jugendanstalt Schleswig/Teilanstalt Neumünster

In der Jugendanstalt Schleswig sind Häftlinge mit eher kurzen Haftstrafen (mehrheitlich bis zu zwei Jahren) in einem Wohngruppenvollzug untergebracht (s. Box). Diese Anstalt verfügt über 73 Haftplätze im geschlossenen und über zehn im offenen Bereich. In der 80km entfernten Teilanstalt Neumünster befindet sich die zentrale Aufnahme-Einrichtung für alle jugendlichen und heranwachsenden Straftäter des Landes Schleswig-Holstein. Dort sind ungefähr 105 Häftlinge im geschlossenen Vollzug untergebracht. Je nach Belegungsstand kann die Zahl von Inhaftierten jedoch unter oder über der offiziellen Anzahl von Haftplätzen liegen. Der Ausländeranteil liegt in beiden Anstalten zwischen 30–40%. Das Durchschnittsalter der Inhaftierten beträgt ca. 19 Jahre bei einer Altersspanne von 14–25 Jahren. Die jugendlichen Straftäter verweilen durchschnittlich zwölf Monate im Jugendvollzug.

### **Jugendanstalt Schleswig**

- eher kurze Haftstrafen
- Wohngruppenvollzug

### **Teilanstalt Neumünster**

- Zentrale Aufnahme-Einrichtung für alle Jugendlichen in Schleswig-Holstein
- eher lange Haftstrafen

### **Gesamtüberblick**

Haftplätze Schleswig: 73 Neumünster: 105

Offen: 10

Ausländeranteil: ca. 30–40%

Alter: ca. 19

Verweildauer: ca. 12 Monate

Jugendliche: 14–18 Jahre

Heranwachsende: 18–21 Jahre

Altersspanne: ab 14 Jahre bis ca. 25 Jahre

Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass in der Bundesrepublik Deutschland 14–18-Jährige als Jugendliche und 18–21-Jährige als Heranwachsende bezeichnet werden. Bei letzterer Gruppe, den Heranwachsenden, kann bei festgestellten Reifedefiziten eine Verurteilung nach dem Jugendgerichtsgesetz (§ 105 JGG) erfolgen.

### 5.3 Entwicklung der forensischen Projektarbeit

Seit 1989 besteht die bundesweit einmalige Zusammenarbeit zwischen der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Zentrums für Integrative Psychiatrie (ZIP gGmbH) Kiel und der Jugendanstalt Schleswig/Teilanstalt Neumünster (s. Box). Ausgangspunkt dafür waren einerseits die Erfahrungen der damaligen Universitätsklinik in der gutachterlichen Tätigkeit sowie vereinzelter Kontakte zu ehemals begutachteten Straftätern. Darüber hinaus fanden in Einzelfällen ambulante und stationäre Behandlungen statt (Schütze u. Hotamanidis 1989). Ein Anliegen seitens der Jugendanstalt war, eine angemessene Form der Betreuung für Inhaftierte mit aggressiven Straftaten und/oder Sexualdelikten zu finden, die der herkömmliche Jugendvollzug bisher nicht ermöglichte. Zielvorstellungen waren dabei eine intensive Auseinandersetzung mit der Tat und die Bearbeitung spezifischer Störungsanteile bei eventuell vorliegenden psychischen Störungen.

#### **Geschichte, Entwicklung der Zusammenarbeit und Einflüsse des Projektes**

- Exemplarische Behandlung nach Begutachtung
- intensivere Zusammenarbeit Kiju Kiel und JA Neumünster
- 1989 Beginn des Drittmittelprojekts, finanziert durch das Justizministerium des Landes Schleswig-Holstein

#### **Aus der Zusammenarbeit entstanden u.a.:**

- Sankelmarker Thesen zur Forensischen Psychotherapie (Beier u. Hinrichs 1995)
- Lehrbuch Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters (Lempp et al. 1999)
- Täterverhalten und Persönlichkeit (Müller et al. 2005)

In den mittlerweile 18 Jahren der Kooperation zwischen den Institutionen hat sich eine sehr konstruktive Zusammenarbeit entwickelt. Über das rein psychotherapeutische Angebot hinaus entstanden im Verlauf zusätzliche Tätigkeitsfelder, die nachfolgend inhaltlich präzisiert werden (s. Box).

Die Klinik hat das psychotherapeutische Angebot auf die spezielle Klientel (tat- und störungsspezifisch) und die Bedürfnisse des Vollzugs abgestimmt (vgl. Hinrichs et al. 2004; Müller et al. 2007). Durch die wissenschaftliche Be-

gleitforschung wird eine Qualitätssicherung der therapeutischen Arbeit erreicht, die beiden Institutionen einen aktuellen Wissensstand verschafft (vgl. Köhler 2004; Köhler et al. 2007).

#### **Die therapeutischen Angebote**

- Einzelpsychotherapie
- Tataufarbeitung
- Vollzugsplankonferenzen (JA Schleswig)
- Erster Montag im Monat Konferenz (EMOMO; Teilanstalt Neumünster)
- Gespräche mit Bezugsbediensteten und Abteilungsleitern
- Krisenintervention (bei Selbst- oder Fremdgefährdung)
- Beratung des Anstaltsarztes/ärztin bei medikamentöser Behandlung von kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildern (Konsiliartätigkeit)

#### **Schwerpunkt:**

Einzelpsychotherapie, ca. 30 Patienten/Klienten, einmal wöchentlich

### **5.3.1 Psychotherapeutische Konzepte**

Die Mitarbeiter des Projektes sind keiner spezifischen psychotherapeutischen Schule verpflichtet und weisen dementsprechend unterschiedliche therapeutische Ausbildungen auf. Das Behandlungskonzept orientiert sich pragmatisch am größtmöglichen Nutzen im Einzelfall (multimodal und eklektisch; s. Box). Zum Einsatz kommen primär verhaltenstherapeutische, psychodynamische und systemische Interventionen, wobei die Basis des therapeutischen Vorgehens das große Spektrum spezialisierter deliktorientierter Arbeitsweisen und rückfallpräventiven Ansätze bildet, z. B. das Sex-Offender-Treatment-Programm (Berner u. Becker 2001) oder Anti-Aggressivitäts-Trainings (u. a. Weidner 1990). Insgesamt ist das psychotherapeutische Konzept am Grundsatz orientiert, dass Tätertherapie primär dem Opferschutz dient (vgl. auch Müller et al. 2007).

#### **Psychotherapeutisches Konzept**

- nach Probekontakten erfolgt eine Therapie
- Mitarbeiter des Projektes weisen unterschiedliche therapeutische Ausbildungen auf
- Behandlungskonzept: multimodal, eklektisch und am Einzelfall orientiert
- überwiegend kognitiv-verhaltenstherapeutische, psychodynamische und systemische Interventionen
- Basis bilden spezielle deliktorientierte Arbeitsweisen/Konzepte rückfallpräventiver Therapien (z. B. Sex Offender Treatment Programm, Anti-Aggressivitäts-Training)

## Einzelpsychotherapie

Von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in den beiden Anstalten werden ca. 30 Klienten/Patienten regelmäßig einzelpsychotherapeutisch versorgt. Vorwiegend handelt es sich hierbei um Sexual- und Gewaltstraftäter. Allerdings bestehen auch Therapieplätze für Insassen mit anderen Delikten.

Nachdem die Inhaftierten einen schriftlichen Antrag auf psychologische Gespräche gestellt haben, wird zunächst in einem orientierenden Vorgespräch die Indikation und Dringlichkeit einer therapeutischen Maßnahme festgestellt. Weiter erhalten die Antragsteller Informationen über die Rahmenbedingungen (z.B. Schweigepflicht, Ablauf und Inhalte der Gespräche). Anhand dieser ersten klinischen Einschätzung werden die Klienten/Patienten entweder auf eine Warteliste gesetzt oder sofort behandelt. Anschließend erfolgt die sogenannte „probatorische Phase“ oder „Kennenlernphase“ genannt, welche meist fünf Sitzungen umfasst. In dieser Zeit werden die Anliegen, Beschwerden, Probleme, das Delikt und die Therapieziele des Häftlings systematisch erfasst. Zusätzlich findet neben einer standardisierten psychodiagnostischen Untersuchung (Intelligenz, Persönlichkeitseigenschaften, psychische Störungen) auch ein Screening der Therapiemotivation statt. Dafür werden sowohl semi-strukturierte klinische Interviews (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV; Wittchen et al. 1997; Psychopathy Checklist, Hare 2003) als auch Selbstbeurteilungsverfahren verwendet (z.B. Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen, NEO-Fünf-Faktoren Inventar). In Abbildung 3 ist dieser diagnostische Ablauf dargestellt. Sollte nach dieser Phase eine anschließende psychotherapeutische Behandlung indiziert sein, wird diese ggf. einzelfallorientiert evaluiert (Hinrichs et al. 2004).

Die inhaltlichen Schwerpunkte der Behandlung sind in der Box unten kurz dargestellt. Neben einer Auseinandersetzung mit der Tat werden v.a. Aspekte des Empathietrainings und der Ärger/Aggressionskontrolle bearbeitet sowie die sozialen Kompetenzen gestärkt. Des Weiteren werden auch störungsspezifische Interventionen zur Linderung psychiatrischer Symptome durchgeführt. Eine ausführliche Darstellung des Therapiekonzeptes der Arbeitsgruppe haben Müller et al. (2007) im Forum Strafvollzug veröffentlicht.

### Schwerpunkte der forensischen Psychotherapie:

- Tatverarbeitung
- soziale Kompetenztrainings/soziale Bewältigungstechniken
- Entspannungsverfahren (z.B. Autogenes Training)
- Empathietraining, Ärgerkontrolle
- störungsspezifische Therapie (Linderung psychiatrischer Symptome)
- kognitive Umstrukturierung (Persönlichkeitsakzentuierungen/Störungen)

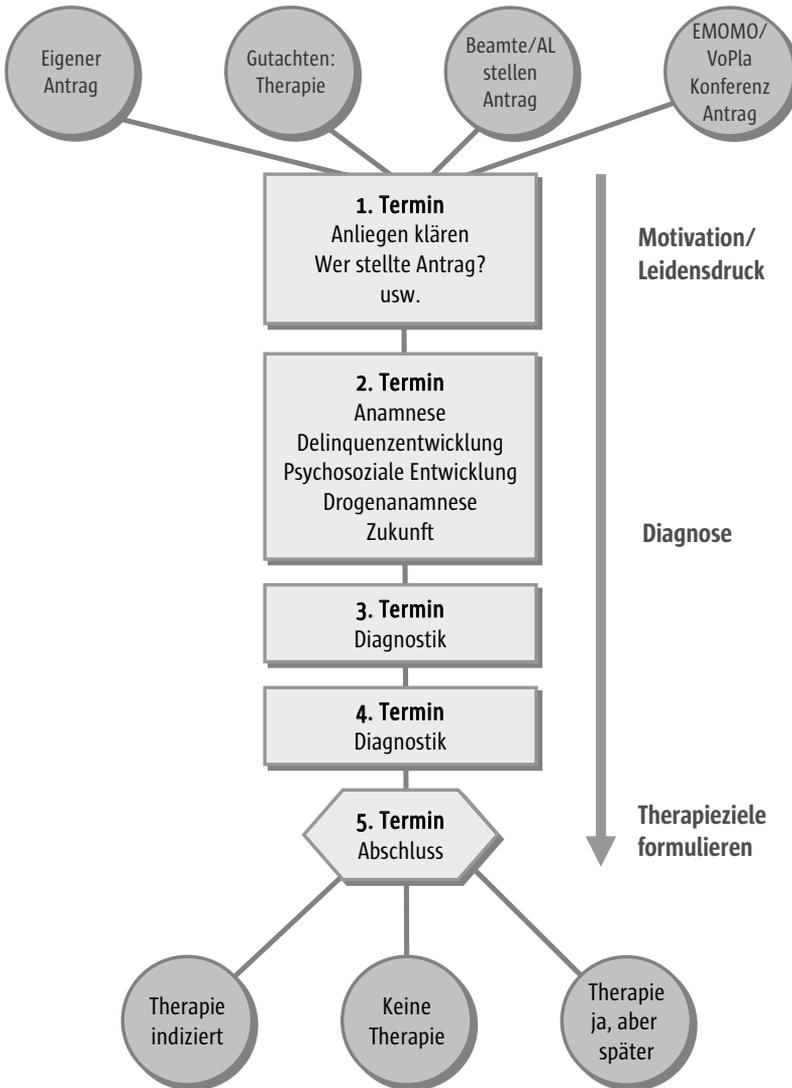


Abb. 3 Intramurale Psychotherapie mit jugendlichen Inhaftierten in der JA Münster

### Gruppenpsychotherapie

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt wird kein psychotherapeutisches Gruppenprogramm angeboten. Es besteht für die jugendlichen und heranwachsenden Gefangenen aber die Möglichkeit, an einem Anti-Aggressionstraining (AAT) teilzunehmen. Dieses wird jedoch von einer anderen sozialen Einrichtung durchgeführt. Zwischen den Behandelnden der verschiedenen Institutionen

besteht allerdings ein regelmäßiger fachlicher Austausch, so dass die einzelnen Therapieangebote sinnvoll auf einander abgestimmt werden.

### **5.3.2 Krisenintervention**

Durch Haft, existentielle Notlagen oder deliktspezifische Erschütterungen verursachte suizidale Krisen werden nach Bedarf mit den in Frage kommenden Inhaftierten bearbeitet. Dies geschieht in Absprache mit der Abteilungsleitung, den Vollzugsbediensteten und dem Anstaltsarzt/der Anstaltsärztin.

### **5.3.3 Aspekte der Schweigepflicht**

Der Informationsaustausch zwischen den Mitarbeitern des Projektes und den im Vollzug Beschäftigten erfolgt lediglich unter ausdrücklicher Entbindung von der Schweigepflicht. Bei jeder Kontaktaufnahme wird dieses Problemfeld mit den Gefangenen bzw. Klienten ausführlich erörtert. Die Sensibilität gestaltet sich recht unterschiedlich, unter anderem in Abhängigkeit von Alter und Persönlichkeit. Stellungnahmen zu anstehenden Vollzugslockerungen oder der vorzeitigen Entlassung werden in der Regel nicht abgegeben, sondern einem forensischen Gutachter überlassen. Dem Vollzug werden lediglich das therapeutische Vorgehen, Status der Behandlung (Erstkontakt, Probephase oder Behandlung) und die Anzahl der stattgefundenen Kontakte mitgeteilt.

### **5.3.4 Medikamentöse Behandlung**

Die ärztlichen Mitarbeiter der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Kiel stehen der Anstaltsärztin bzw. dem Anstaltsarzt bei Bedarf konsiliarisch und beratend zur Seite, wenn die Behandlung von kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen erforderlich ist.

### **5.3.5 Gesprächskontakte mit Angehörigen der Inhaftierten**

Um eine stabile und langfristige Änderung über die Haftentlassung hinaus zu ermöglichen, sind Gespräche mit Familien und anderen wichtigen Bezugspersonen oft unverzichtbar. Diese werden in Absprache und teilweise auch in Anwesenheit der Jugendlichen oder Heranwachsenden geführt. Allerdings gestaltet sich die Einbeziehung von Bezugspersonen durch die intramuralen Rahmenbedingungen (z.B. Sicherheitsaspekte) und die oft sehr problematischen Familienverhältnisse der Inhaftierten als organisatorisch sehr aufwendig und meist wenig tragfähig.

### 5.3.6 Ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung

In Einzelfällen (durchschnittlich zweimal pro Jahr) werden Gefangene nach ihrer Entlassung in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Kiel ambulant psychotherapeutisch weiter behandelt. Die Grundlage für ein derartiges Angebot stellt zumeist eine Bewährungsaufgabe bei einer vorzeitigen Entlassung dar und beinhaltet daher eine enge Kooperation mit der Bewährungshilfe und dem zuständigen Gericht.

### 5.3.7 Schwierigkeiten und Grenzen intramuraler forensischer Psychotherapie

Jugendliche und heranwachsende Straftäter sind deutlich psychisch belastet und weisen eine hohe Prävalenz von psychischen Störungen auf. Zusätzlich liegen bei ihnen häufig Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit vor (Köhler 2004; Köhler et al. 2007). Deshalb erscheinen therapeutische Interventionen bei dieser Klientel nicht nur aus legalprognostischen Gründen, sondern auch aus psychologisch-psychiatrischer Sicht dringend notwendig. Jedoch weist der Kontext Strafvollzug einige Schwierigkeiten und manchmal sogar Grenzen für die intramurale Psychotherapie auf, die im Folgenden exemplarisch diskutiert werden (vgl. auch Box unten).

#### **Schwierigkeiten und Grenzen**

- institutionelle Rahmenbedingungen (justizieller Kontext)
- teilweise defizitäre pädagogische Weiterbildung der Vollzugsbediensteten
- subkulturelle Einflüsse (Gewaltanwendung als adäquates Mittel)
- delinquente Peergroup/fehlende prosoziale Modelle
- Zuordnung der Klienten nach Delikt, weniger nach psychischer Störung
- Therapiemotivation (extrinsisch vs. intrinsisch)
- Zielsetzungen der Therapie (Legalverhalten als einziges Kriterium?)
- Modalitäten der Schweige/Offenbarungsverpflichtung
- Spannungsfeld Öffentlichkeit, therapeutische Dyade und Vollzug

**Psychotherapie bleibt letztendlich von konsiliarischem Charakter (einmal wöchentlich).**

Eine Jugendanstalt gilt als totalitäre Institution mit wenigen Freiheitsgraden für die Inhaftierten sowie einer negativ geprägten Subkultur und beschränkt dadurch die Möglichkeiten einer prosozialen Verhaltensmodifikation. Die Zusammenarbeit mit dem Allgemeinen Vollzugsdienst, der den intensivsten sozialen Kontakt mit den Insassen pflegt, ist unverzichtbarer Bestandteil der Projektarbeit, aber in Einzelfällen durchaus problematisch. Häufig mangelt es an pädagogischen Fort-/Weiterbildungen für die Vollzugsbediensteten, die einerseits Sicherheitsaufgaben zu bewältigen haben, an-

dererseits jedoch auch den pädagogischen Anforderungen eines Behandlungsvollzuges gerecht werden sollen. Darüber hinaus bildet sich bei den Inhaftierten eine Subkultur heraus, die Gewalt als adäquates Mittel legitimiert. Delinquente Peergroups und das damit einhergehende Fehlen prosozialer Modelle führen insgesamt zu einem eher geringen psychotherapeutischen Klima.

Aus dem psychotherapeutischen Blickwinkel erscheint die Einhaltung der Schweigepflicht als schwierig, v. a. falls sich während der Gespräche delikt- oder störungsspezifische Sachverhalte ergeben, die eventuell auf ein erhöhtes Rückfallrisiko oder eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung hinweisen. Im Einzelfall werden solche Vorkommnisse im Rahmen der regelmäßigen Projektbesprechungen diskutiert und hinsichtlich des weiteren Vorgehens koordiniert.

Die Klienten werden vom Vollzug – meist im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung – primär nach Art des Deliktes (z.B. Gewaltstraftat, Sexualdelikt, Eigentumsdelikt) und nicht entsprechend ihrer psychischen Problematik für therapeutische Maßnahmen vorgeschlagen. Dieses Vorgehen widerspricht dem traditionellen psychotherapeutischen Verfahren, welches sich bei einer Therapieindikation eher an den zugrunde liegende psychischen Störungen orientiert. Nicht selten erscheinen die Insassen auch wenig intrinsisch motiviert und erhoffen sich aus der Teilnahme an einer Psychotherapie Vorteile im Vollzug. Eine Fehlzuordnung von Patienten/Klienten ist daher in Einzelfällen nicht auszuschließen.

Ein weiterer schwieriger Aspekt ist die Festlegung des Kriteriums für eine erfolgreiche therapeutische Intervention. Die Linderung psychiatrischer Symptome und des Leidensdrucks der Klienten scheint für die forensische Psychotherapie alleine nicht zu gelten. Vielmehr orientiert man sich hauptsächlich an der Rückfallrate als Validitätskriterium. Dies wird jedoch offensichtlich durch viele Einflussfaktoren moderiert (z.B. psychosoziale Lebensbedingungen bei einer Haftentlassung) und liegt damit oftmals außerhalb des Einflusses intramuraler psychotherapeutischer Möglichkeiten.

Bei all diesen aufgezeigten Schwierigkeiten und Grenzen muss jedoch abschließend die gute und konstruktive Zusammenarbeit zwischen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Kiel und der Jugendanstalt Schleswig/Teilanstalt Neumünster betont werden. Neben den genannten Problemen überwiegen die positiven Aspekte des Projekts deutlich. In den letzten Jahren hat die Zusammenarbeit zwischen der Klinik und der Jugendanstalt den Charakter eines Projekts nahezu verloren und sich quasi zu einer „Dauereinrichtung“ entwickelt. Als zusätzliche Erschwernis fehlt allerdings bislang eine längerfristige Finanzierung der Projektstellen, so dass jedes Jahr die Projektgelder erneut bewilligt werden müssen.

### **5.3.8 Weitere Kooperationen zwischen den beiden Institutionen**

#### **Gesprächskontakte mit Vollzugsmitarbeitern/innen**

Zur Kontrolle und Validierung der therapeutischen Arbeit sowie der Begleitung des Vollzugsverlaufs führen die Projektmitarbeiter Gespräche mit den Vollzugsbediensteten, insbesondere mit der Abteilungsleitung. Dies findet in Absprache mit dem Klienten/Patienten unter Wahrung der Schweigepflicht statt.

#### **Erste Montag im Monat-Konferenz (EMOMO)**

Jeden ersten Montag im Monat (EMOMO) findet in der Teilanstalt Neumünster eine Konferenz statt, an der die Anstaltsleitung, die Abteilungsleiterinnen, die Bezugsbeamten und die Mitarbeiter der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie teilnehmen. In diesem Rahmen werden „problematische“ Häftlinge besprochen und deren Entwicklung(smöglichkeiten) bzw. Vollzugsplanung diskutiert. Das Anliegen der im Vollzug Tätigen war es, konkrete Hinweise für den Umgang mit diesen Häftlingen aus (psycho)therapeutischer Sicht zu bekommen, um so psychologische Aspekte bei der weiteren Vollzugsplanung berücksichtigen zu können. Für die Forensische Psychotherapie hat sich diese Konferenz ebenfalls als sehr hilfreich erwiesen, da den Projektmitarbeitern die alltäglichen Verhaltensweisen der Klienten/Patienten rückgemeldet werden, die außerhalb des psychotherapeutischen Settings liegen. Es werden nur Häftlinge besprochen, die sich vorher damit einverstanden erklären und die Projektmitarbeiter begrenzt von der Schweigepflicht entbinden. Konkrete Inhalte der psychotherapeutischen Gespräche aus dem explizit persönlichen Bereich werden allerdings nicht offenbart.

#### **Vollzugsplanungs-Konferenz (VoPla)**

Ähnlich der zuvor beschriebenen EMOMO findet auch in der Jugendanstalt Schleswig in einem etwa dreiwöchigen Rhythmus eine Besprechung über einzelne Inhaftierte statt. Gemeinsam reflektieren Anstaltsleitung, Abteilungsleitung und Mitarbeitern der hier vorgestellten forensischen Projektarbeit die Entwicklung der Inhaftierten im Vollzug und entwerfen pädagogische Ziele. Die relevanten Inhalte aus der Einzeltherapie werden dabei zuvor mit den Klienten/Patienten besprochen.

#### **Supervision der eigenen Projektmitarbeiter**

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Projektes haben zwischenzeitlich an einer forensischen Fallsupervision teil genommen. Einmal wöchentlich findet für alle Mitarbeiter der Klinik eine Therapiebesprechung (Balint-Gruppe) statt. Diese Supervisionsangebote dienen einerseits der psychotherapeutischen Qualitätssicherung und andererseits der Weiterbildung.

### **Fortbildungsveranstaltungen und Vorträge für die interne Weiterbildung des Vollzuges und der Vollzugsbediensteten**

In regelmäßigen Abständen bieten die Mitarbeiter des Projekts „Forensische Psychotherapie“ in Zusammenarbeit mit den beiden Anstalten zu den verschiedensten Themen Workshops, Seminare und Vorträge an. Es werden u. a. folgende Themen behandelt:

- Förderung im Vollzug von minderbegabten Gefangenen im Jugendstrafvollzug
- Umgang mit Sexualstraftätern im Jugendvollzug
- Einführung in den Beobachtungsbogen für Häftlinge
- Psychotherapie im Strafvollzug: zur Schnittstelle von Pädagogik und Psychotherapie
- Forschungsergebnisse zur psychischen Befindlichkeit und der Prävalenz psychischer Störungen bei jugendlichen und heranwachsenden Häftlingen
- Umgang mit „auffälligen“ Inhaftierten

## **5.4 Wissenschaftliche Begleitforschung**

Von den Projektmitarbeitern werden in Kooperation u. a. mit der Universität Hamburg und Kiel verschiedene Forschungsprojekte durchgeführt (z. B. Tatverarbeitung, standardisierte psychologische Eingangsdiagnostik). In den letzten Jahren wurden zahlreiche wissenschaftliche Beiträge zu unterschiedlichen Themen veröffentlicht: Psychotherapie im Strafvollzug, die Prävalenz psychischer Störungen bei Inhaftierten des Jugendvollzuges, die psychische Befindlichkeit und die Behandlungsvoraussetzungen im Sinne der Therapiemotivation, Täterverhalten und Persönlichkeit, Risiko- und Schutzfaktoren (Beier u. Hinrichs 1995; Köhler 2004; Müller et al. 2005; Köhler et al. 2007; Köhler et al. in Druck). Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung werden regelmäßig auf Kongressen, Kolloquien etc. präsentiert und veröffentlicht. Bei Interesse können diese beim Verfasser angefordert werden.

## **5.5 Schlussfolgerungen**

Forensische Psychotherapie bewegt sich inhaltlich im Spannungsfeld zwischen der Bearbeitung von störungsspezifischen, tatbezogenen und legalprognostischen Aspekten. Der beschriebene therapeutische Ansatz soll den folgenden drei Bereichen bzw. Aspekten gerecht werden:

- Erstens besteht eine Indikation für eine forensisch-psychotherapeutische Tätigkeit aufgrund der hohen Prävalenz psychischer Auffälligkeiten (störungsspezifische Aspekte). Entsprechend gängiger multikausaler (bio-psycho-sozialer) Kriminalitätsmodelle sind aber zudem andere

Variablen, wie z.B. die spezielle Lebenssituation oder situative Einflüsse, zu berücksichtigen (vgl. Köhler 2004), so dass ein entwicklungsbezogener und ressourcenorientierter Ansatz unabdingbar ist.

- Zum zweiten sind spezifisch forensische Therapieinhalte (u.a. Auseinandersetzung mit der Straftat, Verbesserung der Legalprognose) unter der Zielsetzung einer Tatverarbeitung im Verlauf der intramuralen Behandlung maßgeblich. Das Besondere der dargestellten Projektarbeit liegt sicherlich darin, die Behandlung in Abstimmung mit dem Vollzug weitestgehend adaptiv zu gestalten,
- so dass drittens dem kommunikativen Austausch mit der Anstalts/Abteilungsleitung ein hoher Stellenwert beizumessen ist.

## Literatur

- Beier KM, Hinrichs G (1995) Psychotherapie mit Straffälligen. Standorte und Thesen zum Verhältnis Patient-Therapeut-Justiz. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Berner W, Becker KH (2001) „Sex Offender Treatment Programme“ (SOTP) in der Sozialtherapeutischen Abteilung Hamburg-Nesselstraße. In: Rehn G, Wischka B, Lösel F, Walter M (Hrsg.) Behandlung „gefährlicher Straftäter“. Herbolzheim: Centaurus Verlag.
- Hare RD (2003) Manual for the Revised Psychopathy Checklist (2<sup>nd</sup> ed.). Toronto, ON, Canada: Multi-Health Systems.
- Hinrichs G, Behnisch A, Krull K, Reimers S (2000) Therapiemotivation junger Strafgefangener. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 28: 255–262.
- Hinrichs G, Köhler D, Repp N (2004) Psychotherapie mit jugendlichen Tötungsdelinquenten. Psychotherapie im Dialog 2: 144–149.
- Köhler D (2004) Psychische Störungen bei jungen Straftätern. Eine Untersuchung zur Prävalenz und Struktur psychischer Störungen bei neu inhaftierten Jugendlichen und Heranwachsenden in der Jugendanstalt Schleswig. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Köhler D, Hinrichs G, Baving L (in Druck) Therapiemotivation, Psychische Belastung und Persönlichkeit bei Inhaftierten des Jugendvollzuges. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Heft 4.
- Köhler D, Hinrichs G, Huchzermeier C (2004) Zur psychischen Belastung von jugendlichen und heranwachsenden Häftlingen (gemessen mit der SCL-90-R). Recht & Psychiatrie 3: 138–142.
- Köhler D, Müller S, Hinrichs G (2007) Psychische Störungen bei Inhaftierten des Jugendstrafvollzuges. Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe 3: 253–259.
- Lempp R, Schütze G, Köhnken G (1999) Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters. Darmstadt: Steinkopf.
- Müller S, Köhler D, Hinrichs G (2005) Täterverhalten und Persönlichkeit. Eine empirische Studie zur Anwendbarkeit der Tathergangsanalyse in der Forensischen Psychologie und Psychiatrie. Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- Müller S, Köhler D, Hinrichs G (2007) Psychotherapeutische Behandlung und Betreuung inhaftierter Gewalt- und Sexualstraftäter in der Jugendanstalt Schleswig/Teilanstalt Neumünster Forum Strafvollzug. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe 4: 156–162.
- Schütze G, Hotamanidis S (1989) Psychotherapie mit jugendlichen Straftätern – eine Fallstudie. In: Du Bois R (Hrsg.) Praxis und Umfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bern: Huber.
- Weidner J (1990) Das Anti-Aggressivitäts-Training für Gewalttäter. Ein delikt spezifisches Behandlungsangebot im Jugendvollzug. Bonn: Forum.
- Wittchen H-U, Wunderlich U, Gruschwitz S, Zaudig M (1997) SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen. Interviewheft. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen H-U, Zaudig M, Fydrich T (1997) SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.

# 6 Systemische Therapie mit jugendlichen Sexualstraftätern in einer symptomhomogenen Gruppe

Wilhelm Rotthaus

## 6.1 Einführung

Nicht zuletzt durch das „Gesetz der Bekämpfung von Sozialdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“ (s. Hammerschlag und Schwarz 1998) ist in der letzten Zeit eine lebhafte Diskussion über Möglichkeiten und Grenzen, Formen und Beurteilungskriterien einer Therapie von Sexualstraftätern aufgekommen. Im Folgenden wird über langjährige Erfahrungen in der stationären Therapie mit jugendlichen und heranwachsenden Sexualstraftätern berichtet. Es werden die Aspekte Aufnahmekriterien in die stationäre Behandlung, Vorteile symptomhomogener Wohn- und Therapiegruppen, Notwendigkeit systemischer Familienarbeit sowie Kriterien für eine Veränderungseinschätzung als Grundlage für eine prognostische Beurteilung dargestellt.

Therapeutische Konzepte müssen sowohl unter Berücksichtigung der spezifischen Charakteristika der jeweiligen Klientel als auch unter Respektierung der jeweiligen Kontextbedingungen entwickelt werden. Sie sind deshalb nur dann verstehbar und im Hinblick auf ihre Übertragbarkeit in andere Arbeitsfelder zu nutzen, wenn diese Kontextbedingungen bekannt sind.

Im Hinblick auf die nachfolgende Darstellung ist deshalb darauf zu verweisen, dass über die Arbeit mit Jugendlichen und jungen Heranwachsenden berich-

tet wird, die in einem Gerichtsverfahren wegen ihrer Sexualstraftat für schuldig angesehen und zu einer Freiheitsstrafe verurteilt wurden. Die Freiheitsstrafe wurde mit der Auflage zur Bewährung ausgesetzt, sich in die stationäre Behandlung bei uns zu begeben. Minimale Voraussetzung ist ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren und unsere Erwartung einer entsprechenden richterlichen Entscheidung in der Hauptverhandlung. Unter diesen Voraussetzungen wird die Therapie in einem offenen Haus durchgeführt. Die Jugendlichen müssen bereit sein, die von uns über viele Monate verhängten Ausgangsbeschränkungen einzuhalten; bei gravierender Regelübertretung oder Rückfallverhalten erfolgt die Entlassung und zumeist die Aufhebung der Bewährung mit anschließender Inhaftierung. Die Selbstverständlichkeit dieser Konsequenz ist wichtiger Bestandteil des Konzepts. Sie wird nur möglich durch ein intensives Bemühen um eine gute Zusammenarbeit mit der Justiz.

Der weitere Kontext ist eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik, in der bereits seit 25 Jahren der Behandlung von jugendlichen Sexualstraftätern besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird. Diese Therapie war ursprünglich einzelspsychotherapeutisch orientiert; die Jugendlichen und Heranwachsenden lebten in einer Gruppe mit anderen Jugendlichen zusammen, die wegen andersartiger Problemverhaltensweisen behandelt wurden. Das Gruppenmilieu entsprach dem einer üblichen jugendpsychiatrischen Station (vgl. Alves 1990).

Etwa vor zehn Jahren wurde dieses Konzept geändert. Die Behandlung erfolgt seitdem in einer Gruppe von zehn jugendlichen Sexualstraftätern, in der das gruppentherapeutische Milieu sehr spezifisch auf die Besonderheiten dieser Klientel ausgerichtet ist. Angeschlossen ist eine so genannte „Schleusengruppe“ mit fünf Plätzen, die die Jugendlichen/Heranwachsenden nach Beendigung der etwa ein Jahr dauernden Therapiephase (in Kostenträgerschaft der Krankenkasse) für noch etwa ein halbes Jahr (in Kostenträgerschaft der Jugendhilfe) durchlaufen, bei hoher Freizügigkeit und beruflicher Außenorientierung, allerdings unter Betreuung durch im Umgang mit den speziellen Problemen dieser Jugendlichen erfahrene Betreuerinnen und Betreuer. Nach unseren katamnesticen Untersuchungen haben wir die Effizienz unserer therapeutischen Arbeit durch die Zusammenfassung der Sexualstraftäter in einer symptomhomogenen Gruppe wesentlich steigern können. Aber selbstverständlich können auch wir keine langfristige Garantie für die Jahre nach der Behandlungszeit unter von uns nicht mehr zu beeinflussenden Kontextbedingungen geben, wie wir das in einem Fall in sehr dramatischer Weise erfahren mussten.<sup>4</sup>

---

4 So vergewaltigten zwei ehemalige Patienten eineinhalb bzw. zwei Jahre nach ihrer Entlassung während ihrer Wohnbetreuung im Einzugsbereich der Klinik gemeinschaftlich die Mitbewohnerin der Wohngruppe eines der jungen Männer und ermordeten sie anschließend zur Verdeckung ihrer Straftat. Beide waren von uns mit einer günstigen Prognose in Bezug auf das Risiko weiterer Sexualstraftaten entlassen worden.

## 6.2 Kriterien für die Aufnahme in die Täterbehandlung

### 6.2.1 Formale Kriterien

Eine Beschreibung der Aufnahmekriterien muss zwischen formalen und inhaltlichen Kriterien unterscheiden, wobei die formalen Kriterien den Kontext für die inhaltliche Arbeit definieren. Eine grundsätzliche formale Voraussetzung ist der juristische Rahmen, wie er oben skizziert wurde. Dieser juristische Rahmen hat drei Funktionen:

1. Er verschafft uns einen Auftraggeber für die angestrebte Behandlung: die Justiz. Sie übernimmt die Verantwortung für die notwendigen Kontrollmaßnahmen. Dies kann auf verschiedene Arten geschehen, denn das Jugendstrafrecht erlaubt unterschiedliche Konstruktionen, die für einen Aufenthalt des Jugendlichen bei uns in der notwendigen Länge – im Durchschnitt 1 Jahr – sorgen. Es entsteht ein sog. „Zwangskontext“. Versuche von uns, ohne einen solchen „starken“ Auftraggeber mit jugendlichen Sexualstraftätern zu arbeiten, sind daran gescheitert, dass andere mögliche Auftraggeber, wie z.B. Familien oder Jugendämter, aus unterschiedlichen Gründen den notwendigen Druck für eine Behandlung nicht bis zum erfolgreichen Abschluss aufrechterhalten konnten. Es kam in allen Fällen zu vorzeitigen Abbrüchen.
2. Der juristische Rahmen mit der Androhung von möglichen Sanktionen wirkt auf die Jugendlichen selbst in der Regel sehr motivierend in Bezug auf die Einhaltung unserer Grenzsetzungen vor allem hinsichtlich ihrer Freizügigkeit. Aus Gründen des Opfer-Schutzes müssen die Jugendlichen bereit sein, in unserem offenen Haus zunächst längere Zeit auf Ausgang ohne Begleitung zu verzichten. Dies ist eine der Grundbedingungen für die mögliche Aufnahmezusage. Wer diese Bedingungen nicht respektiert, wird von uns entlassen, und die entsprechenden juristischen Instanzen erhalten unverzüglich Mitteilung.
3. Hier schließt sich die dritte Funktion des juristischen Rahmens an: Durch die Mitteilung über die von dem Jugendlichen provozierte Entlassung ist die Justiz erneut in der Verantwortung zu handeln. Sie muss entscheiden, welche Maßnahmen sie ergreift, um ihren Aufgaben nachzukommen. Diese Funktion, nämlich die Verteilung der Verantwortung für die Durchführung von Straftäterbehandlung auf mehrere Schultern, kann nicht wichtig genug eingeschätzt werden. Jeder, der in diesem Bereich arbeitet, sollte darauf achten, dass alle relevanten gesellschaftlichen Instanzen ihren Teil dieser Verantwortung wahrnehmen. Andernfalls entstehen schnell Situationen, in denen durch Überforderung der an der Therapie Beteiligten eine effektive Behandlung unmöglich wird. Wenn Entweichungen oder erneute sexuelle Übergriffe nicht zur Entlassung führen können, weil keine andere gesellschaftliche Instanz mitverantwortlich ist, kann das die Existenz einer ganzen Therapiegruppe

gefährden. Entweichungen karikieren den Opferschutz, da niemand wissen kann, was in dieser Zeit passiert. Dasselbe gilt selbstverständlich für jede Art erneuter sexueller Übergriffe (vgl. Gruber 1999).

Weitere formale Voraussetzung für eine Aufnahme ist die Durchführung eines oder mehrerer Vorstellungsgespräche, in deren Verlauf der Jugendliche zu erkennen geben muss, dass er bereit ist, über die ihm vorgeworfenen Straftaten zu sprechen. Anhand der Vorgeschichte und unserem Eindruck hinsichtlich seines Verhaltens wird geklärt, wie eng der eben skizzierte juristische Rahmen angelegt sein muss, um Kooperationsbereitschaft bei dem Jugendlichen zu unterstützen. Zuweilen genügt eine Anzeige; meist ist eine Anklage oder auch eine Verurteilung in einer Hauptverhandlung mit einer Bewährungsaufgabe zur Behandlung bei uns notwendige Voraussetzung. Gelegentlich ist auch die Verbüßung eines Teiles der Haftstrafe oder von Untersuchungshaft notwendig, um den Jugendlichen zur Einhaltung unserer bereits beschriebenen Grenzsetzungen zu bewegen.

### 6.2.2 Inhaltliche Kriterien

Über Berichte (Arztbriefe, Heimberichte, Gutachten, Gerichtsurteile u. a.) sowie in Vorstellungsgesprächen bemühen wir uns um Informationen, die für die diagnostische Einschätzung des Jugendlichen bedeutsam sind. So interessieren wir uns neben einer detaillierten Schilderung der Sexualdelikte für die erotischen Phantasien des Jugendlichen, beispielsweise für seine Onaniephantasien. Wir versuchen die Häufigkeit der sexuellen Übergriffe zu erfahren und fragen nach den Methoden, mit denen der Widerstand des Opfers überwunden wurde, insbesondere nach Gewaltanwendung. Ebenfalls relevant ist die Planung, die einem Delikt voranging:

- Handelt es sich um eine Straftat mit längerer Kontaktaufnahme zu einem Opfer, oder wird ein eher ungeplantes, spontanes Vorgehen geschildert?
- Sind (wesentlich?) jüngere Kinder als Opfer gewählt worden oder gleichaltrige Mädchen bzw. Jungen?

Wichtige Aufschlüsse erhalten wir daraus, ob der Jugendliche bereit und in der Lage ist, detailliert über seine Taten zu berichten und wie er seine Darstellung sprachlich ausgestaltet – kommt doch hierin zum Ausdruck, inwieweit der Jugendliche Verantwortung für sein Handeln übernimmt (Gruber 1999). Die Quantität und die Qualität der sozialen Kontakte des Jugendlichen zu Gleichaltrigen geben uns Hinweise auf Persönlichkeitsdimensionen wie Beziehungsfähigkeit und Konfliktbereitschaft. In diesem Zusammenhang interessiert auch, wie ein Jugendlicher seine Interessen innerhalb und außerhalb der für ihn relevanten Bezugssysteme zu vertreten in der Lage ist. Um das Ausmaß möglicher Neurotisierungen durch eigene Missbrauchs- und Gewalterfahrungen einschätzen zu können, fragen wir nach entsprechenden Erfah-

rungen, wohl wissend, dass wir zu diesem Zeitpunkt hierzu oft nur bruchstückhafte Informationen erhalten.

Eine deutliche ausgeprägte Motivation zur Therapie wird von uns nicht verlangt. Auch leichtere Einschränkungen der intellektuellen Fähigkeiten sind kein Ausschlusskriterium (im Gegenteil bei dieser Klientel überproportional häufig). Problematisch für eine Aufnahme kann jedoch das Vorliegen einer ausgeprägten Minderbegabung bzw. einer geistigen Behinderung sein. Unser Konzept therapeutischer Arbeit verlangt ein Mindestmaß an kognitiven Fähigkeiten, um verbale Auseinandersetzungsfähigkeit, Introspektions- und Empathiefähigkeit erlernen zu können. Schließlich sind erste Eindrücke und Informationen über die aktuelle familiäre Situation oder ggf. den alternativen Lebenskontext des Jugendlichen von Bedeutung, was einen frühen Kontakt zur Familie des Jugendlichen notwendig macht. Denn alle Verhaltensweisen positiver und negativer Art sind immer auch Beziehungsbeschreibungen zu wichtigen Personen des Lebensumfelds. Deshalb sind die Frage nach dem Sinn und der möglichen Funktion des sexuell delinquenten Verhaltens im primären Bezugsfeld und die Erkundung familiärer Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten wichtige Themenfelder.

Zusammengefasst erlauben diese Vorinformationen eine grobe Einschätzung des sexuell auffälligen Verhaltens und der Persönlichkeit des Jugendlichen. Häufig sehen wir Jugendliche mit einer sozial inkompetenten, regressiven und auch fixiert pädophilien Ausrichtung. Etwa gleich häufig werden uns sozial aggressive Jugendliche vorgestellt, die neben den sexuellen Auffälligkeiten auch anderes grenzüberschreitendes Verhalten zeigen. Bei ihnen ist es notwendig einzuschätzen, ob sie einigermaßen sicher die alltäglichen für uns wichtigen Regeln einhalten werden. Anderenfalls würde die Gefahr bestehen, dass durch ständige Regelverletzungen die therapeutische Arbeit gegenüber pädagogischen Sanktionen gänzlich ins Hintertreffen geriete. Im Extremfall kann eine solche Situation die Erfüllung des therapeutischen Auftrags komplett unmöglich machen.

Stark durch körperliche Gewalt gekennzeichnete sexuelle Übergriffe mahnen uns zur Vorsicht: Zum einen ist ein hohes Maß an körperlicher Gewalt bei der Deliktausführung generell ein Hinweis auf eine schlechte Prognose (Rösler 1997). Zum anderen ist die Dauer des Therapieprozesses zu berücksichtigen, die wir anbieten können. Entsteht der Eindruck, dass dieser Zeitraum (1-1,6 Jahre) zu kurz sein könnte, müssen wir eine Aufnahme ablehnen. Dabei spielt die Einschätzung der Ressourcen sowohl des Jugendlichen als auch seines Bezugssystems eine wesentliche Rolle.

### 6.3 Symptomhomogene Wohngruppen

Wird die Literatur zum Thema betrachtet, so scheint sich dort unsere Erfahrung bestätigt zu finden, dass die Unterbringung der Täter in symptomhomo-

genen Wohngruppen (im klinischen Sprachgebrauch: Stationsgruppen), d.h. die Bildung von Gruppen, in denen ausschließlich Sexualstraftäter zusammenleben, das Mittel der Wahl ist (Wiederholt 1989; Thomas-März u. Müller-Isberner 1995; Schmidt 1996). Im Rückblick auf zwei Jahrzehnte Tätertherapie in unserer Klinik sind wir überzeugt, die Effektivität unserer Arbeit vor allem dadurch gesteigert zu haben, dass wir eine symptomhomogene Gruppe mit sexualdelinquenten Jugendlichen bildeten.

In Übereinstimmung mit Schmidt (1996: 6) hatten wir die Erfahrung machen müssen, dass in symptomheterogenen Gruppen sexualdelinquente Jugendliche in ihrer therapeutisch extrem kontraproduktiven Neigung verstärkt werden, ihr Delikt zu verheimlichen, zu bagatellisieren und zu leugnen. Denn bei Bekanntwerden des Delikts bestand die Gefahr, von den anderen Mitbewohnern zumindest ausgeschlossen, verachtet und gedemütigt zu werden. In der Delikthierarchie stehen bekanntlich – auch in Haftanstalten – Sexualstraftäter auf der untersten Ebene und sehen sich mancherlei Misshandlungen ausgeliefert, nicht zuletzt solchen sexueller Art, was die Rückfallgefahr des Täters erhöht.

In symptomhomogenen Tätergruppen demgegenüber wird das möglich, was als oberstes Prinzip therapeutisch/pädagogischer Arbeit mit Sexualstraftätern zu gelten hat: Offenheit. So müssen bei uns alle Jugendlichen über Art, Anzahl und Ausführung der Delikte, die sie begangen haben, bis in alle Einzelheiten vor der Gruppe und mit Unterstützung der Gruppe berichten. Hilfreich sind in diesem Zusammenhang Aufnahme- oder Eröffnungsrituale, die jedes neue Gruppenmitglied dazu verpflichten, am Abend des Aufnahmetages vor der Gruppe genau seine Übergriffe zu schildern. Die schon länger anwesenden Gruppenmitglieder tun – jedes Mal erneut dasselbe und zeigen damit, dass sie gelernt haben, über ihre einschlägigen Taten zu sprechen und sie als Teil ihrer persönlichen Geschichte zu bekennen. Des Weiteren haben sich Gesprächsrunden bewährt, in denen die neuen Gruppenmitglieder durch die schon länger Anwesenden peinlich genau zu ihren Delikten befragt werden. Hier geht es um die Häufigkeit von Delikten, das Einräumen bisher nicht bekannt gewordener Straftaten, um das Ausmaß an Gewaltanwendung etc. Die Gruppenmitglieder befragen oft schonungsloser, als es in der Einzeltherapie möglich ist, und kennen die typischen Abläufe bestens.

Generell sind wir bestrebt, die Stations- bzw. Wohngruppe als therapeutische Gemeinschaft wirksam werden zu lassen. Dieser Ansatz beruht „auf der Idee und dem Vertrauen, dass eine subtile Steuerung einer Zwangsgemeinschaft mit gruppensystemischen Methoden und praktizierte Offenheit in dieser Gemeinschaft möglich sei und nicht nur momentane, sondern dauernde Veränderungen in Richtung prosozialer Einstellungen und Verhalten, somit ‚Besserung‘ bewirkt“. Rotthaus (1990) erörtert eingehend die Anwendung der Grundsätze und Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft auf die Arbeit in einer jugendpsychiatrischen Klinik. Hilpert und Schwarz (1981: 1611) folgend

hebt er u. a. hervor: Soll eine Institution zu einem sozialen Organismus mit therapeutischer Funktion entwickelt werden, sind hierarchische Strukturen durch horizontale, demokratische zu ersetzen. Entscheidungsbefugnisse müssen soweit wie möglich delegiert werden. Durch eine klare und transparente Trennung von Verantwortungsbereichen wird ein Höchstmaß an Eigenverantwortlichkeit einer jeden Mitarbeiterin und eines jeden Mitarbeiters erreicht. Leitende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben eine Steuerungsfunktion, die in der Beurteilung besteht, ob Freiräume kompetent genutzt werden und das Handeln der Erfüllung des Gesamtziels dient. Die Patienten übernehmen selbstverantwortlich wichtige Funktionen in der Gestaltung des Zusammenlebens. Die Zweiteilung in Behandelnde und Behandelte wird relativiert und in ihrer strikten Form als hinderlich für den therapeutischen Prozess betrachtet. Die Patienten übernehmen für sich und für andere therapeutische Funktionen.

Ein solches Konzept erfordert eine Durchlässigkeit der Kommunikation über alle Ebenen sowie offenen Austausch von Informationen und Gefühlen. Um eine Analyse der Kommunikation zu ermöglichen, muss Toleranz gegenüber den Äußerungen jeden einzelnen Mitglieds einer Behandlungsgemeinschaft gewahrt werden. Regelmäßige Reflexionen der Vorgänge in einer solchen Gemeinschaft sind erforderlich, beispielsweise auf Stationsversammlungen. Die Offenheit eines solchen Systems für Kommunikationen mit der Umwelt ist ebenso erforderlich. Die Einbeziehung der Angehörigen in den therapeutischen Prozess sowie Arbeitsversuche außerhalb und Beurlaubungen gehören somit zum Programm. In der Konsequenz bedeutet dies, dass eine Einrichtung dann zu einer therapeutischen Institution wird, „wenn es gelingt, ein multipersonales Beziehungsangebot zu verwirklichen, dass die Möglichkeit zu therapeutischen Entwicklungserfahrungen auf den verschiedensten Ebenen bietet, mit anderen Worten, wenn ein Kontext – und zwar nicht nur für Patienten, sondern auch für Angehörige (!) – geschaffen wird, der zu erneuter Ko-evolution herausfordert“ (Rotthaus 1990: 162).

## 6.4 Systemische Gruppenarbeit

Während das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft dazu dient, ein therapeutisch wirksames, wenn auch vorwiegend pädagogisch beeinflusstes Alltagsleben zu realisieren, sind mit „Gruppentherapie“ zeitlich begrenzte Kontexte zur gezielten Bearbeitung umschriebener Anliegen und Themen angesprochen. Wer z. B. „Offenheit“ in der oben beschriebenen Weise herstellen will, kann dies nicht besser tun, als durch Arbeit in therapeutischen Gruppen. Gruppentherapie bietet in hervorragender Weise die Möglichkeit, die Gefühle der anderen Gruppenmitglieder, die als Reaktion auf die Äußerung eines Jugendlichen entstehen, zu nutzen. Soziale Bezogenheit von Verhaltensweisen, die sonst geheim und verdeckt ablaufen und deren Reflektion und Offen-

legung verboten ist, kann auf diese Weise schnell und effektiv deutlich gemacht werden. Für die anderen Gruppenmitglieder ist in dieser Situation stellvertretendes Lernen möglich. Jeder kann Parallelen zwischen sich und dem Gegenüber ziehen und auf seine Weise verarbeiten.

Gruppentherapie wird in unserer Einrichtung von unterschiedlichen Professionen, in unterschiedlichen Zusammensetzungen, mit unterschiedlichen thematischen Schwerpunkten und mit unterschiedlichen methodischen Ausrichtungen – wenn auch durchweg unter einer übergeordneten systemischen Orientierung – durchgeführt. So gibt es eine Delikt orientierte Tätergruppe, die vom leitenden Dipl.-Psychologen und einer erfahrenen Ärztin geleitet wird. An ihr nehmen alle Jugendlichen der Stations- bzw. Wohngruppe teil. Dies gilt auch für die Gruppe „Billy Boy“, die von den Gruppenbetreuerinnen (Erzieherinnen/Erzieher bzw. Krankenschwestern und -pflegern) durchgeführt wird. Der thematische Schwerpunkt dieser Gruppe kann mit sexueller Aufklärung und antisexistischer Jungenarbeit umschrieben werden. Zwei weitere Gruppen sind ebenfalls obligatorisch: Von einer stationsübergreifend tätigen Sozialpädagogin wird die sog. „Jugendkonferenz“ betreut, in der die Jugendlichen alltagsorientierte Themen ihres Zusammenlebens besprechen (und die deshalb richtiger als therapeutische Gemeinschaftskonzipierte Wohngruppe zuzuordnen ist). Hinzu kommt eine Kunsttherapiegruppe. Diese Arbeit erfolgt themenzentriert und soll die Jugendlichen anregen, inneres Erleben in bildnerischem Gestalten auszudrücken und anschließend im Kreis der anderen zu reflektieren. Im Übrigen besuchen die Jugendlichen je nach von uns eingeschätztem Bedarf und eigenem Interesse auf freiwilliger Basis die in der Klinik stationsübergreifend angebotenen Gruppen zum Training sozialer Interaktionskompetenzen sowie das in seiner sozialtherapeutischen Bedeutung nicht zu unterschätzende von der Klinik organisierte Freizeitzentrum.

Im Folgenden seien noch einige Merkmale der Delikt-orientierten Tätergruppe geschildert, die verständlicherweise einen zentralen Stellenwert hat. Es handelt sich um eine offene, fortlaufende Gruppe, die es dem neu hinzugekommenen Täter ermöglicht, andere Täter zu erleben, die offen, mit angemessenen Worten und mit angemessener emotionaler Beteiligung über ihre Delikte sprechen. Dies kann Anstoß sein, die eigenen Verleugnungen aufzugeben. Der Täter erlebt andere Täter, die ihm signalisieren, dass er ohne Verleugnung existieren kann, dass die Funktion seiner Verleugnung, ihn zu schützen, überflüssig geworden ist, dass „Experten“ ihm erlauben, auch Anteile von Gewalt und Sadismus bzw. in anderer Weise Schambesetztes zuzugeben, und ihm versichern, dass er auch nach solchen Eröffnungen weiter existieren kann und von den übrigen Gruppenmitgliedern akzeptiert wird. Er macht sogar die Erfahrung, dass er mit dieser offeneren Haltung besser in der Gruppe zurechtkommen wird.

Weitere Aspekte, die auch andere Autoren (Hendriks und Bullens 1998) auf-führen, sind: Das offene Sprechen vor anderen Menschen über die eigenen

Delikte ist bereits ein erster Schritt zur Übernahme von Verantwortung. Der Täter kann lernen, eine andere Sprache zu erwerben, die durch Verantwortlichkeit statt durch Verantwortungslosigkeit gekennzeichnet ist.

Mitglieder einer offenen Gruppe können ihr eigenes Tempo wählen. Sie haben Zeit, die anderen zu beobachten, Mut zu fassen und nach und nach in die Gruppe hineinzukommen. So wird kein unnötiger Widerstand provoziert und die Gesamtgruppenaktivität, die meist von den erfahrenen Gruppenmitgliedern bestimmt wird, leidet darunter nicht. Das aktuelle, auf andere bezogene Verhalten kann in der Gruppensituation thematisiert und therapeutisch genutzt werden. Bezüge zum Deliktverhalten sind oft möglich, vor allem dann, wenn es in der Gruppe auch potenzielle Opfer gibt.

In der Tätergruppe wird der Täter wahrscheinlich erstmalig sehr deutlich mit den Gefühlen konfrontiert, die sein Deliktverhalten bei anderen auslöst: Gefühle von Ekel, von Wut, von Abscheu und oft von Mitleid mit dem Opfer sind die Regel. Hier ist Offenheit auf Seiten der Therapeuten gefordert und unverzichtbar, wenn diese handlungsfähig bleiben wollen. Würden wir solche Gefühle gegenüber dem Täter verschweigen, würde das einem wichtigen therapeutischen Ziel, nämlich seine Empathiefähigkeit zu wecken und zu stärken, zuwiderlaufen. Die Konfrontation mit den Gefühlen, die seine Tat(en) bei anderen auslösen, wird er im Laufe des Aufenthaltes noch häufig – nicht zuletzt in der Begegnung mit den Betreuerinnen und Betreuern der Gruppe – durchstehen müssen; es wird ihm gelingen, wenn er bemerkt, dass sein Verhalten und nicht seine Person gemeint ist. An diesem Punkt zeigt sich eine wichtige, sowohl für das therapeutische Team als auch für den Täter nicht einfache Dialektik: Einerseits muss dem Täter vermittelt werden, dass seine Tat(en) mit seiner Person zu tun haben und er die persönliche Verantwortung für sie und vor allem für sein zukünftiges Verhalten zu übernehmen hat. Andererseits ist die Botschaft wichtig, dass seine Tat(en) bei den Mitgliedern des therapeutischen Teams zwar Betroffenheit, Wut und auch Abscheu – in individuell und geschlechtsspezifisch unterschiedlicher Ausprägung – auslösen, dass er als Person aber akzeptiert und wert geschätzt wird.

Aus den Niederlanden (vor allem: Hendriks und Bullens 1998) wird berichtet, dass sich dort vorgefertigte Module in der Täterarbeit bewährt haben, die in einer festgelegten Abfolge durchgearbeitet werden. Dem steht nach unseren Erfahrungen das Primat des aktuell von der Gruppe formulierten Themas und der Beziehung zwischen Täter(n) und Therapeuten entgegen (s. a. Barnes 1998). Auch transportiert der Modulaufbau allzu leicht die Idee, mit der Absolvierung eines Moduls durch den Täter sei das Thema für ihn umfassend abgehandelt und mit dem Durchlaufen eines solchen, aus Modulen zusammengesetzten Programms sei mehr oder weniger zwingend eine gute prognostische Einschätzung verbunden. Vorgefertigte Strukturelemente machen den Behandlungsprozess für den Täter sicherlich überschaubarer. Sie bergen jedoch gerade in ihrer Transparenz die Gefahr, dass die häufig sehr gut angepassten Täter

sich an die immanent formulierten Erfolgskriterien anpassen und somit Veränderungen vortauschen (s. a. Müller-Isberner u. Thomas 1992). Wir denken, dass ein guter Teil Unberechenbarkeit immer notwendig ist. Therapie bedeutet Verunsicherung. Sie darf nicht zu sehr reduziert werden; andernfalls wird dem Täter letztendlich die Chance zur Veränderung genommen.

## 6.5 Systemische Familienarbeit

Mit O'Callaghan u. Print (1994) und Barnes (1998) sind wir der Meinung, dass systemische Familienarbeit unverzichtbarer Bestandteil der Arbeit mit jugendlichen Sexualstraftätern ist. Als Begründung für diese Forderung führt Barnes aus, dass die Familie die Verhaltensweisen, Einstellungen, Überzeugungen und Wertsysteme des Täters beeinflusse und forme, und zwar weitgehend unabhängig davon, ob der Täter in der Familie lebe oder nicht. Durch den Einbezug der Familie in das Täterprogramm könne man die familiären Einflüsse explorieren, die zur Tatentstehung beigetragen hätten. Allerdings sei dies nicht ein Versuch, die Verantwortlichkeit für die Tat auf irgendjemand anders als den Täter zu lenken. Es gebe keinen Anlass anzunehmen, dass familiäre Faktoren wie eingeschränkte Kommunikation, unklare Grenzen und Beziehungsabbrüche kausale Faktoren für Sexualstraftaten seien, auch wenn sie möglicherweise zu einem Klima beigetragen hätten, die den Jugendlichen für bestimmte Arten von Täterverhalten sensibilisiert hätten. Familienarbeit sei aber vor allem Präventionsarbeit; denn Familienmitglieder spielten meist eine wichtige Rolle in der oft wenig strukturierten Zeit nach der Behandlung.

Wie der Täter nicht sofort ein Gefühl für seine Schuld entwickelt, so könne auch die Familie eine derartig dramatische Eröffnung zunächst schwer akzeptieren und neige zu Verleugnungen, Verharmlosungen und Entschuldigungen. Häufig werde dies zusätzlich durch Familiengeheimnisse erschwert, die dazu dienen, den familiären Zusammenhalt zu wahren. Familienarbeit gebe die Möglichkeit, sexuelle Verantwortlichkeit in das Familiensystem zurückzubringen, was häufig dazu beitrage, dass frühere Opfererfahrungen einzelner Familienmitglieder ans Tageslicht treten (Barnes 1998: 118).

Die von uns konstruierten Kontextbedingungen, die weiter vorne geschildert wurden, haben zur Folge, dass nicht die Eltern Auftraggeber für die Behandlung des Jugendlichen sind, sondern vielmehr „gesellschaftliche Institutionen“. Diese nehmen den Eltern mit ihrer Auftragserteilung die Möglichkeit, frei und ohne Einschränkungen den Aufenthalt ihres Kindes zu bestimmen. Elterliche Verantwortlichkeit wird ersetzt durch die Verantwortlichkeit juristischer Instanzen. Die Eltern werden „entmündigt“, und diese Entmündigung verstärkt die fast durchweg zu beobachtende familiäre Tendenz, das Delikt des Jugendlichen zu leugnen, zu bagatellisieren, zu entschuldigen oder ihm mit völliger Sprachlosigkeit zu begegnen. Dies führt zu einem Rückzug des

elterlichen Bezugssystems von therapeutischer Mitarbeit, wenn nicht in angemessener Weise auf diese Situation reagiert wird.

Barrett und Trepper (1997) beschreiben Strategien, die den therapeutischen Umgang mit diesen Systemen ermöglichen. Kernstück ist, das Systemverhalten als sinnvolle Haltung des Systems zu akzeptieren, sinnvoll beispielsweise dafür, das System überhaupt „am Leben zu erhalten“. Nach unseren Erfahrungen ist es möglich, mit dieser Haltung betroffenen Systemen die Zeit zuzugestehen, bis eine Thematisierung der relevanten Themen möglich ist. So finden mit den Bezugssystemen unserer Jugendlichen zu Beginn eines Aufenthaltes zwar Vorgespräche und Eingangsgespräche statt, im weiteren Verlauf sehen wir die Familien unserer Jugendlichen aber eher selten. Diese sind häufig auch nur an Berichten über die Entwicklung des Jugendlichen interessiert, die wir ihnen bereitwillig geben. Unsererseits zeigen wir Interesse an der familiären Entwicklung, ohne jedoch auf „Therapie“ zu drängen (Layne 1994).

Diese Haltung ermöglicht in den meisten Fällen wachsende Offenheit und Bereitschaft der Familien, sich auf ein therapeutisches Bündnis einzulassen. Häufig verläuft dies parallel zur Entwicklung des Jugendlichen, wobei die Jugendlichen manchmal sogar die „Schrittmacher“ für die Entwicklung in der Familie sind: Beginnende Offenheit beim Jugendlichen löst in der Familie Leugnungen auf und vermindert Bagatellisierungen, was wiederum beim Jugendlichen zu größeren Entwicklungsschritten führen kann. Je näher die Entlassung kommt, umso intensiver gestalten wir die Arbeit mit der Familie. Dies hängt selbstverständlich von der Frage ab, ob der Täter in seine Familie zurückkehrt. Allerdings stehen der Rückkehr des Täters in die Familie zuweilen unüberwindliche Schwierigkeiten gegenüber. Oft ist dies nur möglich, wenn die Familie zu einem Umzug bereit und in der Lage ist. Die Stigmatisierung des Jugendlichen durch seine Tat(en) ist in der alten häuslichen Umgebung meist so hoch, dass dort eine Reintegration in Schule und Beruf kaum möglich ist.

Anders stellt sich die Situation dar, wenn wir es mit einer innerfamiliären sexuellen Misshandlung zu tun haben. Auch hier beobachten wir nach anfänglich zumeist heftiger Reaktion des Systems, die in einer Ausstoßung des Jugendlichen gipfeln kann, sehr bald die bereits beschriebenen Leugnungs- und Bagatellisierungstendenzen. Bei innerfamiliären sexuellen Misshandlungen erscheint es uns sinnvoll und notwendig, möglichst schnell mit systemischer Familienarbeit zu beginnen, die dann auch in häufiger Frequenz stattfindet. Hierbei hat es sich bewährt, sich an dem von Eddy (1991) und Madanes (1997) entwickelten Vorgehen zu orientieren, insbesondere wenn eine Rückkehr in die Familie zumindest als möglich erachtet wird. Das von den beiden Autoren beschriebene Vorgehen erscheint uns in der Systematik hilfreich. Wenn auch die von ihnen benannte Stufenfolge des Vorgehens nicht starr eingehalten werden muss, so sind doch die Prinzipien Offenlegen aller

Delikte, Begründen und Erklären von Art und Ausmaß der Schädigung, Entschuldigung (in welcher Form auch immer), wiedergutmachende Handlungen, Versöhnung (wenn möglich) unverzichtbare Bestandteile.

## **6.6 Kriterien für eine Veränderungseinschätzung als Grundlage für eine prognostische Beurteilung**

Das beschriebene therapeutische Setting macht es notwendig, kontinuierlich die Fortschritte der Jugendlichen in der Therapie zu beurteilen, um über das Ausmaß der Fremdkontrolle entscheiden und schließlich eine Prognose bezüglich des weiteren Verhaltens des Jugendlichen abgeben zu können. Wie generell in der Therapie, lassen sich diese Fortschritte an der Entwicklung fort von einer Überzeugung des Ausgeliefert-Seins an die individuelle Geschichte oder an höhere Mächte hin zu Verantwortung und Kontrollüberzeugungen ablesen (siehe: locus-of-control-Forschung, z.B. Krampen 1991).

Diese Entwicklung wird erkennbar an den konkreten Verhaltensweisen des Jugendlichen im zwangsläufig engen Kontakt zu den anderen Tätern in der Gruppe, im weiteren zu den übrigen Jugendlichen (Mädchen wie Jungen) in Schule und Werkstatt sowie zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, zum anderen an den generellen Haltungen des Jugendlichen, vor allem an seiner Einstellung zu den von ihm begangenen Taten und seinen künftigen Verhaltensweisen im Bereich der Sexualität. Darüber hinaus spielen die Entwicklung von Empathieverhalten spezieller und genereller Art sowie die Entwicklung von Kooperationsverhalten eine wichtige Rolle. Retrospektiv muss selbstverständlich auch das Ausmaß von Gewaltanwendung während der Sexualstraftaten bei der Prognose berücksichtigt werden. In regelmäßigen Sitzungen des gesamten pädagogisch-therapeutischen Teams werden die Beobachtungen aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die einzelnen Jugendlichen zusammengetragen, um eine Veränderungseinschätzung vornehmen zu können. Folgende Kriterien für eine solche Bewertung haben sich in unserer Arbeit bewährt. Die Beispielsätze sollen die Entwicklung des Jugendlichen von ... (linke Seite) zu ... (rechte Seite) veranschaulichen (s. Tab. 4). (Die Form der Darstellung wurde in Anlehnung an Russinger u. Wagner [1999] gewählt, von denen auch einige Anregungen aufgenommen wurden.)

## **6.7 Abschluss**

Es mag verwundern, dass so wenig über die (systemische) Einzeltherapie mit den Sexualstraftätern unserer Gruppe berichtet wurde. Das hat seinen Grund darin, dass wir Einzelpsychotherapie als eine soziale Aktivität ansehen, die sich dadurch konstituiert, dass eine Person ein Problem bei sich erkennt und diese einen Therapeuten bittet, ihr bei der Lösung dieses Problems behilflich zu

Tab. 4 Die Entwicklung des Jugendlichen in der Therapie anhand von Beispielsätzen

Beziehung des Jugendlichen zu seinen Delikten	
<b>Entwicklung von Opfer-Empathie</b>	
„Es tut mir leid, was ich getan habe, weil ich erwischt worden bin und jetzt Probleme habe.“	„Es tut mir leid, was ich getan habe, weil ich anderen sehr wehgetan habe.“
<b>Kenntnis der eigenen Verführbarkeit</b>	
„In solchen Situationen kann ich nicht anders, das macht mich an, da kommt es über mich.“	„Ich kenne genau die für mich schwierigen Situationen und weiß, an welchem Punkt ich mich entscheiden muss auszusteiern.“
<b>Grad der Verantwortungsübernahme</b>	
„Eigentlich ist doch nichts passiert.“	„Ich habe mich entschieden, die sexuelle Selbstbestimmung.“
<b>Art der Kontrollüberzeugung</b>	
„Es kommt über mich, hat nichts mit mir zu tun.“	„Ich weiß, was ich in Zukunft tue.“
<b>Beziehung zur Sexualität</b>	
<b>Fähigkeit, Grenzen anderer wahrzunehmen und zu respektieren</b>	
„Die Kinder wollten das auch; sie haben sich gar nicht richtig gewehrt.“	„Nein heißt Nein, und kein Nein ist noch lange kein Ja.“
<b>Verantwortungsübernahme angesichts eigener perverser Fixierungen</b>	
„Ich bin so geboren und kann nichts dafür.“	„Ich bin wie ich bin, und habe mich entschieden, niemanden zu schädigen.“
<b>Grad der Kontrollüberzeugung angesichts eigener perverser Fixierungen</b>	
„Ich bin wie ich bin, und kann dagegen nichts machen.“	„Ich bin wie ich bin und weiß, wie ich leben kann, ohne andere zu schädigen.“
<b>Fähigkeit zum sexuell-erotischen Beziehungsaufbau und -erhalt zu Gleichaltrigen</b>	
„Wenn das Mädchen nicht bei der zweiten Begegnung mit mir schläft, habe ich versagt.“	„Ich genieße das allmähliche Kennenlernen und lasse die sexuelle Begegnung sich entwickeln.“ „Ich genieße die vielen Schritte in der Vorphase von Petting und Geschlechtsverkehr und bin in der Lage wahrzunehmen, was meine Partnerin/mein Partner möchte.“
<b>Emotionalität</b>	
<b>Grad der Differenzierung der Wahrnehmung und der Verbalisierung der eigenen Gefühle</b>	
„Mir geht es immer nur mies, das kommt wie von selbst.“	„In solchen Situationen fühle ich mich traurig; ich kann dies akzeptieren oder etwas dagegen tun.“

## 6 Systemische Therapie mit jugendlichen Sexualstraftätern in einer symptomhomogenen Gruppe

Emotionalität	
Umgang mit belastenden Gefühlen	
„Wenn es mir mies geht, dann passiert es; dann muss ich dieses Gefühl wieder loswerden, egal wie oder wo.“	„Ich kenne Wege und Mittel, mit einer Kränkung umzugehen: mich zu wehren, sie nicht so ernst zu nehmen, Unterstützung und Verständnis anderen zu suchen, u.a.“
Umgang mit aggressiven Impulsen	
„Wenn ich wütend bin, brauche ich ein Kind, um mich abzureagieren.“ – „Wenn ich wütend bin, schlage ich zu.“	„Wenn ich wütend bin, kann ich überlegen, worauf ich wütend bin, und entscheiden, wie ich mit meiner Wut angemessen umgehe.“
Stand der Identitätsentwicklung	
Fähigkeit, eigene Standpunkte zu vertreten	
„Wenn ich meine Meinung sage, bekomme ich nur Arger; meinen Frust behalte ich lieber für mich.“	„Ich kann entscheiden, ob ich meine Meinung sage, ich kann nicht wissen, was dann kommt. Es gibt aber eine gute Chance, dass es mir dann besser geht.“
Umgang mit Konflikten und Frustrationen	
„Bei Konflikten halte ich die Klappe und sehe zu, dass ich sie möglichst schnell hinter mich bringe.“	„Wenn es Streit gibt, kann ich mich wehren, ohne dem anderen Schaden zuzufügen.“
Stand der sozialen Entwicklung	
Allgemeine Fähigkeit zum Beziehungsaufbau und -erhalt zu Gleichaltrigen	
„Ich habe viele Freunde, überhaupt keine Freunde, nur Feinde: Keiner mag mich.“	„Manche mögen an mir dieses und anderes nicht, ebenso wie ich bei anderen vieles mag, aber auch nicht alles.“
Bedeutungsgebung in sozialen Beziehungen	
„Ich habe viele Freunde, überhaupt keine Freunde, nur Feinde: Keiner mag mich.“	„Manche mögen an mir diese und anderes nicht, ebenso wie ich bei anderen vieles mag, aber auch nicht alles.“
„Wenn ich eine wichtige Beziehung nicht völlig unter Kontrolle habe, werde ich selbst zum Opfer.“	„Manchmal bin ich der Bestimmende und manchmal die anderen. Ich finde es gut, wenn das wechselt. Ich lasse mich in meinem Selbstwertgefühl nicht leicht verunsichern.“
Kontrollüberzeugungen allgemein	
„Im Grunde genommen ist alles gleich, was ich tue; ich habe sowieso keine Chance.“	„Vieles in meinem Leben ist mir wichtig. Wenn ich mich dafür einsetze, habe ich gute Chancen, etwas davon zu erreichen.“

sein. Dies tut der übliche Sexualstraftäter erst relativ spät im Verlaufe des gesamten Behandlungsprozesses. Er muss erst lernen, sein Verhalten mit seiner Person in Beziehung zu setzen, sein inneres Erleben wahrzunehmen und die Chance der Veränderung durch eigenes Bemühen zu erkennen. Der Jugendliche wird zu Beginn der Behandlung darüber informiert, dass er jederzeit zu dem leitenden Psychologen gehen und um Einzeltherapiestunden nachsuchen kann. Tatsächlich sind die Jugendlichen zumeist erst nach einer längeren Zeit soweit – das kann möglicherweise mehrere Monate dauern. Sind sie an diesem Punkt angekommen, dann unterscheidet sich die Einzelpsychotherapie nicht wesentlich von der Einzelpsychotherapie mit anderen Jugendlichen.

Insgesamt wurden seit 1990, als wir begannen, unser Konzept auf die geschilderte Zielgruppe hin schrittweise zu präzisieren, 80 jugendliche Sexualstraftäter bei uns aufgenommen (Stand Ende Juli 1999). In den ersten sechs Jahren, d. h. bis Ende 1996, brachen ca. ein Drittel von ihnen die Behandlung ab oder wurden von uns wegen Regelübertretungen vorzeitig entlassen. In den letzten vier Jahren, in denen wir noch konsequenter auf dem juristischen Rahmen für unsere Arbeit bestanden haben, ist diese Zahl auf ein Viertel zurückgegangen, wobei die Entlassungen unsererseits in etwa konstant blieben, während die Abbrüche seitens der Jugendlichen und ihrer Angehörigen stark zurückgingen. Eine wissenschaftlich fundierte Outcome-Studie über die Jugendlichen, die die Behandlung regulär bis zu einem von uns befürworteten Ende durchliefen, haben wir aufgrund fehlender zeitlicher und finanzieller Ressourcen leider nicht verwirklichen können, jedoch regelmäßige Nachbefragungen durchgeführt. Die Rückmeldungen, die wir über diese Jugendlichen und ihre weitere Entwicklung durch persönliche Gespräche mit den Jugendlichen selbst, durch telefonische Kontakte oder durch Kontakte mit zuständigen Betreuern erhielten, sind als insgesamt positiv zu werten. So erhielten wir lediglich in dem einen, oben erwähnten, sehr dramatischen Fall von einer erneuten Sexualstraftat Kenntnis. Insgesamt haben wir den Eindruck gewonnen, dass die Arbeit mit Sexualstraftätern gerade im frühen Stadium ihrer einschlägigen Entwicklung eine Erfolg versprechende und dankbare Aufgabe ist. Allerdings ist die psychische Belastung aller pädagogisch-therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angesichts der nahezu täglichen Möglichkeit „falscher“ Entscheidungen nicht zuletzt auch wegen der durch die Boulevard-Medien aufgeheizten Öffentlichkeit gerade gegenüber diesem Täterkreis nicht zu überschätzen.

## Literatur

- Alves I-I (1990) Therapeutische Arbeit mit sexuell auffälligen Jugendlichen. In: Rotthaus W (Hrsg.) Psychotherapie mit Jugendlichen. Dortmund: modernes lernen, S. 212–227.
- Barnes C (1998) Systemic Family Work with Adolescent Sex Offenders. *Prison Service Journal* 118: 24–27.
- Barrett MJ, Trepper TS (1997) Behandlung der Verleugnung in Familien bei sexuellem Kindesmißbrauch. *Kontext* 28: 146–162.

## 6 Systemische Therapie mit jugendlichen Sexualstraftätern in einer symptomhomogenen Gruppe

- Duffek H (1997) Therapie mit Tätern im Strafvollzug. In: Amann G, Wipplinger R (Hrsg.) Sexueller Mißbrauch. Tübingen (dgv), S. 586–602.
- Eddy DR (1991) Eine Methode, mit Sexualtätern und ihren Opfern zu arbeiten. In: Rotthaus W (Hrsg.) Sexuell deviantes Verhalten Jugendlicher. Dortmund: modernes lernen, S. 152–162.
- Gruber T (1999) Über die Arbeit mit jugendlichen Sexualstraftätern in einem Zwangskontext. In: Wodtke-Wernes V (Hrsg.) Nicht wegschauen! Vom Umgang mit Sexualstraftätern. Baden-Baden: Nomos, S. 139–151.
- Hammerschlag H, Schwarz O (1998) Das Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten – ein erster Überblick. *NStZ* 18: 321–326.
- Hendriks J, Bullens R (1998) Dauerhafte Veränderung – J. Handbuch Rückfallvorbeugung. Leiden: Ambulant Bureau Jeugdweelzijn zorg.
- Hilpert H, Schwarz R, Beese F (Hrsg.) (1981) Psychotherapie in der Klinik – Von der therapeutischen Gemeinschaft zur stationären Psychotherapie. Heidelberg: Springer.
- Krampen G (1991) Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK). Göttingen: Hogrefe.
- Layne T (1994) Die therapeutische Arbeit mit den Tätern. In: Gegenfurtner M, Bartsch B (Hrsg.) Sexueller Mißbrauch von Kindern und Jugendlichen. Hilfe für Täter und Kind. Magdeburg: Westarp, S. 118–130.
- Madanes C (1997) Sex, Liebe und Gewalt. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Müller-Isberner R, Thomas V (1992) Psychotherapie von Sexualstraftätern im Maßregelvollzug. *Recht u. Psychiatrie* 10: 42–47.
- O'Callaghan D, Print B (1994) Adolescent Sexual Abusers. Research, Assessment and Treatment. In: Morrison T (Hrsg.) Sexual Offending against Children. London: Routledge.
- Rehder U (1993) Sexuell abweichendes Verhalten – Klassifikation, Ursachen, Behandlung. In: Egg R (Hrsg.) Sozialtherapie in der 90er Jahren. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Rösler M (1997) Die Prognose der Sexualdelinquenz bei Jugendlichen und Heranwachsenden. In: Warnke A, Trott GE, Remschmidt H (Hrsg.) Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bern: Huber.
- Rotthaus KP (1998) Neue Aufgaben für den Strafvollzug bei der Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straften. *NStZ*: 597–600.
- Rotthaus W (1990) Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dortmund: modernes lernen.
- Rotthaus W (1998) Freiwilligkeit und Zwang und was dazwischen liegt – Ein Plädoyer für variable Therapiekonzepte. In: Wagner E, Werdenich W (Hrsg.) Forensische Psychotherapie. Wien: Facultas, S. 271–280.
- Rotthaus W, Oruber T (1997) Systemische Tätertherapie mit Jugendlichen und Heranwachsenden. Einladung zur Konstruktion einer Welt der Verantwortlichkeit. In: Amann G, Wipplinger R (Hrsg.) Sexueller Mißbrauch: Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. Tübingen: dvg, S. 573–585.
- Russinger U, Wagner E (1999) Gewalt – Zwang – System. Systemisch-konstruktivistische Konzepte in institutionellen Zwangskontexten. *Z System Ther* 17: 144–156.
- Schall H, Schreibauer M (1997) Prognose und Rückfall bei Sexualstraftätern. *NJW*: 2412–2420.
- Schmidt G (1996) Inhaftierte Sexualstraftäter. *Bewährungshilfe* 1: 3–16.
- Schüler-Springorum H et al. (1996) Sexualstraftäter im Maßregelvollzug – Grundfragen ihrer therapeutischen Behandlung und der Sicherheit der Allgemeinheit – Gutachten der unabhängigen Expertenkommission. *M Schr Krim* 3: 147–209.
- Thomas-März V, Müller-Isberner R (1995) Psychotherapie mit Sexualstraftätern. *ZfStrVo* 44: 344–347.
- Wiederholt IC (1989) Psychiatrisches Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter in der Justizvollzugsanstalt München. *ZfStrVo* 38: 231–236.

## **7 Jugendforensik, Jugendhilfe und Jugendgerichtsbarkeit in den Niederlanden – Neuere Entwicklungen**

Theodore A.H. Doreleijers

Im Laufe des 20. Jahrhunderts wurde in den Niederlanden die Versorgungsstruktur in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe umfangreich differenziert. Diese Differenzierung wurde vor allem dadurch bedingt, dass die Institutionen der Jugendhilfe verschiedenen Ministerien unterstellt wurden, nämlich den Ministerium für öffentliche Gesundheit, Soziales und Sport, dem Justizministerium und dem Erziehungsministerium. Es gibt somit kein eigenständiges Ministerium, das hauptsächlich für Jugendfragen zuständig ist.

Komplizierter wird dieser Situation dadurch, dass diese verschiedenen Bereiche zusätzlich aus unterschiedlichen Quellen ihre Finanzierung erhalten. Einrichtungen der Erziehungshilfe werden ebenso wie Justizeinrichtungen zentral aus dem Staatsbudget finanziert. Im Sozialwesen obliegt die Bereitstellung der Mittel dagegen den einzelnen Provinzverwaltungen (die vier größten Städte sind diesbezüglich Provinzen gleichgestellt). Die Psychiatrie erhält ihre Gelder aus einem Finanztopf für „außergewöhnliche medizinische Leistungen“, und private Krankenversicherungen tragen hier ergänzend die Kosten.

Zusätzlich zu dieser Differenzierung bestand über mehr als ein Jahrhundert hinweg eine subsidiäre Aufteilung der Leistungen der Jugendhilfe. Die Konkurrenz der Religionsgemeinschaften spiegelt sich heute noch in der Vielfalt von Organisationen in Politik, Erziehung, Gesundheitspflege, Medien, Sportverei-

nen, Theater etc. wider. So bestehen in größeren Städten römisch-katholische, jüdische, moslemische und eine Vielzahl von protestantischen Schulen. Eine ähnliche Vielfalt findet sich auf dem Gebiete der Gesundheitspflege, bei Sportvereinen, oder sogar bei Radio- und Fernsehsendern. Ähnliches galt für den Bereich der Psychiatrie und des Sozialwesens, denn auch hier existierte ein reichhaltiges Angebot an Einrichtungen neben staatlichen Institutionen.

In Städten wie Den Haag (400.000 Einwohner) boten in den 80er Jahren insgesamt etwa 50 Jugendhilfeeinrichtungen Leistungen an (Kriseninterventionszentren, Heime für weggelaufene Mädchen, medizinische Tageskliniken, kinder- und jugendpsychiatrische Zentren, die Bewährungshilfe für Jugendliche, Vormundschaftsbehörden etc). Jeder dieser Dienste wurde von den Trägern nicht nur finanziert, sondern es fand auch abhängig vom weltanschaulichen Hintergrund des Trägers eine inhaltliche Beeinflussung statt. Die Einrichtungen waren weder vernetzt, noch gab es einheitliche Konzepte und Angebote im Bereich der Jugendhilfe. Eine Zusammenarbeit der Jugendhilfeeinrichtungen mit den Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie bestand nicht. Aus diesem Grund waren Zuweisungen, Behandlung und Nachsorge nicht vernetzt organisiert und insgesamt herrschte wenig professionelles Arbeiten in den einzelnen Einrichtung vor, weil jeder Anbieter sein individuelles und auf die Einrichtung zentriertes Angebot ohne Kooperation mit den anderen pflegte.

1994 beschlossen die damaligen Staatssekretariate der Justiz, der Gesundheit, des Sozialen und des Sports in diesem „Institutionsdschungel“ gründlich zu reformieren. Sie initiierten ein „Megaprojekt“ mit dem Namen Regie der Jugendhilfe (Regie in de Jeugd zorg 1994). Das Hauptziel der Jugendhilfe sollte eine zweispurige Neuausrichtung sein. Der Zugang zu den Hilfeleistungen sollte durch standardisierte Verfahren bei der Aufnahme und auf den Angebots- und Versorgungsbedarf bezogene Selektion (Triage) verbessert werden. Erst wird eine Indikation für eine spezifische Jugendhilfemaßnahme gestellt, in einem zweiten Schritt wird ein Behandlungsplan entwickelt und danach wird die Jugendhilfemaßnahme umgesetzt.

## 7.1 Zuweisung zur Jugendhilfe

Um Kinder und ihre Eltern davon zu bewahren, von Ort zu Ort gesandt zu werden, wurde eine so genannte Institution mit dem Namen „einzige Tür“ eingerichtet. Hier findet die Triage statt, um mittels angemessener Kriterien die geeignete Einrichtung für das Kind und den Jugendlichen auszusuchen. In kleineren Orten und Regionen ist damit wörtlich die „Tür“ der einzigen Triagestelle der Jugendhilfe gemeint, in größeren Städten und Regionen verteilen sich diese Zugangswege auf die verschiedenen Einrichtungen. In diesen Jugendhilfeeinrichtungen wurden Aufnahmeteams aus verschiedenen Berufsgruppen aufgestellt, die in der Lage sind, nach einem Screening eine an-

gemessene Begutachtung durchzuführen (Yperen u. Geffen 1997). Mit der aus der Begutachtung gewonnenen Einschätzung der Problemlagen der Jugendlichen soll eine Differenzierung für die Zuteilung zu den Maßnahmen und eine Bestimmung des erforderlichen Umfangs gewährleistet werden. Ein spezielles auf einem qualifizierten und multidisziplinären Team beruhendes Einschätzungsverfahren kann die Indikationen über Länge, Umfang, Art der Einrichtung und die Notwendigkeit weitergehender Hilfsangebote (z.B. Psychotherapie oder [teil-]stationäre Behandlung) stellen. In den letzten Jahren wurden in verschiedenen Regionen mit dieser Organisationsstruktur der Jugendhilfe Probeläufe durchgeführt, bei denen einige Anfangsschwierigkeiten zutage traten.

Sozialarbeiter der Vormundschaftsbehörden, Psychologen der Jugendpsychiatrieeinrichtungen, Bewährungshelfer für Jugendliche und Jugendarbeiter bilden gemeinsam diese Erstaufnahmeteam für das Screening und die diagnostische Begutachtung. Vor ca. zwanzig Jahren wurden ambulante psychiatrische Einrichtungen auf regionaler Basis zu sogenannten „Riaggs“ (regionale Polikliniken) zusammengefasst, nachdem sie historisch im Laufe des zwanzigsten Jahrhunderts auf konfessioneller Basis aufgebaut worden waren. Die traditionelle Einstellung, dass der „zwischen zwei Köpfen verschiedener Konfessionen auf einem Kopfkissen immer auch der Teufel liege“ konnte in den achtziger Jahren allmählich überwunden werden. Bei der Arbeit der neu strukturierten psychosozialen Einrichtungen sind allerdings neue „Teufel“ geschaffen worden, die aufs Neue entschlossen bekämpft werden müssen.

Auch der Gesetzgeber konnte bisher nicht alle neuen Probleme lösen. Die Ratifikation des neuen Jugendhilfegesetzes wurde über Jahre hinweg verzögert. Ein Ziel dieses Gesetzes war es, dass alle Dienste aus der gleichen Hand finanziert werden sollten; vor allem von Kinder- und Jugendpsychiatern ging jedoch eine starke Opposition aus und es ist ihnen anscheinend gelungen, eine separate Finanzierung zu behalten.

## 7.2 Programme der Jugendhilfe

Wie oben erwähnt, hat das Projekt „regie in de jeugd zorg“ zwei Hauptziele: den Zugang zur Jugendhilfe und die Planung der Hilfestellungen zu entwickeln und zu koordinieren. Ein weiteres Ziel besteht darin, die Planung der Hilfsprogramme zu zentralisieren, die Zuweisung der Hilfen zu vereinfachen und mit dem gemeinsamen Wissen der Fachleute aus den jeweiligen Fachdisziplinen den Bedürfnissen der Kinder und ihrer Eltern besser gerecht zu werden. Bis jetzt konnte es vorkommen, dass ein psychisch schwer auffälliges Kind im Sozialwesen ungenügend diagnostiziert und behandelt wurde, danach zum öffentlichen Gesundheitsdienst (dort arbeiten nicht in jedem Fall Kinder- und Jugendpsychiater) überwiesen wurde und dadurch erst im dritten Schritt zum Kinder- und Jugendpsychiater kam. Jugendliche Straffällige fan-

den erst über den Umweg über die Polizei, die Kinderschutzbehörde, den Bewährungshelfer für Jugendliche und ggf. sogar noch das Gefängnis zum forensisch qualifizierten Jugendpsychiater. So konnte im Sozialwesen jahrelang ein Jugendlicher betreut werden, ohne dass ein Psychologe oder Psychiater hinzu gezogen worden ist. Auf diese Weise wurden viele Störungen nicht diagnostisch erfasst und in vielen Fällen setzte eine angemessene Behandlung viel zu spät ein. Die vorgesehene Koordinierung der Hilfsangebote bietet für dieses Problem eine Lösung. In vielen Städten werden spezialisierte Fachgruppen für bestimmte Störungsbilder aufgebaut. In Den Haag arbeiten z.B. Mitarbeiter des Sozialwesens aus verschiedenen Bereichen (Justiz, Jugendsozialwesen, psychiatrisch-psychologische Dienste) zusammen, um Behandlungsangebote für jugendliche Straffällige mit Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörungen und autistische Kinder zu entwickeln.

Die Koordination der Behandlungsangebote muss von allen beteiligten Institutionen gemeinsam getragen werden und wird durch einen erfahrenen „jack-of-all-trades“ (Kordinator) repräsentiert. Dieser Koordinator ist der Vorsitzende eines Behandlungs-Koordinierungskomitees, der sich aus Mitgliedern verschiedener Disziplinen der beteiligten Institutionen zusammensetzt (Doreleijers 1998). Diese bilden mit ihren Leitern den Vorstand und unterstützen den Koordinator. Wenn die erweiterte Begutachtung abgeschlossen ist, wird der Fall in diesem Komitee vorgestellt. Hier wird ein „maßgeschneiderter“ Behandlungsplan entworfen, dessen einzelne Elemente (Module) werden von den verschiedenen beteiligten Institutionen durchgeführt werden. Die Fallführung liegt wiederum in den Händen eines „Case managers“ (Fallverantwortlichen), der zentral den Kontakt zu den Patienten und ihren Familie, sowie zu den beteiligten Fachinstanzen gewährleistet und somit einen zentralen Knoten im Netzwerk bildet.

### **Fallbeispiel**

Der 15-jährige Stefan leidet an einer Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und raucht exzessiv Cannabis, vermutlich im Sinne einer Selbstmedikation. Er stammt aus einer dysfunktionalen Familie. Sein Vater leidet an ausgeprägten Symptomen des ADHS und die Mutter hat kontinuierlich Konflikte mit ihrem impulsiven und dominanten Mann. Stefan beging zunehmend schwerere Einbrüche, um seinen Suchtmittelkonsum zu finanzieren. Die Behörde ordnete eine forensisch psychologisch-psychiatrische Begutachtung an, nach deren Empfehlung eine Bewährungsstrafe vom Gericht angeordnet. Die Auflage sah vor, dass Stefan sich einer Behandlung zu unterziehen habe. Zusätzlich musste der Bewährungshelfer des Jugendlichen regelmäßig dem Staatsanwalt Bericht über sein Verhalten erstatten. Das Behandlungsprogramm bestand aus den folgenden Maßnahmen und Therapien:

1. Medikamentöse Behandlung durch einen Kinderpsychiater im lokalen Zentrum für Kinder und Jugendpsychiatrie

2. Gruppentherapie mit dem Schwerpunkt der Suchtbehandlung wegen der Cannabisabhängigkeit und zur Verbesserung der sozialen Fertigkeiten
3. Elternberatung abwechselnd mit Familieninterventionssitzungen mit allen Beteiligten aus der Familie

Stefan absolviert seine Gruppentherapie in der lokalen Poliklinik (Riagg). Die Elternberatung wird durch die Vormundschaftsbehörde durchgeführt, die auch für die Bewährungshilfe verantwortlich ist. Der Fallverantwortliche steht in regelmäßig in festem Intervall mit der Schule und den anderen an dem Hilfeprogramm beteiligten Fachleuten in Verbindung.

Der Erfolg eines solchen Vorgehens hängt stark vom Engagement der Leitung der beteiligten Institutionen ab, aber auch von den finanziellen Zuwendungen (Bonusleistungen), die für eine gute Kooperation aller beteiligten Hilfsinstitutionen angeboten werden. Die regelmäßige Auswertung der Erfahrungen aller beteiligten Klienten gibt der Programmkommission und den Fachpersonen in den Einrichtungen genaue Rückmeldung über den Entwicklungsstand der Jugendlichen in der Maßnahme. Auf der anderen Seite ist durch die Budgetverantwortlichen der Regierung dafür zu sorgen, dass keine Unterbrechungen im Programm auftreten.

### 7.3 Haftanstalten für Jugendliche

Hier sollen die letzten Entwicklungen in den Haftanstalten für Jugendliche in Holland beschrieben werden. Zuvor wird zum besseren Verständnis das Vorgehen nach dem holländischen Jugendstrafgesetz vorgestellt.

In Holland gilt für Jugendliche vom 12. bis zum 18. Lebensjahr das Jugendstrafgesetz. Kinder unter 12 sind vor Strafverfolgung freigestellt. Die Kinderschutzbehörde fordert vom Jugendgericht im Fall krimineller Handlungen die Einleitung einer zivilen auf Hilfe und Behandlung ausgerichteten Maßnahme für die Kinder. Das Jugendstrafrecht hat einen präventiven und pädagogischen Charakter: Nicht der Konflikt zwischen dem Handeln des Tatverdächtigen und rechtlichen Erwartung der Gesellschaft steht im Vordergrund, sondern die Suche nach geeigneten Hilfen und Problemlösungen für die psychosozialen Auffälligkeiten der Jugendlichen steht im Vordergrund.

1995 trat das revidierte Jugendstrafgesetz in Kraft. Es wurde geschaffen, um dem den gestiegenen Erwartungen der Jugendlichen nach mehr Freiheiten zu entsprechen und um gleichzeitig der politischen Forderung nach einer konsistenteren und wirkungsvolleren Antwort auf die Jugendkriminalität nachzukommen. Unter dem neuen Gesetz wurden die Höchstgrenzen für die Haftstrafen von 6 auf 12 Monate für 12-15-Jährige bzw. bis zu 24 Monaten für 16 und 17-Jährige angehoben. Die maximale Geldstrafe wurde von ca. 200 € auf 2.000 € (Stand im Jahre 2000) erhöht. Zudem wurde ein komplexes System von Alter-

nativmaßnahmen zu Haft- und Geldstrafen entwickelt. Jetzt dürfen die Jugendgerichte keine Maßnahmen anstelle einer strafrechtlichen Sanktion für Jugendliche über 12 Jahren aussprechen.

Es werden ca. 70% der von der Polizei verhafteten Jugendlichen wurden wegen der Deliktsschwere dem Staatsanwalt vorgeführt. Aber nur in 15% aller Verhaftungen findet auf Antrag des Staatsanwaltes ein Gerichtsprozess statt. Das Jugendgericht ist nur für Fälle mit einer bereits fortgeschrittenen kriminellen Karriere vorgesehen. Aus drei verschiedenen Gründen können Jugendliche in einer Haftanstalt untergebracht werden. Die Haft hat dementsprechend drei verschiedene Funktionen:

1. Untersuchungshaft für Jugendliche, bei denen noch kein Urteil gefällt wurde. Mit diesen Jugendlichen werden ggf. diagnostische fachliche Begutachtungen in der Haftanstalt durchgeführt, wodurch sich z.T. ein anderer Haftgrund ergibt.
2. Verbüßung von Haftstrafen bei Jugendlichen.
3. In einigen Haftenrichtungen werden auch Maßnahmen und Behandlungen durchgeführt. Diese werden als dann Maßnahmen anstelle oder begleitend zum Haftaufenthalt durchgeführt, wenn die Empfehlung aus der Begutachtung eine schwere psychische Störung oder Geisteschwäche nachwies, die einen Aufenthalt in einer geschlossenen Einrichtung notwendig macht. Auch die Maßnahmen und Behandlungen in den Haftanstalten können die Rehabilitation zu Ziel haben.

In den Niederlanden findet eine intensive Debatte darüber statt, wie diese Maßnahmen und die Behandlung in Haftanstalten gestaltet sein sollen. In dieser Debatte stehen die folgenden Punkte im Vordergrund:

1. Der Staatsanwalt und/oder eine andere Behörde verlangen eine Begutachtung nach der Inhaftierung. Sie leiten diese eigenständig ein, aber sie können aber auch die Kinderschutzbehörde hinzuziehen. Die Kinderschutzbehörde muss in Holland alle von der Polizei verhafteten eines Verbrechens verdächtigen Minderjährigen betreuen. Das Gericht kann auch eine Begutachtung durch niedergelassene oder andere ambulant tätige Fachpersonen aus Psychologie oder Psychiatrie durchführen lassen (Doreleijers 1995). Wenn die Jugendlichen in Untersuchungshaft sind, kann die Justizbehörde verlangen, dass sie in der Haftanstalt untersucht werden. Auch die Gefängnisleitung kann angefragt werden, einen Bericht von den dort tätigen Fachleuten aus den Fachbereichen Psychologie, Psychiatrie und Sozialarbeit erstellen zu lassen. Im ersten Fall wird das Gutachten recht rasch und verhältnismäßig günstig erstellt, beinhaltet aber meist nur die Sicht einer einzigen Disziplin (Schnappschuss). Im zweiten Fall ist die Beobachtungszeit länger (meist mehrere Wochen), der Bericht wird aus multidisziplinärer Perspektive erstellt und beinhaltet deshalb Verlaufsbeobachtungen des Verhaltens und der Entwicklung eines Jugendlichen während der Beobachtungszeit. Diese zweite Form der Gut-

achtenerstellung ist jedoch 5-10 mal so teuer wie das vom externen Gutachter erstellte Gutachten. Die wesentliche Frage besteht jedoch nicht darin, welche Art des Gutachtens besser sei, sondern eher darin, wie sich die Indikationsstellung für die Erstellung eines Gutachtens vereinfachen, also standardisieren lässt. In einigen Fällen entscheidet die Art des Verbrechen für die Form und den Umfang der Begutachtung (ernsthafte Gewalt- und Sexualverbrechen werden meist eine interne umfangreiche Begutachtung erfordern, während minderschweres Fehlverhalten durch einen externen Gutachter beurteilt werden kann). Die Frage bleibt allerdings offen, wer darüber entscheiden kann, welche Form der Begutachtung erforderlich ist, wenn aus der Art des begangenen Deliktes keinerlei sichere Hinweise über eine mögliche Psychopathologie vorliegen.

2. Ein weiteres Problem ist die Frage, ob in dem Gutachten über die Beantwortung der von der Justizbehörde gestellten Fragen hinaus auch ein Maßnahme- und Behandlungsplan für die Phase nach der Verhandlung entwickelt und empfohlen werden darf. Die Anforderungen an die Diagnostik sind unterschiedlich, abhängig davon, ob das Gutachten von den Justizbehörden oder den Sozialbehörden verwandt werden soll. Die verschiedenen Parteien erwarten Unterschiedliches vom Gutachten. In diesem Spannungsfeld stehen die Bedürfnisse der Justizbehörde auf der einen Seite und den Bedürfnissen der Eltern und professionellen Helfer auf der anderen Seite gegenüber.
3. Auf der aktuellen Organisationsstufe ist noch nicht geklärt, welche Instanz während der Inhaftierung für die regelmäßige Betreuung der Jugendlichen zuständig ist. Wenn ein Psychologe auf einer Beobachtungsabteilung für das Gutachten zur im Auftrag der Justiz verantwortlich ist, kann er nicht gleichzeitig für die psychologische und therapeutische Betreuung des Jugendlichen verantwortlich sein. Die Befürworter einer Begutachtung durch Gutachter, die nicht in der Einrichtung tätig sind, plädieren dafür, ohne Ausnahme vollständig die Vergabe aller Gutachtenaufträge an einrichtungsfremde Gutachter vorzunehmen. Diejenigen, die einer einrichtungsinternen Begutachtung den Vorzug geben argumentieren, dass bei einer einzigen Konsultation pro Woche die ganze Fülle der in Dokumentation des Verlaufs gesammelten Beobachtungen verloren gehe. Um dies zu berücksichtigen, wurde in einem Gefängnis ein so genanntes „fliegendes Team“ geschaffen. Dieses arbeitet unabhängig vom Betreuungsteam und hat keine therapeutischen Funktionen bei den zu begutachtenden Jugendlichen. Sie können problemlos an regelmäßigen Fallbesprechungen teilnehmen, wenn die Jugendlichen und ihre Eltern die Erlaubnis dafür erteilen.
4. Ein weiterer Konfliktbereich ist das Verhältnis zwischen den Therapeuten der Jugendlichen in den Institutionen und den Ärzten und Pflegepersonen des medizinischen Teams. Die Therapeuten gehörendem sozialtherapeutischen und psychotherapeutischen Behandlungsteam an. Ihre Aufgabe besteht darin, das Verhalten der Jugendlichen positiv zu

beeinflussen, um psychische Symptome und Störungen des Sozialverhaltens zu verbessern. Das medizinische Personal ist für die somatische und psychiatrische Versorgung verantwortlich. Interessenkonflikte entstehen z.B. dann, wenn ein Jugendlicher zur Somatisierungen neigt, deswegen somatisch durch das Behandlungsteam behandelt und ggf. von der den Gruppen- und Einzelmaßnahmen befreit wird, und dadurch seine Verpflichtung zur Teilnahme an den sozialtherapeutischen und psychotherapeutischen Angeboten umgeht.

Aus dieser Beschreibung der Situation wird deutlich, dass diese Debatte über die Entwicklung der Jugendhilfe bei forensischen Maßnahmen in den Niederlanden noch lange nicht abgeschlossen ist. Das Justizministerium hat zur Klärung dieser Fragen zwei Arbeitsgruppen eingesetzt.

## 7.4 Neue Einrichtungen

In den vergangenen drei Jahren wurde in Holland eine Reihe von innovativen Verbesserungen im Bereich der Jugendhilfe, in der Justiz, vor allem im Bereich der stationären Behandlung von jugendlichen mit sozialen Auffälligkeiten und Delinquenz realisiert. Die Veränderungen resultierten aus der Erkenntnis, dass die traditionelle Inhaftierung die Prognose nicht verbessern kann, also die Rückfälle nicht verhindern kann und eine stagnierende psychosoziale Entwicklung nicht wieder in Gang bringen kann, unabhängig davon, wie professionell die Angebote in Erziehung und Ausbildung durchgeführt werden. Während die Einrichtungen weiterhin das „Bedürfnis der Gesellschaft“ nach „Vergeltung“ gegenüber den jugendlichen Straftätern befriedigen, zeigt die Forschung, dass die klassische Form der Bestrafung keine sozial ausreichende und wirtschaftlich angemessene präventive Wirkung hinsichtlich zukünftiger Straftaten zeigt und die Rückfallrate durch die klassische Form des Strafvollzuges relativ unbeeinflusst bleibt.

Deshalb wird zunehmend mehr in die Früherkennung von Warnsignalen für kriminelles Verhalten investiert. Mit delinquentem Verhalten assoziierte psychische Störungen sollen behandelt werden, die Familienprobleme gemindert und die Lern- und Verhaltensstörungen in der Schule gebessert werden. Dazu gehört, dass ein Beitrag zur sozialen Integration geleistet wird, indem die Institutionen der Jugendhilfe bei der Stellensuche behilflich sind, Lehrangebote vermitteln oder schaffen und die Jugendlichen darin unterstützen, soziale Kompetenzen und eine angemessene Eigenständigkeit zu entwickeln. Wenn diese Ziele eine Aussetzung des Vollzuges der Haft auf einige Monate, oder sogar nur einige Stunden am Tag erfordern, so stehen dafür neue Haftformen wie die „Halbgefängenschaft“ (nur nachts) zur Verfügung, um den Jugendlichen die Teilnahme an einem Tagesklinikangebot oder einer ambulanten Behandlung zu ermöglichen (Bartels et al. 1999). Der Nachteil dieser Form einer mit einer ambulanten Maßnahme kombinierten Haft ist, dass hierbei

in einer so genannten zweigleisigen Finanzierung die Kosten von unterschiedliche Trägern übernommen werden: Das Justizsystem zahlt für die Aufwendungen der Haft, während das Gesundheitswesen und Krankenkassen die Behandlung finanzieren müssen. Eine einheitliche Lösung der Kostenträgerschaft für die kombinierten Haft- und Behandlungsangebote konnte bisher nicht durchgesetzt werden.

Eine große Zahl weiterer Maßnahmen der primären, sekundären und tertiären Prävention von Delinquenz bei Jugendlichen sind lokal von unterschiedlichen Trägern realisiert worden. Als Beispiel für diese Programme der Prävention sei hier das SPRINT Projekt in Amsterdam beschrieben. Es ist in den Niederlanden eines der wissenschaftlich am besten evaluierten Projekte (Slot et al. 1999).

Als Teil dieses Projektes werden die Lehrer von Kindern in der vierten Schulklasse dazu angeleitet, die zehnjährigen Kinder mit hohem Risiko für eine dissoziale und delinquente Entwicklung zu identifizieren. Diese Kinder werden mit Screeninginstrumenten untersucht und bei Bestätigung des Verdachts für ein Risiko wird mit den Eltern Kontakt aufgenommen. In einer Sitzung wird ihnen der Sachverhalt erklärt und sie werden eingeladen, an einer kontrollierten therapeutischen Studie zur Prävention krimineller Entwicklung im Jugendalter teilzunehmen.

Allerdings wird die Mehrzahl der anderen innovativen Projekte in Holland nicht wissenschaftlich evaluiert. Dadurch fällt es einerseits schwer ihre Wirksamkeit zu belegen und aus diesem Grunde ist es natürlich für die politischen Instanzen schwierig zu entscheiden, ob es sinnvoll ist, ein Projekt nach der Probephase weiter zu führen.

## 7.5 Hilfsverbände und Abläufe

Das Ziel der Leitung der Jugendhilfe ist es, die Arbeit der verschiedenen professionellen Stellen aufeinander abzustimmen und zu verhindern, dass die betroffenen Jugendlichen durch die „Stäbe des Gitterrostes“ der Hilfsmaßnahmen fallen oder von einer in die nächste Maßnahme geschickt werden, ohne dass eine angemessene Behandlung stattfindet. Eines der Hauptziele der Arbeit in der Jugendforensik in der nächsten Zeit wird die Einrichtung von integrierten und verbundenen Hilfseinrichtungen sein. Diese Verbände werden regional organisiert und alle Anbieter von Hilfsangeboten für Jugendliche sind daran beteiligt. Jeder Verbund wird ambulante und stationäre Behandlung anbieten können. Bei der Behandlungsplanung liegt der Focus auf der Kontinuität der Maßnahmen. Dies wird dadurch gefördert, dass auch die Finanzierung nur für kontinuierliche Maßnahmen und Behandlungsangebote zur Verfügung gestellt wird. Es werden nicht mehr die einzelnen Institutionen oder Abteilungen finanziert, sondern ein Budget für Behandlungsprogramme aufgestellt. Die Produktivität (und wenn möglich die Wirksamkeit) ist von

den Anbietern jährlich zu belegen, damit sie weiter Gelder erhalten. Evaluationsstudien in den holländischen Haftanstalten für Jugendliche haben gezeigt, dass in den letzten Jahren vor allem ein ausgeprägter Mangel in der Nachsorge für die hohen Rückfallraten verantwortlich war. Somit muss durch die Überwachung der Abläufe vor allem darauf geachtet werden, dass Jugendliche während oder bereits vor und nach ihrer Entlassung aus der Haft oder einer Maßnahme intensiv beraten und begleitet werden.

## 7.6 Probleme im System der forensischen Jugendhilfe

Diese Entwicklungen erscheinen den Beteiligten auf den ersten Blick beeindruckend zu sein. Es sind sicher besonders wichtige Innovationen und die Beteiligten gehen davon aus, dass die Jugendforensik in den Niederlanden ein „Trendsetter“ im Umgang mit der Zunahme von Gewalt, Kriminalität und Entfremdung bei den Jugendlichen sein wird. Es bleibt aber noch viel zu tun, um weitere Verbesserungen durchzusetzen. Folgende Problemstellen und Fußfallen im System sind identifiziert: Angenommen ein Jugendlicher wird in einer forensischen Tagesklinik aufgenommen und die Therapie ist dank dem Schutz der vom Gericht verordneten unfreiwilligen Behandlung erfolgreich. Zufälligerweise wird er verhaftet, weil er eine kleine Straftat begeht, beispielsweise eine CD klaut. Dies kann zur Folge haben, dass er trotz allem seine Strafe absitzen muss. Dies kann kontraproduktiv für die Durchführung der Maßnahme sein, weil die kontinuierliche Betreuung unterbrochen wird. Der Bewährungshelfer bzw. Sozialarbeiter muss sich dann für Reintegration des Jugendlichen in die Maßnahme bei Gericht einsetzen oder der Anwalt des Jugendlichen kann versuchen, dem Gericht diese besondere Lage erklären. Es fehlt jedoch noch der gesetzliche und juristische Rahmen für alle Eventualitäten im Verlauf der Maßnahmen, während die modernen Einrichtungen bereits arbeiten. Auf der Seite der Gerichte findet sich häufig die Meinung, dass die Mitarbeiter der jugendforensischen Hilfseinrichtungen ihre Arbeit ohne fundierte Kenntnisse der juristischen und gesetzlichen Grundbedingungen durchführen.

Eine weitere Schwierigkeit besteht oft darin, die Familien bzw. Eltern der Jugendlichen in die Maßnahme und Behandlung einzubeziehen. Die Eltern sind unter Umständen selber sozial oder psychisch beeinträchtigt oder delinquent auffällig und möchten in der Maßnahme nicht mitarbeiten. Viele Eltern nicht-niederländischer delinquenten Jugendlicher leben im Ausland oder sind selber im Gefängnis. Manchmal geht es bei der Behandlung sogar primär um die Streitigkeiten zwischen den Eltern und die familiären und erzieherischen Funktionsstörungen. Das bestehende System stellt für diese Probleme leider noch keine geeigneten Werkzeuge und Angebote zur Verfügung. Regelmäßig stellt auch die Tatsache eine Behinderung dar, dass viele die Eltern ihr Sorgerecht behalten, obwohl sie bei den Maßnahmen nicht kooperieren. Jugendliche sind dann oft zu alt für zivilrechtliche Maßnahmen. Dadurch geht wert-

volle Zeit verloren, denn wenn die Jugendlichen ihr siebzehntes Lebensjahr erreicht haben, hält das Gericht es oft für nicht mehr für sinnvoll, die Jugendlichen in einer Maßnahmen zu platzieren.

## 7.7 Schlussfolgerungen

Nach den durchgeführten Veränderungen beginnen in den Niederlanden die verschiedenen Fachdisziplinen, die Ministerien und die Kostenträger sich besser bei Maßnahmen der forensischen Jugendhilfe abzusprechen. Es wird zunehmend anerkannt, dass Maßnahmen für effiziente Bekämpfung der Kriminalität und eine wirksame Beeinflussung gefährdeter Jugendlicher hohe Anforderungen an die Teams und Einrichtungen stellen, die laufend durch begleitende Forschung evaluiert und daraufhin weiterentwickelt werden müssen.

### Literatuur

- Bartels AAJ, Parker Brady M, Doreleijers TAH (1999) Sociale vaardigheidstraining als basis voor een forensisch jeugdpsychiatrisch dagklinisch programma (Social Skills Training as a Basis for a Forensic Adolescent Psychiatric Day Treatment Program). In: Collot d'Escury-Koenigs A, van der Linden A, Saterse T (Eds.) Van preventie tot straf. Naar meer sociale vaardigheden bij jongeren. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bartels JAC (1997) Jeugdstrafrecht (Juvenile Criminal Law). In: Bartels JAC, Duits N, Gunning WB (Eds.) Jeugdpsychiatrie en Recht. Assen: Van Gorcum.
- Boendenmaker L (1999) Justitiele behandelinrichtingen voor jongeren. Populatie en werkwijze (Judicial Treatment Centers for young people. Population and treatment methods). Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Doreleijers TAH (1995) Diagnostiek tussen Jeugdstrafrecht en Hulpverlening (Diagnostic Assessment between the Juvenile Criminal Law and Professional Assistance). Arnhem: Gouda Quint.
- Doreleijers TAH (1998) Het netwerk sluit zich. Over samenwerking in de aanpak van jeugdige delinquenten met stornissen (A closing network. About cooperation in the approach of disordered juvenile delinquents). In: Koops W, Slot NW (Eds.) Van Lastig tot misladig. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Herk L van (1997) De Justitiele Jeugdinrichtingen (Juvenile Detention Centers). In: Bartels JAC, Duits N, Gunning WB (Eds.) Jeugdpsychiatrie en Recht. Assen: Van Gorcum.
- Regie in de Jeugdzorg (Direction in Youth Care) (1994) Standpunt van de ministers van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en Justitie (Point of View of the Ministers of HWS and Justice). Den Haag: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- Slot NW, Duivenvoorden Y van, Orobio de Castro B, Speekenbrink M, Afkerin A (1999) Voortgang van het project Psrint. Deelrapport II (Proceeding Report of the Sprint Project. Part II.). Amsterdam/Duivenrecht: PI Research.
- Yperen TA, Geffen L (1997) Screening, diagnostiek en indicatiestelling. Toegang tot de jeugdzorg (Screening, diagnostics and indication. Access to Youth Care). Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.



## 8 Gewalttätige Mädchen, gewalttätige Jungen – Der Nachteil des Geschlechts<sup>5</sup>

Susan Bailey

Offizielle Kriminalstatistiken aller Länder zeigen übereinstimmend, dass die Kriminalitätsraten junger Frauen sehr viel geringer ausgeprägt sind als die junger Männer (Heidensohn 1994). Junge Frauen scheinen seltener rückfällig zu werden oder schwere Verbrechen zu verüben und ihre kriminellen Karrieren sind meist kürzer. Es ist deshalb recht erstaunlich, dass es bisher relativ wenig Interesse für Geschlechtsunterschiede bei dissozialem Verhalten im Allgemeinen und Gewalt im Speziellen in der Forschung gab (Rutter et al. 1998). Neuere britische Statistiken zeigen, dass das Maximum der kriminellen Aktivität bei Frauen in einem Alter von 15 Jahren liegt (Graham u. Bowling 1995). Wikström (1990) spricht von einem Maximum zwischen 22 und 24 Jahren bei schwedischen Frauen. Er nahm an, dass bei Frauen die Kurve zweigipflig sein könnte und zudem das Muster im internationalen Vergleich variieren dürfte. Alles spricht dafür, dass junge Frauen im Vergleich mit jungen Männern weniger und andere Delikte begehen und eine unterschiedliche Karriere einschlagen. Auch wenn gezeigt werden konnte, dass junge Frauen von der Justiz unterschiedlich behandelt werden (Morris 1987), kann dies keinesfalls alle statistischen Unterschiede im Vergleich zu jungen Männern erklären. Es gibt einen deutlichen Unterschied im Verhalten. Bekannte Risikofaktoren für Delinquenz variieren in Abhängigkeit vom Geschlecht, aber das kann die unterschiedlichen Verbrechensraten beider Geschlechter bei Jugendlichen

---

5 Ins Deutsche übersetzt von Marc Walther, Simone von Niederhäusern und Ulrich Preuß.

nicht hinreichend begründen. Weiterhin wird dadurch erklärt, warum die Entwicklung von schwer dissozialem Verhalten und kriminellen Handlungen von der Kindheit zur Adoleszenz bei beiden Geschlechtern unterschiedlich verläuft (Loeber u. Hay 1994).

Zwei spezifisch mit dem weiblichen Geschlecht verbundene Delikte sind der Kindesmord und die körperliche Misshandlung von Kindern. Wenn Frauen töten, wird meist davon ausgegangen, dass sie psychisch krank seien. Häufig wurde angenommen, dass die hormonellen Einflüsse im Sinn eines „geheimnisvollen“ Wirkens des weiblichen Körpers verantwortlich für „wild“ und gewalttätig gewordene Frauen seien. Die Schaffung des juristischen Begriffs des Kindesmordes und dessen spezielle Würdigung war ein wichtiger Abschnitt in dieser Tradition. Diese Kategorie kann nur angewendet werden, wenn die Mutter ihr Kind vor dem 12. Lebensmonat umbringt, also in einer Phase, in welcher das psychische Gleichgewicht durch die Geburt oder die Stillperiode labil zu sein scheint. Dieser Verbrechensbegriff fand 1922 Eingang in die englische Gesetzgebung und wurde 1938 modifiziert (Wilczynski 1997). Das Vorgehen bei Kindesmord wird von zwei gegensätzlichen Annahmen getragen. Einerseits wird angenommen, dass Mütter von Natur aus gutwillig, zärtlich und fürsorglich sind und dadurch unfähig erscheinen, dem Kind Schaden zuzufügen, außer sie wären psychisch gestört. Auf der anderen Seite gibt es die Befürchtung, dass dieselbe „weibliche Biologie“ Frauen anfällig für mörderische Attacken auf ihre eigenen Kinder macht, was eine spezielle Würdigung des Tatbestands durch das Gesetz erforderlich mache.

In etwas weniger ausgeprägtem Maß ist auch die Tötung von Familienangehörigen eher typisch für Frauen als für Männer. Tötungen bei Frauen richten sich dreimal häufiger gegen Familienangehörige und dreimal seltener gegen Fremde als bei Männern. Feministische Autorinnen aus der Soziologie vermuten, dass es spezifisch weibliche Zugangswege zur Kriminalität gibt. Beispiele dafür sind Verbrechen, die aus einer Partnerschaft mit einem gewalttätigen oder drogenabhängigen Mann oder Freunden herrühren.

Neuere britische Statistiken (Home Office 1997) zeigen, dass junge Frauen im Gegensatz zur Praxis der in der Zeit bis zu den 1970er Jahren meist von den Gerichten „sanfter behandelt wurden“, weniger streng bestraft wurden, als gleichaltrige Männer. Diese ungleiche Behandlung müsste eigentlich zu einer Verschärfung der Geschlechtsunterschiede in den Häufigkeitsraten der Delinquenz führen. Jedoch traf das Gegenteil zu und der Quotient delinquirender Männer zu Frauen verringerte sich kontinuierlich. Die Verbrechensrate von Frauen nahm somit schneller zu als die von Männern. Die folgenden Ausführungen sollen zeigen, wie Geschlecht, Verbrechen, Kriminalität und Gewalt verbunden sind, wie die geringe aber signifikante Zunahme von durch Frauen verübten Gewaltverbrechen verstanden werden kann und schließlich, wie psychologische und psychiatrische Dienste damit umgehen.

## 8.1 Psychiatrische Abklärung bei jungen Frauen

Psychiatrische Abklärungen stellen meist eher die psychologische und soziale Funktionsweise einer Person in den Vordergrund als den kriminogenen Prozess. In der forensischen Adoleszentenpsychiatrie wird jedoch vorwiegend der Bezug zwischen verschiedenen psychischen Störungen einerseits und der Art des Vergehens andererseits gesucht. Da die Labilität der psychischen Gesundheit in der Adoleszenz bei jungen Frauen von vorübergehender Natur ist, kann die Abklärung nicht nur zum Ziel haben, das Vorhandensein einer psychischen Störung zu bestätigen oder zu negieren, sondern sie muss zusätzlich eine Beurteilung der persönlichen Entwicklung vornehmen. Insbesondere müssen dabei die Entwicklung der Persönlichkeit, der sozialen Fähigkeiten, und des moralischen Urteils beurteilt werden, was Aspekte der Entwicklung von Empathie und die Beziehungsfähigkeit beinhaltet. Die körperliche und intellektuelle Entwicklung wirken sich erheblich auf die psychologische Entwicklung aus. Jegliche Beurteilung von Gesundheit oder Krankheit muss natürlich die unterschiedliche Bedeutung von Symptomen in den verschiedenen Entwicklungsphasen der kindlichen bzw. jugendlichen Entwicklung mitberücksichtigen. Am Beispiel der Anpassungsreaktion nach einem Trauma oder einer Serie negativer Erlebnisse können die Zusammenhänge zwischen Abklärung, Vorhandensein oder Absenz einer Krankheit und Entwicklung am besten aufgezeigt werden. Die Fähigkeit, mit solchen Belastungen fertig zu werden, ist durch Faktoren aus den Konzepten von Vulnerabilität oder Resilience gut zu beschreiben. Deren Bedeutung wird besonders deutlich bei gewalttätigen jungen Frauen, deren Leben in den kritischen ersten Jahren durch eine Reihe von Missbrauchserfahrungen geprägt wurde. Die in forensischen Diensten für Jugendliche diagnostizierten und behandelten jungen Frauen weisen häufig selbstgefährdende Symptome auf wie wiederholte Selbstverletzung („deliberate self harm“) und risikoreiches Verhalten, z.B. indem sie u.a. Feuer legen oder Überfälle begehen, ungeschützte Sexualität, wobei sie im letzten Fall nicht selten auch ihre Freunde, Eltern oder Bezugspersonen schädigen, und Drogenmissbrauch. Bei der Beurteilung der anderen Symptome und Verhaltensweisen wird selbstverständlich berücksichtigt, ob sie alters- und entwicklungstypisch sind.

Psychiatrische Störungen während der Adoleszenz fallen in drei verschiedene Entwicklungskategorien:

- fortdauernde Störungen seit der Kindheit,
- adoleszenztypische Störungen, sowie
- Störungen, die zwar nicht nur in der Adoleszenz vorkommen, aber doch hauptsächlich durch Schwierigkeiten beim Durchlaufen dieser Phase charakterisiert sind.

Die Entwicklung einer persönlichen Identität ist die Hauptaufgabe von jungen Frauen, welche in unterstützenden und wohlwollenden Umgebungsbedin-

gungen aufgewachsen sind. Zusätzliche Aufgaben sind die Etablierung einer erwachsenen Sexualität, der Übergang vom Versorgtwerden zur Verantwortungsübernahme für andere, die Arbeitsfähigkeit und damit die Fähigkeit für sich selbst zu sorgen sowie das Verlassen des Elternhauses mit eigenständiger Wohnführung und Versorgung. Die frühen Lebenserfahrungen jugendlicher Frauen, die mit gewalttätigem und aggressivem Verhalten in Erscheinung treten, machen es oft nicht nur schwierig, sondern unmöglich diese Erfordernisse zu erfüllen. Umgekehrt führt die gleiche Ausgangslage dazu, dass ungeeignete Bewältigungsstrategien verwendet werden, um kurzfristig zu überleben, während die jungen Frauen ihre Zukunftsaussichten weder reflektieren noch planen können.

Die Abklärung einer jungen Frau mit ausgeprägter Gefährdung und möglicher psychischer Störung kann mit verschiedenen Problemen verbunden sein. Nicht zuletzt kann es vorkommen, dass die jungen Frauen ausschließlich Ursache und Ziel von Klagen und Beschwerden anderer sind. Dabei kann wegen der immer noch vorhandenen Gefahr der Stigmatisierung durch ein Labeling durch psychische Krankheiten die Diskriminierung bei dieser schon zuvor negativ etikettierten Gruppe weiter zunehmen. Tatsächlich stellen aber Vertrauensmangel und vorausgegangene negative Erfahrungen das größte Hindernis für diese jungen Frauen dar, die versuchen, ihre innersten Gedanken und Gefühle zu formulieren und diese anderen mitzuteilen. Zum Zeitpunkt der Abklärung durch einen jugendforensischen Dienst existiert bereits ein etabliertes Muster schlechter Beziehungen zu Autoritäten in Elternhaus, Schule, bei Sozialdiensten und der Polizei. Wenn die Erwartung besteht, die Vergehen zu klären, exakte Diagnosen und eine Risikoprognose zu stellen, so wird der Abklärungsvorgang sowohl für die junge Frau als auch für die Fachperson zu einer umfangreichen Aufgabe. In der Praxis muss eine sorgfältige Balance zwischen persönlichem Engagement, der Notwendigkeit, Informationen zu erhalten, und der üblichen psychiatrischen Exploration angestrebt werden.

In einer Welt, in der zunehmend die Weitergabe von Informationen oder sogar das völlige Offenlegen der Daten zwischen verschiedenen Institutionen verlangt wird, um die öffentliche Sicherheit zu gewährleisten, ist der Schutz des Vertrauensverhältnisses und das Bewahren der Schweigepflicht zu forensischen Klienten schwieriger geworden. Besonders bei einer forensischen Abklärung sollte die Schweigepflicht als Mittel zur Vertrauensbildung und damit als Beitrag zur Verbesserung des diagnostischen Prozesses einen wichtigen Aspekt bilden, da sonst ggf. wichtige Informationen von Seiten der zu Begutachtenden nicht geben werden. Die Aufklärung über die notwendige Weitergabe von Informationen an die Justiz stellt eine Notwendigkeit dar, andererseits sollte in der Behandlung auch herausgestellt werden, dass dort Privatheit bei nicht sicherheitsrelevanten Fragen besteht. Außerdem ist ein Modus mit den betreuten Jugendlichen im Voraus festzulegen, wie die Behandelnden in Risikosituationen vorgehen werden, z.B. Benachrichtigung von Justiz oder Polizei.

## 8.2 Psychiatrische Störungen und Gewalt

Die Verhaltensstörungen im Kindesalter mit trotzig-oppositionellem Verhalten (DSM IV: oppositional-defiant disorder, Anm. d. Übers.) sind gleich häufig bei Mädchen und Jungen. Die Störung des Sozialverhaltens (nach DSM IV: conduct disorder, Anm. d. Übers.) kommt jedoch gemäß einer amerikanischen Zwillingsstudie bei Jungen bis zu viermal häufiger vor als bei Mädchen (Simonoff et al. 1997). McGee et al. (1990) fanden, dass nicht gewalttätige Formen der Störung des Sozialverhaltens, vor allem Schulschwänzen und der Konsum von Alkohol und Cannabis bei jungen Frauen häufiger vorkommt. Zoccolillo (1993) argumentiert überzeugend, dass die gängigen psychiatrischen Diagnosesysteme die Störungen des Sozialverhaltens insgesamt unterschätzen. Das führt zu einer geringeren Zahl gestellter als eigentlich vorhandener Diagnosen. Umschriebene Entwicklungsstörungen und persistierende hyperkinetische Störungen sind bei männlichen Jugendlichen ungefähr viermal häufiger als bei weiblichen Jugendlichen zu finden. Antisoziale Persönlichkeitsstörungen des Erwachsenenlebens sind etwa 5- bis 6-mal häufiger bei Männern als bei Frauen. Diese Störung wird definiert als durchgehendes Muster von Rücksichtslosigkeit gegenüber Rechten Dritter, was bereits vom mittleren Alter der Adoleszenz an sichtbar sein muss. Die Epidemiologie in den USA (ECA: Epidemiologic catchment area) zeigt hierfür eine Lebenszeit-Prävalenz von 4,3% bei den Männern und von 0,7% bei den Frauen (Robins u. Regier 1991). Follow-up Studien (Zoccolillo 1993) wiesen nach, dass die Manifestation persistierenden sozialen Fehlverhaltens nach Geschlecht variiert. Delikte sind im Erwachsenenleben eher bei Männern üblich, bei Frauen gelten sie eher als ungewöhnlich. Frauen zeigen häufiger Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen. Über junge Frauen ist auch hier wenig bekannt. Bei der Entwicklung und Erforschung der psychopathischen Persönlichkeit konzentrierte der Schwerpunkt sich vor allem auf Männer (Christian 1997). Es ist dringend notwendig, die Ausprägung und Entwicklung dieser Persönlichkeitstypen, insbesondere s.g. „psychopathischer“ Züge bei Frauen zu erforschen.

Der überwiegende Teil der Literatur zu erwachsenen gewalttätigen Frauen besteht aus Studien über Frauen, welche die in Strafvollzugsinstitutionen, Strafvollzugsanstalten oder in Kliniken mit Hochsicherheitsabteilungen leben. Dabei bilden zwei Haupttypen von Persönlichkeitsstörungen die Mehrzahl der Diagnosen. Zum einen die dissoziale Persönlichkeitsstörung mit einem durchgehenden Muster von Rücksichtslosigkeit gegenüber den Rechten anderer und mit einem Beginn im Alter von 15 Jahren. Zum zweiten konzentrieren sich Studien aus amerikanischer Literatur vor allem auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung mit vorherrschender Stimmungs labilität, Schwierigkeiten bei der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen, mit Problemen im Selbstbild. Dies sei begleitet von starker Impulsivität, einer großen Angst, verlassen zu werden, von Identitätsstörungen und wiederholten Suizidhandlungen. Diese Züge und Störungsbilder sind in hohem Maß charakteristisch für die

Frauen aus einer Studie über die ersten hundert Einweisungen in eine forensische Abteilung für Jugendliche (Bailey et al. 1994). Die nachfolgende Untersuchung zeigte, dass diese jungen Frauen im Erwachsenenleben deutliche Adaptationsprobleme zeigten. Sie entwickelten schwere psychotische Störungen und verübten häufiger erfolgreich Suizid zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr. Ihre Lebensgeschichten und klinischen Bilder gleichen sehr denjenigen Frauen, die in forensischen Kliniken für Erwachsene aufgenommen worden waren, vor allem jene mit anamnestischen Angaben über Feuerlegen, Gewalt und frühen Verlusterfahrungen, Traumata, sexuellem Missbrauch und posttraumatischen Belastungsstörungen.

Die im Teenagealter auftretenden Psychosen bleiben oft unerkannt, da die psychotischen Symptome zu häufig falsch den besonderen Verhaltensvarianten der Jugendlichen in der Adoleszenz zugeschrieben werden. Das Risiko der Gewalttätigkeit ist jedoch eher in einer vorausgehenden Störung des Sozialverhaltens und ungünstigen Erziehungssituationen als durch die Psychose begründet. Bei jeder psychiatrisch-psychologischen Abklärung ist eine Psychose differenzialdiagnostisch mit zu erwägen. Trotz einer unzureichenden Literaturbasis gibt es doch sehr starke Hinweise, dass in etwa der Hälfte der Fälle früh einsetzender Psychosen eine Prodromalphase von einem bis sieben Jahren mit nichtpsychotischen Symptomen vorausgeht (Maziade et al. 1996).

### 8.3 Die Bedeutung von Geschlechterunterschieden

Die Kriminologische Forschung pflegt vielleicht zu einseitig männliche Sichtweisen oder ist sogar „geschlechterblind“. Es wird häufig nicht in Erwägung gezogen, dass Verbrechen bei Frauen grundsätzlich ähnliche Ursachen und fördernde Faktoren wie bei Männern haben könnten (Gelsthorpe u. Loucks 1997). Unterschiede bei den Geschlechtern können zum Beispiel in der Prävalenz von Hyperaktivitätsstörungen mit Bezug auf Kriminalitätsraten und auf andauerndes dissoziales Verhalten gefunden werden (Taylor 1994).

Biologisch bedingte Geschlechtsunterschiede bei Aggressivität sind hinreichend gut belegt. Es ist offensichtlich, dass in verschiedenen Kulturen diese Unterschiede von der frühen Kindheit an beobachtet werden können (Quay 1993). Ein hoher Grad des physiologischen Erregungsniveaus (Arousal) scheint protektiv gegenüber der Entwicklung dissozialen und gewalttätigen Verhaltens zu wirken (Raine et al. 1997). Das könnte eine Rolle bei den Geschlechtsunterschieden im Bereich der Delinquenz bei Männern und Frauen spielen (Rubin 1997).

Rutter, Giller und Hagell (1998) nehmen an, dass Jungen und Mädchen während der Adoleszenz variabel auf Stress und Belastungssituationen reagieren. Zwar scheinen Jungen und Mädchen auf ungünstige Effekte z.B. infolge einer Heimplatzierung gleichermaßen sensibel zu sein. Das wird durch die den

Männern ähnliche Häufigkeit von Delinquenz bei Frauen mit einer Heimvergangenheit deutlich. Rutter et al. (1998) stellen fest, dass sich in den vergangenen 40 Jahren das Verhältnis männlicher und weiblicher Kriminalität zu Ungunsten der Frauen veränderte.

Es ist wahrscheinlich, dass biologische und andere prädisponierende Faktoren für Gewalt zusammenwirken. Dissoziale Mädchen werden häufiger bereits als Minderjährige Mütter. Dies geht mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit dafür einher, dass diese Mütter ihre Elternfunktionen nur ungenügend wahrnehmen können. Daraus folgt, dass sie eher zum Teil gewalttätige Konflikte mit den Partnern und den Kindern haben, häufiger Gewalt in der Erziehung einsetzen und sich emotional nicht angemessen auch gegenüber ihren Kindern steuern können. Auf der anderen Seite bringt die Verpflichtung im Haushalt für sie mit sich, dass sie weniger Möglichkeiten haben, Teil einer delinquenten Gruppe von Jugendlichen zu werden, um an außerhäuslichen kriminellen und gewalttätigen Aktivitäten teilzunehmen (Maccoby 1998).

Dennoch veränderten sich die Verhältnisse, denn zwischen 1985 bis 1994 verdoppelte sich die Anzahl der Verhaftungen weiblicher Jugendlicher. Es ist unwahrscheinlich, dass die Veränderung der Aggressivität von jungen Frauen allein durch Feminismus und Frauenrechtsbewegungen ausgelöst wurden (Snyder u. Sickmund 1999).

Nach Coleman (1998) sind in England und Wales circa 15.000 weibliche Jugendliche auf Verfügung lokaler Behörden oder eines Gerichts in Betreuung. Gewaltanwendung ist der zweithäufigste Grund für die Strafrechtsverfahren bei den jungen Frauen. Da innerhalb der Gefängnisse kaum spezielle Einrichtungen für weibliche Jugendliche unter 18 Jahren existieren, ist anzunehmen, dass die meisten dieser jungen Frauen in der Obhut von Sozialdiensten verbleiben. Es ist bekannt, dass 30–50% der erwachsenen weiblichen Strafgefangenen früher bereits sozial betreut wurden, während in der Gesamtbevölkerung die Inanspruchnahme von sozialen fachlichen Hilfen bei 2% liegt (Quinton u. Rutter 1988).

Für den Drogen- und Alkoholkonsum spielen bei Frauen andere Faktoren eine Rolle als bei Männern (Bodinger-Deuriant u. Sancho 1992). In ihrer epidemiologischen Studie bei erwachsenen weiblichen Straftäterinnen in britischen Gefängnissen wiesen Maden, Swinton und Gunn (1992) auf einen höheren Prozentsatz von psychiatrischen Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Suchtmittelmissbrauch bei weiblichen Strafgefangenen nach als bei den männlichen Strafgefangenen.

Amerikanische Studien zeigen, dass ein größerer Teil weiblicher jugendlicher Straftäter als männlicher Vergleichspersonen als Kind sexuell missbraucht worden waren (Chesney-Lind 1997). Vor allem der Missbrauch im Alter unter 11 Jahren war signifikant mit späterer Delinquenz verbunden. Widom und White (1997) führten eine prospektive Kohortenuntersuchung in den USA

durch, bei der sie feststellten, dass missbrauchte und vernachlässigte Kinder weiblichen Geschlechts ein erhöhtes Risiko für späteren Suchtmittelmissbrauch und Verhaftung wegen Gewaltverbrechen haben.

Das Verständnis der Veränderungen gewalttätigen Verhaltens weiblicher Jugendlicher und der protektiven Faktoren für das weibliche Geschlecht sollte es ermöglichen, präventive Maßnahmen für beide Geschlechter zu entwickeln. Der Zusammenhang zwischen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit und Substanzmissbrauch, bzw. Gewaltanwendung im Erwachsenenalter ist bei Frauen belegt. Substanzmissbrauch und Drogenabhängigkeit stellen ein bedeutendes Problem für erwachsene Frauen im Gefängnis dar. Gewalttätige junge Frauen stellen eine relevante Untersuchungsgruppe über die Entwicklung von belastenden Kindheitserfahrungen zu schweren Gewalthandlungen im Erwachsenenleben dar.

### 8.4 Zusammenfassung

Die Forschung zeigt, dass nicht-inhaftierte oder inhaftierte Mädchen und Frauen mit auffälligem Verhalten meist eine Vielfalt an Symptomen aufweisen. Einige dieser Auffälligkeiten stehen in einem direkten Zusammenhang mit dem Risikoverhalten. Bei der psychiatrischen Betreuung dieser Mädchen ist ein multiprofessioneller Ansatz notwendig.

In folgenden Bereichen sollte der Fokus der Behandlung liegen:

- Psychiatrisch-psychologische Begutachtung
- Sexualpädagogik
- Soziale Sicherung und berufliche Förderung
- Beratung und Therapie bei Missbrauch
- Ressourcenorientierung

Bezüglich der Langzeitprävention und protektiven Prozesse müssen auch Ich-Stabilität und soziale Integrationsfähigkeit gefördert werden. Dieser Ansatz beinhaltet folgende Aspekte:

- Risikoneigung verringern
- Auswirkungen des Risikos verstehen
- Negative Kreisläufe durchbrechen und positiv verstärken und damit das Selbstwertgefühl und das Gefühl der eigenen Wirksamkeit fördern
- Positive Entwicklungsmöglichkeiten eröffnen und den gewalttätigen Frauen ermöglichen, negative Erfahrungen in einer gesunden Weise zu verarbeiten
- Gewalttätiges Verhalten anzunehmen und bearbeiten, statt zu verleugnen

In der Behandlung müssen vielfältige und komplexe Erfordernisse der Betroffenen berücksichtigt werden. Dazu gehört vorgängig eine angemessene psychodiagnostische und psychiatrische Abklärung, auf deren Basis ein indivi-

duelles, spezifisches Behandlungsprogramm entwickelt wird. In der Gewaltbereitschaft gleichen die jungen Frauen den männlichen Jugendlichen. Dennoch benötigen sie Einrichtungen, die ihren Bedürfnissen gerecht werden. Gelingt es nicht, die spezifischen Bedürfnisse in Bezug auf die Therapie und die lebenspraktischen Erfordernisse zu erfüllen, so erhöht sich die Gefahr, dass sich der dissoziale und delinquente Verhaltenskreislauf über die Generationen fortsetzt.

## Literatur

- Bailey SM, Thornton L, Weaver AB (1994) The first 100 admissions to an adolescent secure unit. *Journal of Adolescence* 17(3): 207–220.
- Bodinger-Deuriale C, Sancho AR (1992) *Hate Crime: Sourcebook for Schools*, Los Alamitos, CA: Southwest Center for Educational Equity.
- Chesney-Lind M (1997) *Girls-at-Risk: An Overview of Female Delinquency in the Fiftieth State. A report to the Hawaii Girls Project, Vol. 1*. Center for Youth Research, University of Hawaii.
- Chesney-Lind M (1997) *The female offender: Girls, women, and crime*. London: Sage.
- Chesney-Lind M (1998) *Girls-at-Risk: An Overview of Gender-Specific Programming Issues and Alternatives. A report to the Hawaii Girls Project, Vol. 2*. Center for Youth Research, University of Hawaii.
- Chesney-Lind M, Shelden R (1998) *Girls, delinquency, and juvenile justice*. New York: West/Wadsworth.
- Christian RE, Frick PJ, Hill NL et al. (1997) Psychopathy and conduct problems in children. Implications for subtyping children with conduct problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36, 233–241.
- Coleman JW (1998) *The Criminal Elite: The Sociology of White Collar Crime* [4<sup>th</sup> edition], New York: St. Martin's Press.
- Gelsthorpe L, Loucks N (1997) *The Remanding and Sentencing of Female Offenders in Magistrates' Courts: Views from the Bench*, Justice of the Peace & Local Government Law, Vol. 161.
- Graham J, Bowling B (1995) *Young people and crime*. Home Office Research Study No. 145. London: Home Office.
- Heidensohn F (1994) *Gender and Crime*. In: Maguire M, Morgan R, Reiner R (Eds.) *The Oxford Handbook of Criminology*. Oxford: Clarendon Press.
- Home Office (1997a) *Cautions, Court Proceedings and Sentencing England and Wales 1996*. Home Office Statistical Bulletin No.16/97. London: Research and Statistics Directorate of the Home Office.
- Home Office (1997b) *Prison Statistics England and Wales 1996*. London: The Stationary Office Ltd.
- Ireland T, Widom CS (1994) Childhood victimization and risk for alcohol and drug arrests. *Int J Addict*. Jan 29(2): 235–74.
- Loeber R, Hay DF (1994) Developmental approaches to aggression and conduct problems. In: Rutter M, Hay D (Eds.) *Development through Life: A Handbook for Clinicians*. Oxford: Blackwell Science.
- Maccoby EE (1998) *The two sexes: Growing up apart, coming together*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Maden A, Swinton M, Gunn J (1992) A Survey of Pre-arrest Drug Use in Sentenced Prisoners. *British Journal of Addiction* 87: 27–33.
- Maziade M, Bouchard S, Gingras N, Charron L, Cardinal A, Roy MA, Gauthier B, Tremblay G, Cote S, Fournier C, Boutin P, Hamel M, Merette C, Martinez M (1996a) Long-term stability of diagnosis and symptom dimensions in a systematic sample of patients with onset of schizophrenia in childhood and early adolescence. II: Postnegative distinction and childhood predictors of adult outcome. *Br J Psychiatry* 169(3): 371–8.
- Maziade M, Gingras N, Rodrigue C, Bouchard S, Cardinal A, Gauthier B, Tremblay G, Cote S, Fournier C, Boutin P, Hamel M, Roy MA, Martinez M, Merette C (1996b) Long-term stability of diagnosis and symptom dimensions in a systematic sample of patients with onset of schizophrenia in childhood and early adolescence. I: nosology, sex and age of onset. *Br J Psychiatry* 169(3): 361–70.

## 8 Gewalttätige Mädchen, gewalttätige Jungen – Der Nachteil des Geschlechts

- McGee R, Feehan M, Williams S, Partridge F, Silva PA, Kelly J (1990) DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29(4): 611–9.
- Morris A (1987) *Women, Crime and Criminal Justice*. Oxford: Basil Blackwell Ltd.
- Morris A, Giller H (1987) *Understanding Juvenile Justice*. London: Croom Helm.
- Quay HC (1993) The psychobiology of undersocialized aggressive conduct disorder: A theoretical perspective. *Development and Psychopathology* 5: 165–180.
- Quinton D, Rutter M (1988) Parenting breakdown: The making and breaking of inter-generational links. Aldershot, England: Avebury.
- Quinton D, Rutter M, Liddle C (1984) Institutional rearing, parenting difficulties and marital support. *Psychological Medicine* 14: 107–124.
- Raine A, Venables PH, Mednick SA (1997) Low resting heart rate at age 3 years predisposes to aggression at age 11 years: evidence from the Mauritius Child Health Project. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36(10): 1457–1464.
- Raphael KG, Widom CS, Lange G (2001) Childhood victimization and pain in adulthood: a prospective investigation. *Pain* 92(1–2): 283–93.
- Robins LN, Regier DA (1991) *Psychiatric disorders in America*. New York: The Free Press.
- Rubin J (1997) Gender, Equality and the Culture of Organizational Assessment. *Gender, Work & Organization* 4: 24–34.
- Rutter M, Giller H, Hagell A (1998) *Antisocial behaviour by young people*. Cambridge University Press.
- Schuck AM, Widom CS (2001) Childhood victimization and alcohol symptoms in females: causal inferences and hypothesized mediators. *Child Abuse Negl.* 25(8): 1069–92.
- Simonoff E, Pickels A, Meyer J, Silberg JL, Maes HH, Loeber R, Rutter M, Hewitt JK, Eaves L (1997) The Virginia twin study of adolescent behavioural development. *Archives of General Psychiatry* 54: 801–808.
- Snyder HN, Sickmund M (1999) *Juvenile Offenders and Victims: 1999 National Report* Washington, DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Taylor E (1994) Syndromes of attention deficit and overactivity. In: Rutter ML, Taylor E, Hersov L (Eds.) *Child and adolescent psychiatry*. Oxford, UK: Blackwell Scientific, 3<sup>rd</sup> ed., p. 293–299.
- White HR, Widom CS (2003) Does childhood victimization increase the risk of early death? A 25-year prospective study. *Child Abuse Negl.* 27(7): 841–53.
- Widom CS, Maxfield M (2001) An update on the „cycle of violence.“ Washington, DC: National Institute of Justice, U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs.
- Widom CS, Kuhns JB (1996) Childhood victimization and subsequent risk for promiscuity, prostitution, and teenage pregnancy: a prospective study. *Am J Public Health* 86(11): 1607–12.
- Widom CS, White HR (1997) Problem behaviours in abused and neglected children grown up: Prevalence and co-occurrence of substance abuse, crime, and violence. *Criminal Behaviour and Mental Health* 7: 287–310.
- Wikström P-O (1990) Age and Crime in a Stockholm Cohort. *Journal of Quantitative Criminology* 6: 61–84.
- Wilczynski A (1997) Prior agency contact and physical abuse in cases of child homicide *British Journal of Social Work* 27: 241–253.
- Zoccolillo M (1993) Gender and development of conduct disorder. *Dev Psychopathol* 5: 65–78.

## 9 Gibt es eine Typologie jugendlicher Brandstifter?

Gunther Klosinski und Simone L. Bertsch-Wunram

### 9.1 Einleitung

Bei Durchsicht der Literatur der letzten 50 Jahre zum Phänomen Brandstiftung fällt auf, dass immer wieder versucht wurde, Brandstifter-Typen auf den unterschiedlichen Altersstufen zu kategorisieren. Dabei wurde zunehmend Gewicht auf objektive Beobachtung und reproduzierbare Kriterien der Einteilung gelegt in Abgrenzung zu Grundsätzen, die dem Verständnis von psychiatrischen Erkrankungen mittels hermeneutischer Deutung nahe zu kommen versuchten. In einer Abhandlung über die Aussagekraft von Typologien schrieb Jaspers (1973): „Es gibt viele Typologien. Fast jede hat für den, der mit ihr arbeitet und sie gewohnt ist, etwas Zutreffendes und Bequemes. Die Typologien liegen miteinander im Streit, mehr durch Gewohnheit der Forschergruppen, als durch einsichtige Überzeugung, die die Diskussion voranbringt. Das Wesentliche ist, ob man der Typologie Herr bleibt, sich keiner unbemerkt ausliefert, und ob man den Sinn der Typologie als Hilfsmittel festhält, sie nicht für reale Erkenntnisse von Gattungen des Mensch-Seins hält.“ Dem Anliegen einer präzisen Kategorisierung im Sinne eines „Hilfsmittels“ versucht nun sowohl die ICD-10 als auch die DSM IV Rechnung zu tragen, indem Brandstiftung als „Krankheit“ im Rahmen der Impulskontrollstörungen eingeordnet wird. So unterscheidet die ICD-10 unter der Rubrik F 63 (abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle) die pathologische Brandstiftung (Pyromanie) [F 63.1] und fordert folgende Hauptmerkmale:

## 9 Gibt es eine Typologie jugendlicher Brandstifter?

1. Wiederholte Brandstiftung ohne erkennbare Motive wie materieller Gewinn, Rache oder politischer Extremismus.
2. Starkes Interesse an der Beobachtung von Feuer.
3. Die betreffende Person berichtet über Gefühle wachsender Spannung vor der Handlung und starke Erregung sofort nach ihrer Ausführung.

Die ICD-10 fordert eine Abgrenzung dieser pathologischen Brandstiftung von vorsätzlicher Brandstiftung, Brandstiftung einer jugendlichen Person mit Störung des Sozialverhaltens, Brandstiftung eines Erwachsenen mit soziopathischer Persönlichkeitsstörung, Brandstiftung bei Schizophrenen und Brandstiftung bei organisch-bedingten psychiatrischen Störungen. Venzlaff und Foerster (2000) stellen die Frage, ob es unter all den Differentialdiagnosen in der ICD-10 ein isoliertes Verhalten „wiederholte Brandstiftung“ ohne weitere psychopathologische Komorbidität überhaupt gibt. Foerster geht soweit, dass er aufgrund seiner Literaturrecherche fordert, die diagnostische Kategorie Pyromanie sowohl in der ICD-10 als auch in der DSM-4 sei dringend revisionsbedürftig, da es sich um einen obsoleten Begriff handele.

Im Folgenden soll auf die Typologie kindlicher und erwachsener Brandstiftung sowie insbesondere auf die Typologie jugendlicher Brandstiftungen eingegangen werden, wie die Literatur sie diskutiert. In einem zweiten Schritt sollen dann eigene Untersuchungen von 39 jugendlichen und heranwachsenden Brandstiftern und einem 12-jährigen Brandstifter dargestellt und eine eigene Typologie entwickelt werden. Abschließend sollen Schlussfolgerungen aus den Darstellungen gezogen werden.

### 9.2 Typologie kindlicher Brandstiftungen in der bisherigen Literatur

Hanson et al. (1995) untersuchten brandstiftende Kinder im Kindergartenalter bezüglich psychiatrischer Implikationen für die Tatumstände. Dabei betonten sie, dass trotz aller Normalität der kindlichen Neugier dem Feuer gegenüber bei genauerer Betrachtung die Einflüsse von kindlicher Psychopathologie und der elterlichen Fürsorge und Präsenz eine große Rolle spielen. Sie wiesen auf den großen Einfluss von Vorbildern für das Kind: In ihrer Studie bestanden alle kindlichen Brandstiftungen aus der Nachahmung von erlebtem Umgang mit dem Feuer in der Familie, z.B. im Imitieren der Rauchergewohnheiten. Kolko und Kazdin (1991) untersuchten brandstiftende Kinder bezüglich der Motive Neugier sowie Wut und Rache und kamen zu dem Ergebnis, dass neugierige Kinder in größerem Maße psychopathologische Symptome zeigen, ein höheres Risiko für Brandstiftungen aufweisen und sowohl früher als auch in stärkerem Ausmaß Umgang mit Feuer haben als weniger neugierige Kinder. Kinder, die aufgrund von Rache oder Wut Feuer legen, zeigen ein höheres Risiko für Brandstiftungen, aber auch in stärkerem Maße normabweichendes Verhalten kurz vor der Tat als brandstiftende Kinder ohne Rache oder Wut-Motivation. Stewart und Culver (1982) untersuchten 46 Kinder und Jugendli-

che, die wegen Brandstiftung in stationärer psychiatrischer Behandlung waren. Sie stellten fest, dass intellektuell minderbegabte Kinder (IQ bis 85) ausschließlich zu Hause Brände legten. Auch würden all jene, die alleine Feuer legen, dazu neigen, die Taten zu Hause zu begehen, während ältere Kinder und Jugendliche mit höherem IQ dazu tendierten, mit anderen zusammen und außerhalb des elterlichen Hauses Brandstiftungen vorzunehmen.

### 9.3 Typologie erwachsener Brandstifter

Über die erwachsenen Brandstifter kann bei Durchsicht zahlreicher Übersichtsarbeiten festgestellt werden, dass psychologische Aspekte wie Rache, Hass, Neid, Eifersucht sowie Bosheit, Verärgerung, plötzlicher Zorn, Übermut und Geltungsdrang motivational im Einzelfall eine große Rolle spielen. Häufig ist die Tat nicht monokausal bedingt, sondern vielschichtige Motive fließen mit ein, meistens ist eine Rachekomponente beteiligt. Wie bei vielen Gewaltdelikten ist auch bei Brandstiftung Alkoholisierung bei der Tatausführung häufig. Es ist über viele Studien belegt, dass psychiatrisch kranke Brandstifter, insbesondere schizophrene, aber auch endogen-depressive Personen unter dem Einfluss produktiver Symptome mit plötzlichen aggressiven Durchbruchshandlungen Brandlegungen begehen können. Obwohl Brandstiftungen bei Frauen (dies gilt auch für empirische Studien bei Kindern und Jugendlichen) im Vergleich zu männlichen Brandstiftungen deutlich seltener vorkommen, wird davon ausgegangen, dass bei weiblichen Brandstifterinnen vom gleichen Situationskontext und ähnlichen Mechanismen wie bei männlichen Tätern auszugehen ist. Allerdings scheint bei weiblichen Brandstifterinnen gehäuft eine Assoziation mit suizidalem Verhalten vorzukommen (Bourget u. Bradford 1989). Rechlin und Weis (1992) konnten dieses Ergebnis bestätigen: In ihrer Untersuchungsgruppe von 40 Brandstifterinnen hatten 55% mindestens einen Suizidversuch in der Vorgeschichte vorgenommen.

Obwohl sich die meisten Kliniker und Forscher, die Brandstifter untersucht haben, darin einig sind, dass im Erwachsenen-Bereich kein spezifisches Brandstifter-Syndrom vorliegt, glaubten Muchr und Mack (1968) ein spezielles Brandstifter-Syndrom bei Erwachsenen ausmachen zu können: Es handele sich um frustrationsintolerante, im Durchschnittsverhalten aggressionsgehemmte, dabei jedoch kränkbare und geltungsbedürftige Persönlichkeiten mit Neigung zu aggressiven Durchbrüchen. Häufig würden sie aus inkompletten Herkunftsfamilien stammen mit fehlendem Elternteil oder konflikthaften Verhältnissen in der Herkunftsfamilie.

Unter tiefenpsychologischen Aspekten haben die Psychoanalytiker Bachelard (1949) und Ell (1983) drei quasi mythologische Komplexe bei Brandstiftern beschrieben, wobei sich Ell stark auf Bachelard abstützt und seine Ideen bei Kindern weiter ausführt. Beim so genannten Prometheus-Komplex wird auf einen Vaterkonflikt bei Brandstiftern rekurriert: Die Brandlegung sei ein Racheakt

gegenüber einem übermächtig erlebten Vater oder einer Autoritätsperson bei generalisiertem Autoritätskonflikt: In der Brandlegung werde eine Ohnmacht in eine Allmachts-Situation umgekehrt (s. auch bei Klosinski 1985).

Beim so genannten „Novalis-Komplex“ wird eine Verbindung zwischen Feuer und Sexualität hergestellt und postuliert, das Reiben zweier Körper aneinander als sexuelle Ur-Erfahrung fließe in die Erotik des Brandlegungsaktes mit ein, da es eine Wesensverwandtschaft zwischen Feuer und Sexualität gebe.

Beim so genannten „Empedokles-Komplex“ wird auf die destruktiven, selbstzerstörerischen Aspekte verwiesen, die bei Brandstiftern vorliegen können (insbesondere bei Frauen) (von Empedokles wird berichtet, er habe sich in den feuerspeienden Ätna gestürzt, sich durch das Feuer suizidiert).

### 9.4 Typologie jugendlicher Brandstiftungen in der Literatur

Während es für Kinder diagnostische Instrumente (Fragebögen und halbstandardisierte Interviews) gibt, (Lowenstein 1981; Kolko u. Kazdin 1989a, 1989b) existieren für Jugendliche und Heranwachsende keine entsprechenden diagnostischen Instrumente. Grund hierfür ist vermutlich vor allem das Defizit empirischer Studien, die sich speziell mit dem Delikt Brandstiftung unter älteren Jugendlichen befassten. Zur Frage, ob es eine typische Persönlichkeitsstruktur des jugendlichen Brandstifters gibt, nahmen Berner und Spiel (1963) Stellung: Auch wenn sie betonen, dass die Hoffnung aufgegeben werden müsste, alle Brandstiftungen auf eine einheitliche spezifische psychodynamische Konstellation zurückführen zu können, glaubten beide Autoren mit ihrer Analyse von 9 jugendlichen Feuerlegern eine „recht spezifische psychopathische Persönlichkeitsstruktur“ feststellen zu können: Ihre Untersuchten stammten alle aus ländlichem Milieu, wiesen eine „primitive Naturverbundenheit mit der Neigung auf, in Feld und Wald umherzuschweifen“. Diese Autoren kamen zu dem Schluss, entweder handele es sich bei jugendlichen Feuerlegern um verwahrloste Oligophrene, um Psychopathen oder um Neurotiker.

Hinrichs et al. (1997) verglichen jeweils 20 jugendliche und heranwachsende Brandstifter, aggressive Sexualstraftäter und Mörder und stellten fest, dass im Gruppenvergleich Brandstifter in ihrer sozialen und familiären Vorgeschichte weniger stark belastet wirkten, als aggressive Sexualstraftäter und Täter mit Tötungsdelikten.

Nach Remschmidt (1973) gilt es bei Brandstiftungsdelikten Jugendlicher grundsätzlich an folgende Störungen zu denken:

- Enzephalitis,
- Brandstiftung als sexuelle Befriedigung oder Ersatzhandlung,

- Vorliegen eines Anfallsleidens,
- Hypoglykämische Blutzuckerschwankungen,
- Vorliegen einer Selbstwertkrise in Folge körperlicher Entstellung (Thersites-Komplex) und
- Brandstiftung als Impulsdurchbruch.

In einer eigenen Vergleichsstudie (Klosinski 1985) wurden jeweils 10 männliche Brandstifter und Sexualdelinquenten im Alter zwischen 15 und 20 Jahren im Rahmen einer forensischen Begutachtung jugendpsychiatrisch und testpsychologisch untersucht. Im Gruppenvergleich wiesen die Brandstifter häufiger zerebral-organische Funktionsstörungen auf und waren deutlich minderbegabt. Die Täter beider Vergleichsgruppen waren meist familiäre Außenseiter und/oder Außenseiter in ihrer Peergruppe und hatten die Taten alleine begangen. Während bei den Sexualdelinquenten der Vater (oder ein Partner der Mutter) in 8 von 10 Fällen fehlte, war bei allen Brandstiftern der Vater (Stiefvater) in der Familie anwesend. Andererseits fiel bei den Brandstiftern eine ausgesprochene Vater(Stiefvater)-Sohn-Problematik auf, die psychodynamisch für die Tatmotivation von entscheidender Bedeutung war. Im realen, akuten und chronischen Vater-Sohn-Konflikt erlebten sich die Jugendlichen dem Vater gegenüber ohnmächtig ausgeliefert, im Akt des Feuerlegens verkehrten sie diese Situation ins Gegenteil: Jetzt waren sie als Brandstifter die Mächtigen, der als autoritär erlebte Vater der Ohnmächtige (im Sinne eines Prometheus-Komplexes).

## **9.5 Retrospektive Untersuchung von 40 jugendlichen Brandstiftern, die jugendpsychiatrisch begutachtet wurden**

39 strafrechtliche und 1 zivilrechtliches Gutachten, die in den Jahren 1981 bis 1997 wegen des Deliktes der Brandstiftung an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universität Tübingen erstellt wurden, wurden im Rahmen einer Retrospektivanalyse unterzogen (Bertsch 2000; Klosinski u. Bertsch 2000). Die Auswertung basierte auf einem selbsterstellten 121 Fragen umfassenden Erhebungsbogen, der Informationen zur gesundheitlichen und psychosozialen Entwicklung der Jugendlichen, ihrer psychischen Verfassung, ihrer Familien- und Berufs- bzw. Ausbildungssituation und der Tatumstände fokussierte (Probleme bei der Erhebung ergaben sich, da bei Serientätern ein Motivwechsel nicht auszuschließen war und die Beantwortung der Frage nach den Gründen für die Tat von der Reflexionsfähigkeit der Jugendlichen abhängig war und deshalb unterschiedlich ausfallen konnte).

### 9.5.1 Ergebnisse

#### Allgemeine Angaben

Das Kind aus den Zivilrechtsgutachten war bei der Brandlegung 10 Jahre alt. Alle anderen hatten die Taten zwischen 14 und 20 Jahren begangen, das Durchschnittsalter betrug 17 Jahre. Unter den Brandstiftern waren 39 männliche Täter, 95% waren Deutsche. Geschwistersituation: Es fand sich eine auffällige Häufung erstgeborener Kinder mit 45%, 22,5% waren in einer „Sandwich-Position“ (zweiter von drei oder dritter von vier Kindern) und 32,5% waren die jüngsten von mehreren Kindern. Bei 55% der Gutachtenfälle lebten die Eltern zum Zeitpunkt der Taten zusammen. Schulbildung: 18% der Straftäter waren zum Zeitpunkt der Tat noch Schüler, 22% hatten die Schule ohne Abschluss verlassen und 60% hatten einen Schulabschluss erreicht. Bei 15% der Jugendlichen musste von schweren Komplikationen bei der Geburt ausgegangen werden, ein gleich hoher Prozentsatz hatte frühkindliche Entwicklungsverzögerungen. Der Alkoholkonsum der Jugendlichen war mit 43% regelmäßigen Trinkern auffällig hoch, wobei hier auch die familiäre Situation eine Rolle spielen dürfte: In einem Drittel der Gesamtgruppe war von einem Alkoholmissbrauch des Vaters auszugehen.

#### Zur Familiendynamik

52,5% der Jugendlichen bezeichneten sich aufgrund schwerer Konflikte mit den übrigen Familienmitgliedern, fehlender Ansprechpartner, völliger Kommunikationslosigkeit oder Rauswurf von Zuhause als familiäre Außenseiter. 87,5% gaben ein Kommunikationsdefizit in Form von Mangel an Ansprechpartnern in der Familie, verschwiegenen Konflikten oder verdeckten Aggressionen an. Ein Viertel der Betroffenen empfand ihren leiblichen Vater als übermächtig, weitere 24% maßen ihren leiblichen Vätern keine wichtige Bedeutung bei. 29% hingegen erlebten ihre Mütter als unterstützend und weitere 28% maßen der leiblichen Mutter „sonstige Bedeutungen“ zu: 15% hatten zu ihren Müttern enge, mit ambivalenten Gefühlen besetzte Beziehungen, die zwischen sexuellen Phantasien, Anlehnungswünschen, Zärtlichkeitsbedürfnissen und Ablösungsproblemen variierten. 57,5% gaben ein gestörtes Verhältnis ihrer Eltern zueinander an. Bei 82% der Jugendlichen lagen keine guten oder tragenden gleichgeschlechtlichen Freundschaften vor, 30% der Probanden gab eine feste Partnerschaft an. Dass die Jugendlichen nicht nur familiäre sondern auch in ihrer Peergruppe Außenseiter waren, zeigte sich darin, dass 59% der Jugendlichen angaben, keiner Gruppierung – institutioneller wie privater Art – anzugehören. 35% waren aber Mitglied in einem Verein und 30% der Gesamtgruppe waren aktive Mitglieder der Freiwilligen Feuerwehr!

## Psychodynamik

Eine Analyse der psychischen Situation zur Tatzeit ergab bei 92,5% der Jugendlichen, dass sie sich in einer ausgesprochenen Belastungssituation befanden: 18% gaben an, dass diese Belastung durch die eigene Familie bedingt sei, 50% machten ihren Arbeitsplatz bzw. ihre Arbeitssituation hierfür verantwortlich und 40% entsprechend ihre Schulsituation.

Die Analyse der Verhaltensauffälligkeiten zur Tatzeit ergab, dass auffällig häufig Kontaktstörungen und Aggressivität mit einem Anteil von 42,5% bzw. 75% vorlagen. Die Hälfte der Jugendlichen berichtete von autoaggressivem und depressivem Verhalten. Bezüglich der Gefühle vor und nach der Tat war ein Wandel festzustellen: Vor der Tat spielten Macht und Befriedigung mit 37,5% und 27,5% die größte Rolle. Nach der Tat vor allem Verdrängung (37%) und Reue (17%) sowie Gleichgültigkeit (8%).

## Tat und Motive

Aufschlussreich war die Unterscheidung in Gruppen- und Einzeltäter sowie Einfach- und Serientäter: 80% der Jugendlichen waren Einzeltäter, 20% Gruppentäter und 75% Serientäter bzw. 25% Einfachtäter. Bis auf zwei Ausnahmen waren alle Serientäter gleichzeitig Einzeltäter. Bei 45% der Fälle spielte bei der Brandlegung Alkohol eine Rolle und in 4/5 der Fälle erfolgte die Tat nach Angaben der jugendlichen Delinquenten spontan ohne vorherige exakte Planung und Vorbereitung. Bezüglich der Tatobjekte und der Tatmotive war festzustellen, dass am häufigsten Gebäude beschädigt wurden durch die Brandlegung: 85% der Täter zündeten u. a. oder ausschließlich eines oder mehrere Gebäude an. 22% der befragten Jugendlichen konnten kein Motiv für ihre Brandstiftung angeben. Wut und Geltungsbedürfnis wurde in 15 bzw. 13% benannt, 34% nannten sonstige Motive: Frustration bzw. kränkende Erlebnisse (7), inneren Zwang oder die Gier, etwas brennen zu sehen (2), Langeweile (2) und Zerstörungswut (1); zwei Täter leugneten ihre Taten. Je 5% der Täter gab Rache oder Vertuschung einer weiteren Straftat als Motiv an und je 3% von ihnen nannten Hilferufe oder ideologische Motive.

Aus der Sicht der Gutachter war das häufigste Tatmotiv in 37% ein Ohnmachtsgefühl, das die Jugendlichen zur Brandstiftung veranlasst hatte. In 28% der Fälle wurde als Motiv „Abfuhr innerer aggressiver Impulse“ angenommen.

Waren 75% der jugendlichen Brandstifter Serientäter, die in 87,5% die Brandstiftungen als Einzeltaten begingen, so bildeten diejenigen jugendlichen Brandstifter, die das Haus ihrer Eltern in Brand gesetzt hatten, eine Ausnahme: Bei ihnen handelte es sich meist nicht um Serientäter, sondern die Brandstiftung stellte die einzige Tat dar.

### Psychologische Testergebnisse

Die Ergebnisse der testpsychologischen Untersuchungen ergaben, dass der durchschnittliche Intelligenzquotient 94 betrug, bei einer auffällig großen Streuung: 44 bis 119. Im Benton-Form-Reproduktionstest ergab sich bei 37% ein durchschnittliches Ergebnis, 42% schnitten schlechter als der Durchschnitt ab und 21% überdurchschnittlich gut.

Im Fragebogen für Aggressionsfaktoren (FAF) zeigte sich, dass in auffälliger Weise bei 73,7% stark erhöhte Selbstaggressivität vorlag. Hier konnte mit dem Fishers'-Exact-Test eine positive Korrelation zwischen überdurchschnittlicher Selbstaggressivität und einer konfliktbehafteten Vater-Sohn-Beziehung festgestellt werden.

Im Persönlichkeitsfragebogen (MMQ) Maudsley-Medical-Questionnaire fanden sich bei 57% der Jugendlichen stark erhöhte Werte in der so genannten Neurotizismus-Skala.

Im Thematischen-Apperzeptions-Test (TAT), der bei 33 Tätern durchgeführt wurde, ergaben sich bei 60,6% Hinweise auf Verlustängste und Einsamkeitsgefühle, Verzweiflung und Depressivität. 72,7% der Jugendlichen deuteten die Bildtafeln mit Beschreibungen von Beziehungsstörungen: 12 davon äußerten aggressive Gefühle und Tendenzen, 14 beschrieben einen Konflikt mit den Eltern, 10 davon spezifisch mit dem Vater.

### Jugendpsychiatrische Diagnosestellung

Bei 45% der Jugendlichen wurde die Diagnose einer „schwerwiegenden Ablösungs- und Autoritätsproblematik“ gestellt, in 17,5% der Fälle eine „Störung des Sozialverhaltens“ (hierbei ist kritisch anzumerken, dass in Tübingen erst 1990 die ICD-9 bzw. 1993 die ICD-10 in die Dokumentation eingeführt wurde). Weitere Diagnosen waren: neurotische oder depressive Persönlichkeitsstörung, Anpassungs- und Konversionsstörung, frühkindlich exogenes Psychosyndrom, Reifungsverzögerung, psychosexuelle Retardierung, Hirnschädigung und Minderbegabung, Kommunikationsstörungen sowie Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Diagnose Pyromanie wurde nie gestellt!

## 9.6 Diskussion der eigenen Ergebnisse und Versuch einer Typologisierung jugendlicher Brandstifter

Auffallendste Ergebnisse der Untersuchung waren die hohe Zahl derer, die sich als Außenseiter der Familie bezeichnet hatten (52,5%), eine auffällige Geschwisterkonstellation (45% Erstgeborene) zeigten sowie das Vorliegen schwerer Vater-Sohn-Konflikte (45%) und das gestörte Verhältnis der Eltern zueinander (57,5%). Des Weiteren gaben auffällig viele Jugendliche familiäre Kom-

munikationsdefizite an (87,5%) und berichteten, sich zur Tatzeit in einer Belastungssituation befunden zu haben, die familiär bedingt gewesen sei. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit Beobachtungen von Kolko et al. (1985), die eine auffällig häufige Abwesenheit der Väter und deren Ablehnung gegenüber jeglicher therapeutischer Bemühungen feststellten, sie in die Beratung und Therapie der Jugendlichen mit einzubeziehen. Unser Befund, dass bei jugendlichen Brandstiftern häufig eine mangelnde Kommunikationsbereitschaft oder -fähigkeit innerhalb der Familie vorliegt, wird gestützt durch die Ergebnisse von Gruber et al. (1981), die bei jugendlichen Brandstiftern die unglückliche Kombination von maximalem Stress und einem Minimum an Problemlösungsstrategien in den Familien beschrieben. Die hohe Rate an kontakt- und kommunikationsgestörten Jugendlichen lässt sich gut in Einklang bringen mit dem Untersuchungsergebnis von Rice and Harris (1990): Diese Autoren fanden heraus, dass Brandstifter häufig schüchtern sind und Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich vorliegen mit dem Unvermögen, vor allem negative Gefühle in angemessener Weise auszudrücken.

Unsere Ergebnisse legen folgende Typologisierungen jugendlicher Brandstifter nahe:

### 9.6.1 Die „Nestanzünder“

Diese Gruppe von Tätern, die das eigene Zuhause in Brand gesteckt hatten, entspricht ungefähr einem Drittel der gesamten Gruppe. Bei der Analyse weiterer familiärer und psychosozialer Daten fiel die ausgesprochen hohe Zahl von Suizidversuchen in dieser Gruppe auf (33% gegenüber 22,5% in der Gesamtgruppe). Des Weiteren waren die von 2/3 der Jugendlichen geäußerten Beziehungsstörungen auffällig, die sie in Form von Trennungsängsten, Kontaktscheu und Klammerungstendenzen näher beschrieben. Diese Beziehungsstörungen wurden verstärkt deutlich bei der Frage nach familiären Strukturen: Alle jugendlichen Täter dieser Gruppe gaben an, ein ausgeprägt konflikthafte Verhältnis zu ihren Vätern zu haben, zum größten Teil wurde dieser als schwerer Konflikt gekennzeichnet. Nur zwei Täter dieser Gruppe (5%) waren in ihrer Vorgeschichte straffällig geworden (gegenüber 32,5% in der Gesamtgruppe).

#### Fallbeispiel

Ein zum Zeitpunkt der Begutachtung knapp 18-jähriger Jugendlicher lebte in einer Adoptiv-Familie (Vater Pfarrer) mit einer jüngeren Adoptivschwester. Der Jugendliche war Mulatte, kannte seinen leiblichen Vater nicht und nahm nach seinem 18. Lebensjahr über das Jugendamt Kontakt zu seinen leiblichen Verwandten auf, stellte fest, dass er noch leibliche Halbgeschwister hatte, die älter waren u.U. im Rotlicht- und Drogenmilieu verkehrten. Nachdem der Jugendliche selbst Drogen einnahm, die Adoptiveltern in ein eigenes Haus zogen und er am neuen Wohnort weniger Kontakte herstellen konnte, kam

es zu massiven Schulschwierigkeiten und weiterem Drogenkonsum, insbesondere Haschisch. Die Adoptivmutter durchsuchte am Tag der Brandlegung sein Zimmer, was er mit einem tätlichen Angriff auf sie beantwortete. Daraufhin verwies sie ihn des Hauses. Der junge Mann kam aber wieder zurück, es kam erneut zu einem Wortwechsel und zu Handgreiflichkeiten, wobei der Adoptivsohn versuchte, die Adoptivmutter zu erwürgen. Als Nachbarn zufällig der Frau zur Hilfe eilten, legte der Jugendliche einen Brand in seinem eigenen Zimmer, verschloss die Zimmertüre und begab sich zu Freunden ins Nachbarhaus. Als das Haus in Flammen stand, versuchte er kurzfristig mit das Feuer zu löschen, was aber nicht mehr gelang. Für den Adoptivvater war nicht der Verlust des Hauses das Schlimmste, sondern, dass er sämtliche Predigten der vergangenen Jahrzehnte durch das Feuer einbüßte und damit, wie er sagte, geistig kastriert wurde.

### 9.6.2 Brandstiftende jugendliche „Feuerwehrmänner“

27,5% der Jugendlichen waren aktive Mitglieder in der freiwilligen Feuerwehr: Sie hatten meist mehrere Gebäude in Brand gesteckt, und die Tatobjekte waren in weiterem Sinne unspezifisch. Unter ihnen befand sich nur ein Jugendlicher mit suizidalen Tendenzen. Des Weiteren waren Beziehungsstörungen weniger ausgeprägt als bei den „Nestanzündern“. Einen offenen Konflikt mit dem Vater gaben 32% der Jugendlichen an, wobei aber doppelt so viele Täter (64%) angaben, ihren Vater als übermächtig zu empfinden. Zur Kontrolle wurde auch in der Gruppe der Nestanzünder nach einer aktiven Teilnahme bei der Feuerwehr gefragt: Hier befand sich jedoch keiner in einem Verein!

#### Fallbeispiel

Der 17-jährige Stefan hatte innerhalb von neun Monaten verschiedene Brände gelegt. Bei der Begutachtung gab er an, dass er nach einem Jungfeuerwehrabend in eine Kneipe gegangen sei, dort ein Bier getrunken habe und dann auf die Idee gekommen sei, die Halle anzuzünden. Weiter erzählte er, dass er etwas angebrannt habe, da er bei der Feuerwehr sei und gerne den Ablauf der Löschaktionen beobachte. Zudem habe er gehofft, helfen zu dürfen und sei ärgerlich, dass er noch ein Jahr bei der Jungfeuerwehr bleiben müsse. Die Mutter berichtete, Stefan sei als Kleinkind nie aus sich heraus gegangen, habe alle Probleme immer geschluckt. Im Kindergarten sei er aber immer der Clown gewesen. Er habe sich in der Kindheit regelmäßig nachts Messer um das Bett gelegt, um sich im Notfall verteidigen zu können. Und in der Schulzeit seien seine Angstzustände so schlimm gewesen, dass er eine psychologische Therapie begonnen habe. In dieser Zeit begann er dann, regelmäßig die Schule zu schwänzen und seit der Scheidung von ihrem Mann habe sie den Überblick darüber verloren, was er tagsüber so trieb, da er zum Vater zog und bei Auseinandersetzungen immer dessen Partei ergriff. Der Vater stellte dar, dass der Erziehungsstil der Eltern sehr stark auseinanderklaffte, die Mutter habe dem

Jungen immer alles abgenommen, ihn sogar morgens noch für die Schule angezogen. Er, der Vater, habe eher versucht, dem Jungen mehr Selbständigkeit zu lassen. Es gebe zwischen ihm und dem Sohn jedoch oft Streit, sie seien beide Hitzköpfe. Für Stefan sei es immer wichtig gewesen, bei der Feuerwehr zu sein und mit dem Vater mitzukönnen. Bezüglich der Delikte glaube Stefan, dass es möglicherweise nicht soweit gekommen wäre, wenn er seine Prüfung (Lehrlingsprüfung) geschafft hätte. Er habe dem Vater damals nichts davon erzählt, denn dem sei immer leicht die Hand ausgerutscht. Einmal habe der Vater ihn so geschlagen, dass er sich zusammennehmen musste, um nicht zurückzuschlagen. Sonst habe er seine Wut oft beim Holzspalten abgeagiert, was er zeitweise gegen Mittag getan habe. Auch habe er oft mit Tele-Spielen gespielt, um seine Wut abzureagieren. Was seine Zukunft betreffe, wisse er jedoch nicht, wie er seine Probleme unter Kontrolle bringen könne. Er wolle seine Lehre auf keinen Fall wieder aufnehmen. Dagegen wolle er lieber zur Bundeswehr, wobei sich Stefan vorstellte, „etwas Höheres“ zu werden. Er könne dann stolz in der Uniform herumlaufen und andere Leute würden sehen, dass er bei der Bundeswehr sei, er wolle möglicherweise Fallschirmjäger oder Einzelkämpfer werden.

### 9.6.3 Unspezifische Restgruppe

Eine dritte Gruppe von Jugendlichen stellte eine gemischte Gruppe dar, die sich nicht in die beschriebenen Kategorien einordnen lässt. Bei ihnen sind häufig zusätzliche Delikte bekannt wie Einbrüche, Betrug etc.

Bei dieser Gruppe kommt es im Rahmen einer Serie von Einbrüchen, PKW-Entwendungen etc. auch zu Brandlegungen, wobei die Betroffenen früher schon durch andere Delikte aufgefallen waren.

Zusammenfassend lassen sich bei jugendlichen Brandstiftern aufgrund unserer Untersuchung zu etwa einem Drittel und einem Viertel folgende zwei auffällige charakteristische jugendliche Brandstifter feststellen:

- Auf der einen Seite der jugendliche Einzeltäter, der das Wohnhaus der Eltern in Brand setzte, aber bisher nie durch straffälliges Verhalten aufgefallen war. Starke Selbstwertprobleme und autoaggressives Verhalten kennzeichnen die psychische Verfassung dieser Jugendlichen, die sich zwar gesundheitlich normal entwickelt haben, aber seit der Pubertät an starken Beziehungsstörungen leiden und Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Das Verhältnis zum Vater ist durch starke Konflikte belastet. Man kann in diesen Fällen die Tat als emotionalen Appell auffassen, der sich an die Eltern, insbesondere die Väter, aber auch gegen die eigene Herkunft richtet. Wut, Enttäuschung, Kränkung und Frustration können nicht verbal geäußert werden aus Angst vor einer erneuten Kränkung und Zurückweisung durch die Personen, die gleichzeitig Gegenstand der Aggressionen und Inbegriff der eigenen Identität sind. Die eigene Identität erscheint dem jugendlichen Täter jedoch wertlos.

- Auf der anderen Seite gibt es den Typus eines jugendlichen Brandstifters, der Mitglied der freiwilligen Feuerwehr ist, dessen Brandstiftungen vor allem öffentliche und landwirtschaftliche Gebäude sowie Fahrzeuge betreffen und der mit seinen früheren Brandstiftungen noch nie aufgefallen war. Die psychosoziale Entwicklung ist unauffällig, psychische Auffälligkeiten beruhen vor allem auf einem gesteigerten Geltungsbedürfnis. Das Verhältnis zum Vater ist durch eine als übermächtig erlebte Vater-Figur problematisch. Unter den Mitgliedern der freiwilligen Feuerwehr steht die offensichtliche Autoaggression etwas mehr im Hintergrund, dagegen sind Geltungsbedürfnisse als Tatmotiv sowie ein Konflikt mit dem übermächtigen Vater auffällig. Auch hier ist ein Appellcharakter der Tat zu vermuten, jedoch liegt diesem wohl die Unfähigkeit zugrunde, sich im Rahmen sozialer Kontakte verbal zu behaupten. Der „brennende Aufruf“: „Schaut her, ich bin zu allem fähig“, lässt sich neben der Brandstiftung auch aus der eifrigen Löscharbeit des Täters ableiten in den Fällen, in denen die Tat nicht entdeckt wurde. Dieser Appell war zudem in einigen Fällen offensichtlich auch an den Vater gerichtet, der eine wichtige Position in der freiwilligen Feuerwehr innehatte. Die Brandstiftungen konnten unter psychodynamischen Aspekten in diesen Fällen den Versuch darstellen, Kontrolle über die Umwelt und Umgebung zu erlangen, die der Täter auf keine andere Weise jemals innehatte.

### 9.7 Schlussfolgerung hinsichtlich Therapie und Prävention

Ein entscheidender Ansatzpunkt für zahlreiche der jugendlichen Brandstifter ist die Bearbeitung ihres Kommunikationsdefizits in Form eines Kommunikations-Trainings oder eines sozialen Kompetenztrainings. Hierzu kommt einer familientherapeutischen Vorgehensweise besondere Bedeutung bei, da häufig ein Vater-Sohn-Konflikt und problematische Elternbeziehungen vorherrschen. Anerkennung und Bestätigung zu finden und durch verbessertes Problemlösungsverhalten etwas zu gelten muss im Vordergrund stehen.

Die Rückfallquote von Brandlegungen bei Kindern und Jugendlichen ist hoch, wenn es nicht zu einer Intervention oder Therapie kommt. So stellten Bumpass et al. (1985) fest, dass Kinder und Jugendliche, die der Feuerwehr durch Feuerspielereien bekannt wurden, in den nächsten 1–3 Jahren zu 32% der Fälle weitere Brände legten, wenn sie nicht behandelt waren. Unterzogen sie sich einem gemeindegestützten Trainingsprogramm, so sank ihre Rückfallquote auf 2%. Stets auf den Einzelfall bezogen und diagnosegeleitet wird eine einzel- oder familientherapeutische Vorgehensweise sinnvoll und notwendig sein oder eine Ich-stützende, supportive Therapie, kombiniert mit einem Selbstsicherheitstraining.

In Kanada wurde soweit gegangen, dass eine Screening-Diagnostik bei Vorschulkindern gemacht wurde, um das Risiko von brandstiftenden Kindern zu mindern (Hanson et al. 1995). Dieses so genannte „Arson-Prevention-Program for children“ (TAPP-C) besteht aus einer Risikoabschätzung und einem auf die Familie fokussierenden Sicherheits- und Aufklärungsprogramm. Die Risikoabschätzung besteht dabei aus Tests, die das Verhalten und den Umgang der Kinder mit Feuer analysieren und die generelle psychische Verfassung dazu in Bezug setzen. Das Sicherheits- und Aufklärungsprogramm wird wesentlich von der Feuerwehr mitgestaltet und bezieht zudem noch die Eltern der gefährdeten Kinder mit ein, um eine Kommunikation bezüglich der Brandstiftungsproblematik zu fördern. In Europa bestehen soweit bekannt bis dato keine solche Präventionsprogramme.

## Literatur

- Bachelard G (1949) *Psychoanalyse des Feuers*. Carl Hanser Verlag, München.
- Berner P, Spiel W (1963) Jugendliche Brandstifter. *Acta Paedopsychiatrica Juni/Juli*: 197–210.
- Bertsch SL (2000) Inaugural-Dissertation zum Thema: Jugendliche Brandstifter – Psychodynamik und Familiendynamik, Medizinische Fakultät Tübingen.
- Bourget D, Bradford JM (1989) Female arsonists: a clinical study. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 17: 293–300.
- Bumpass ER, Brix RJ, Preston D (1985) Community-Based-Program for juvenile Fire-Setters. *Hospital and Community Psychiatry* 36: 529–533.
- Ell E (1983) Wenn Kinder zündeln – Vorschläge zur Feuererziehung. In: reihe j – Praxisbücher für Jugendarbeit und Erziehung. Katzmann, Tübingen.
- Gruber AR, Heck DSW, Mintzer E (1981) Children who set fires: Some Background and Behaviour Characteristics. *American Journal of Orthopsychiatry* 51: 484–488.
- Hanson M, Mackay S, Atkinson L, Staley S, Pignatiello A (1995) Firesetting during the Preschool Period: Assessment and Intervention Issues. *Canadian Journal of Psychiatry* 40: 299–303.
- Hinrichs G, Stief S, Haase C (1997) Tötungs-, Brandstiftungs- und aggressive Sexualdelinquenz bei jugendlichen Straftätern. In: Warnke A, Trott G-E, Remschmidt H (Hg.) *Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie – ein Handbuch für Klinik und Praxis*. Huber, Bern, S. 281–291.
- Jaspers K (1973) *Allgemeine Psychopathologie*. Springer, Berlin/Heidelberg/New York, S. 519–520.
- Klosinski G (1985) Jugendliche Brandstifter und Sexualdelinquenten: Ein Vergleich der Psychopathologie, Familiensituation und Familiendynamik. *Forensia* 5: 149–156.
- Klosinski G, Bertsch SL (2000) Jugendliche Brandstifter – Psychodynamik, Familiendynamik und Versuch einer Typologie anhand von 40 Gutachtenanalysen. Noch unveröffentlichtes Manuskript.
- Kolko DJ, Kazdin AF (1989a) Assessment of dimensions of childhood firesetting among patients and nonpatients. *Journal of abnormal Child Psychology* 17: 157–176.
- Kolko DJ, Kazdin AF (1989b) The Childrens-Firesetting-Interview with psychiatrically referred and nonreferred Children: The Firesetting-risk-Interview. *Journal of abnormal Child Psychology* 17: 609–624.
- Kolko DJ, Kazdin AF (1991) Motives of Childhood Firesetters: Firesetting Characteristics and Psychological Correlates. *Journal Child Psychol. Psychiat.* 32(3): 535–550.
- Kolko DJ, Kazdin AF, Meyer EC (1985) Aggression and Psychopathology in Childhood Firesetters: Parents and Child Report. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 53: 377–385.
- Lowenstein LF (1981) The diagnosis of child arsonists. *Acta paedopsychiat.* 47: 151–154.
- Muchr LB, Mack JE (1968) The Firesetter-Syndrome. *Psychiatry* 31: 233–288.
- Rechlin T, Weis M (1992) Empirische Befunde bei Brandstiftern. *Der Nervenarzt* 63: 683–690.

## 9 Gibt es eine Typologie jugendlicher Brandstifter?

- Remschmidt H (1973) Bedingungsfaktoren mehrfacher Brandstiftungen bei einem 16-jährigen Mädchen. Monatschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 56: 58–63.
- Rice ME, Harris G (1990) Firesetters admitted to a maximum security psychiatric institution: Characteristics of offenders and offenses. Penetanguishene Mental Health Center Research Report VII/2.
- Stewart MA, Culver KW (1982) Children, who set fires: The clinical picture and a follow-up. Brit. J. Psychiatry 140: 357–363.
- Venzlaff U, Foerster K (2000) Psychiatrische Begutachtung – ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. 3., neu bearbeitete Auflage, Urban u. Fischer Verlag München/Jena, S. 267–274.

## **10 Sexualität, abweichendes Sozialverhalten und Geschlechterrollen delinquenter weiblicher Jugendlicher**

Elena G. Dozortseva, Dimitry Davydov, Elena Morozova, Irina Savelieva, Iryna Sokolova, Svetlana Terekhina und Nikolai Vostroknutov

In den letzten Jahren stieg der Bedarf nach neuen differenzierten diagnostischen Ansätzen zur Erfassung der Probleme von jugendlichen Straftätern. Das hohe Tempo der Kriminalisierung von weiblichen Jugendlichen ist eine neue Erscheinung, die zurzeit die Jugendkriminalität in Russland charakterisiert. Dieses Phänomen verlangt weitere wissenschaftliche Untersuchungen und die Einrichtung innovativer Präventions- und Behandlungsmethoden, die die geschlechtsbedingten Besonderheiten dieser Klientinnen berücksichtigen. Einer der wichtigsten Bereiche der gesamten Persönlichkeitsformung bei diesen delinquenten weiblichen Jugendlichen ist die Förderung der psychosozialen und sexuellen Entwicklung.

Ein besonders gefährdender Aspekt besteht in der drastischen Zunahme von Geschlechtskrankheiten und HIV-Infektion bei diesen weiblichen Jugendlichen. Im Laufe der letzten Jahrzehnte stieg die Erkrankungshäufigkeit von Syphilis um das 70-fache und die HIV-Erkrankungen hatten fast den Status einer Epidemie bekommen. Delinquente weibliche Jugendliche gehören zu einer besonderen Risikogruppe. Da die oben genannten Krankheiten von dem Sexualverhalten abhängen und deswegen als Verhaltensstörungen anzusehen

sind, spielen psychologische und psychiatrische Interventionen bei ihrer Behandlung und Prävention eine entscheidende Rolle.

Durch die bisher geringen klinischen Erfahrungen und wenigen wissenschaftlichen Erkenntnisse bedingt, besteht die Notwendigkeit von wissenschaftlichen Untersuchungen des psychosozialen und sexuellen Verhaltens der delinquenten weiblichen Jugendlichen, um ihre spezifischen Probleme zu identifizieren und entsprechende Interventionsmöglichkeiten für sie zu entwickeln. Das Ziel dieser Maßnahmen besteht in der Wiederherstellung ihrer „psychosozialen Stabilität und sexuellen Gesundheit“.

Unter Gesundheit wird nach der WHO-Definition ein „physischer, emotionaler und sozialer Zustand des Wohlbefindens“ verstanden. Deswegen schließt der Begriff der „psychosexuellen Gesundheit“ medizinische (somatische und psychiatrische), psychologische und sozialpädagogische Aspekte ein. Da es um Jugendliche in Entwicklung geht, muss die psychosexuelle Integrität aus der Entwicklungsperspektive betrachtet werden und die altersgemäße somatische und psychische Reifung sowie die normale und altersgemäße Persönlichkeitsentwicklung als Referenz herangezogen werden.

Auf Basis dieses Konzepts wurde in Russland durch die Autorin umfangreiche multidisziplinäre Forschung durchgeführt. Die beteiligten Fachleute waren Psychologen, Psychiater und Gynäkologen. Im Rahmen dieses Forschungsprojektes wurden insgesamt 90 delinquente weibliche Jugendliche im Alter von 14 bis 17 Jahren in zwei spezifischen sozialpädagogischen Einrichtungen untersucht. Die Kontrollgruppe wurde aus 55 Schülerinnen im gleichen Alter im Bereich der Stadt Moskau gebildet.

Folgendes Untersuchungsdesign wurde verwandt:

1. Erfassung somatischer Basiswerte (Körperlänge, Körpergewicht, Brustumfang, Beinlänge usw.). Erfassung und Analyse der medizinischen Dokumentation unter besonderer Berücksichtigung der Erhebung einer Anamnese zum sexuellen und gynäkologischen Entwicklungsstand.
2. Erfassung und Analyse der medizinischen Dokumentation und der psychiatrischen Anamnese. Weiter wurde eine psychiatrische Diagnostik zur Erfassung von psychischen Störungen, Entwicklungsstörungen und Störungen im Sexualbereich durchgeführt.
3. Es wurde der Fragebogen „Selbsteinstellung“ von V. Stolin und Y. Pantiileev sowie der Fragebogen zur Einstellung von Jugendlichen gegenüber ihren Eltern von V. Schaefer vorgelegt. Weiterhin wurden projektive Tests durchgeführt (Mensch-Zeichen-Test, Hand-Test und Rosenzweig Picture Frustration Test), Selbstbeurteilungsverfahren, Wahlmethoden (Terminalwerteliste von M. Rokich) durchgeführt, ein Farbassoziations-test vorgelegt und ein Interview zur psychologischen Untersuchung von Einstellungen, Werten und Verhaltensweisen bei den delinquenten Weibliche Jugendliche erhoben.

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse kennzeichnen die gesamte Gruppe delinquenter weiblicher Jugendlicher.

Im somatischen Bereich wurde festgestellt, dass die Entwicklung des Knochskeletts nach dem Frauentyp bei delinquenten weiblichen Jugendlichen früher und schneller verläuft und abgeschlossen war, als gemäß der Altersnorm zu erwarten gewesen wäre. Der Unterschied zeigt einen früheren Entwicklungsabschluss, der ca. zwei bis drei Jahre der normalen Entwicklung vorausseilt und dieses Phänomen ist besonders bei den jüngeren weiblichen Jugendlichen stark ausgeprägt. Es ist davon auszugehen, dass diese Erscheinung auf die Wirkung der Geschlechtshormone zurückzuführen ist. Insgesamt bleiben die delinquenten sozial auffälligen weiblichen Jugendlichen im Größenwachstum kleiner und erreichen nur ein geringeres Körpergewicht als die Gleichaltrigen aus der Kontrollgruppe.

Die Untersuchung der sexuellen Reife bei den delinquenten weiblichen Jugendlichen zeigte, dass das Durchschnittsalter des Eintritts der Menarche bei 12 Jahren lag. Das Durchschnittsalter des ersten sexuellen Kontakts der delinquenten weibliche jugendliche lag in dieser Gruppe bei 13,6 Jahren im Vergleich zu 15,6 Jahren im russischen Durchschnitt (16,4 Jahre bei Schülerinnen). Die angegebene Durchschnittszahl von Sexualpartnern lag bei 5 (1 bei den Schülerinnen) und der Prozentansatz von sexuell aktiven Jugendlichen unter den delinquenten weiblichen Jugendlichen war mit 60,5% höher ausgeprägt als bei gleichaltrigen Schülern mit 9,1%.

45,2% der weiblichen Jugendlichen dieser Gruppe hatten sich mit einer Geschlechtskrankheit vorher oder in der Zeit der Untersuchungen für die Studie infiziert. Dabei wurde deutlich, dass sie weitgehend keine vor Infektion schützenden oder andere Verhütungsmittel benutzten. 3% von ihnen wurden unerwünscht schwanger und einige hatten schon vor Eintritt in die Studie einen Abbruch der Schwangerschaft durchgeführt. Dass es gegenüber der Erwartung der Autoren insgesamt dennoch eine geringere Anzahl von Schwangerschaften auftrat und es in der Folge wenig durchgeführte Interruptiones gab, wird darauf zurückgeführt, dass die Periode der sexuellen Aktivität der weiblichen Jugendlichen relativ kurz war und dass gleichzeitig eine hohe Morbidität an Geschlechtskrankheiten bei diesen weibliche Jugendlichen bestand, die ein Hindernis für die Entwicklung einer Schwangerschaft darstellten.

Nach psychiatrischer Untersuchung wurden 33,3% der delinquenten weiblichen Jugendlichen als psychisch gesund kategorisiert, wobei jedoch Verwahrlosung, dissoziale Tendenzen, Störungen der Persönlichkeitsentwicklung, charakterliche Besonderheiten bzw. Akzentuierungen und episodischer Alkoholkonsum nicht als psychiatrisch auffällig bewertet wurden. In 31,2% der Fälle wurden Anomalien der Persönlichkeitsentwicklung (Symptome pathologischer Persönlichkeitsentwicklung, Ausbildung einer Persönlichkeitsstörung) festgestellt. 41,9% der weiblichen Jugendlichen erhielten die Diagnose einer Entwicklungsstörung unterschiedlicher Ausprägung bis zu schwerer

Entwicklungsretardation. Leichte kognitive Störungen waren in 30,1% der Fälle festzustellen, darunter 23,6% organisch bedingt. 22,6% der Jugendlichen wiesen eine Substanzabhängigkeit auf (Alkohol, Drogen, Medikamente, Lösungsmittel). Bei 3,2% der weiblichen Jugendlichen wurden Störungen der Geschlechtsidentität diagnostiziert und eine stabile homosexuelle Orientierung festgestellt. Unter den Persönlichkeitsabweichungen von verschiedenen Typen und Graden wurden am häufigsten „willenlose“, „haltlose“, histrionische und sensible Ausprägungsgrade gefunden.

Die psychopathologischen Befunde zeigten sich in folgenden zentralen Bereichen der psychosexuellen Entwicklung bei den delinquenten weiblichen Jugendlichen:

- Unreife Geschlechtsrollenidentität, unzureichende Identifizierung mit dem eigenen Geschlecht
- Abweichende Haltung gegenüber dem anderen Geschlecht
- Störungen der Entwicklung von Werten und Einstellungen in Bezug auf die Verhaltensweisen zwischen den Geschlechtern in verschiedenen Formen einschließlich der Familie und das reproduktive Verhalten
- Reduzierte Fähigkeit, sexuelle Impulse und sexuelles Verhalten altersangemessen und eigenständig bewusst zu steuern

Der Prozess der Entwicklung von Geschlechterrollen stellt ein zentrales Element zur Ausbildung einer integrierten Identität dar. Große Bedeutung hat dabei die emotionale Identifikation der weiblichen Jugendlichen mit den bedeutsamen weiblichen Bezugspersonen, vor allem mit der eigenen Mutter.

Die vorwiegende Identifizierung von delinquenten weiblichen Jugendlichen mit dem weiblichen Geschlecht zeigt sich in projektiven Verfahren beim Zeichnen von Menschenfiguren. Die Zeichnungen der delinquenten weiblichen Jugendlichen stellen viel häufiger weibliche Jugendliche und Frauenfiguren dar, als dies in der Kontrollgruppe beobachtet wurde, jeweils 85,5% und 62,9% bei  $p < 0,01$  ein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit der Darstellungen. Auch die Ergebnisse des sogenannten „psycho-semantischen Farbassoziations-tests“ (eine Methode, die die subjektive Realität und die inneren semantischen Zusammenhänge von Probanden widerspiegeln soll) weisen auf die emotionale Nähe von „Ich-Vorstellungen“ und Begriffen „Frau“ und „Weibliche Jugendliche“ hin.

Dennoch zeigten sich einige Hindernisse, die den Integrationsprozess für die dissozialen bzw. delinquenten weiblichen Jugendlichen erschweren. Ein Problem ist, dass Identität und Autonomie bei den delinquenten weiblichen Jugendliche kaum entwickelt zu sein scheint. Es fehlten ihnen eine realistische Selbstwahrnehmung und ein rollenspezifisches Selbstverständnis. Dem unklaren und unbeständigen aktuellen „Ich“ steht das positiv erlebte ideale „erwünschte Ich“ und das „künftige Ich“ gegenüber, die beide eine „unproduktive“ und „pseudokompensatorische“ Rolle spielen. Statt wirkliche innere

Veränderungen und Entwicklungen zu realisieren, verharren die weiblichen Jugendlichen in ihren Phantasien in Form von Wunschbildern einer „idealen Zukunft“.

Ein weiteres Problem ist durch die intrafamiliäre Beziehungsstörung bedingt, vor allem durch die belastete Beziehung zwischen den weiblichen Jugendlichen und ihren Müttern. Die Ergebnisse zeigten (s. Abb. 4), dass das positive Interesse und die Autonomie die Haupttendenzen in den Einstellungen von den Müttern zu ihren Töchtern der Kontrollgruppe sind. In der Gruppe der delinquenten weiblichen Jugendlichen stehen dagegen Feindseligkeit, Unbeständigkeit und direktive Verhaltensweisen im Vordergrund. Solche Haltungen verhindern eine positive emotionale Identifikation der Töchter mit ihren Müttern sowie die Norm entsprechende soziale Vermittlung von Frauenrollen und einer angemessenen und entwicklungsförderlichen sozialen Position in der Familie. Es wurde weiter festgestellt, dass im Unterschied zu den nicht-delinquenten weiblichen Jugendlichen die Selbsteinstellung von delinquenten weiblichen Jugendlichen sehr hohe Korrelationen mit den Einstellungen der Mutter aufwiesen, so dass das Selbsterleben und Verhalten dieser weiblichen Jugendlichen oft eine kritiklose und unbewusste Übernahme der Haltungen der Mütter ist. Dies bestätigen andere Befunde, die Unselbständigkeit und Mangel an eigener positiver Identität bei den weiblichen Jugendlichen zeigen.

Die Entwicklung der Wahrnehmung des anderen Geschlechts sowie die Einstellung zu Männern werden bei dem weiblichen Jugendlichen in der Normgruppe von der „Vaterfigur“ geprägt. Die „Vaterfigur“ beeinflusste wesentlich die Vorstellungen der Töchter über ihren möglichen späteren Partner bzw.

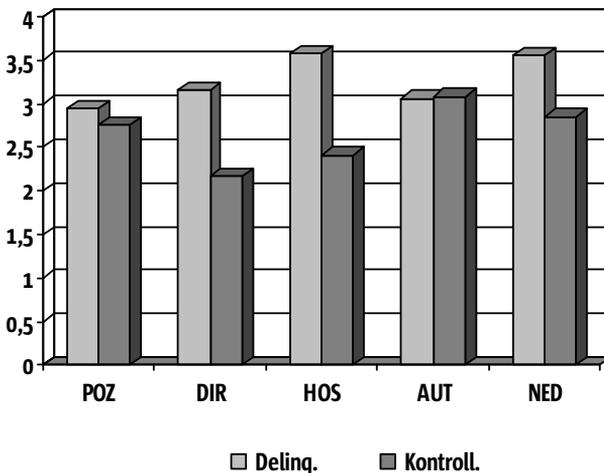


Abb. 4 Wahrnehmung des Verhaltens der Mutter bei delinquenten und nicht-delinquenten weiblichen Jugendlichen (ADOR-Test)

Ehemann. Bei den delinquenten weiblichen Jugendlichen zeigte sich dies beeinträchtigt. Nur die Hälfte der weiblichen Jugendlichen kannte ihren Vater, und selbst wenn er in der Familie präsent war, diente er selten in irgendeiner Form als soziales Vorbild. Ca. 53,7% dieser Väter waren alkoholabhängig und 21,4% in verschiedener Weise straffällig geworden. Die Einstellungen der Väter zu den Töchtern ähnelten denen der Mütter. Die weiblichen Jugendlichen assoziieren in ihren Vorstellungen ihre Väter mit den Begriffen „Schwäche“ und „Gleichgültigkeit“ (Farbassoziationsstest). Dies zeigt, dass der Vater für die delinquenten weiblichen Jugendlichen kein relevanter Rollenträger oder ein Vorbild war, der eine männliche Geschlechterrolle positiv repräsentieren und vermitteln könnte. Die Vorstellungen der betroffenen weiblichen Jugendlichen von Ihren zukünftigen Partnern/Ehemännern sind somit eher Projektionen der eigenen idealen Ich-Vorstellungen, die kaum einen Bezug zur Realität aufweisen.

Die zukünftige Familie erschien für die delinquenten weiblichen Jugendlichen von großer subjektiver Bedeutung (s. Abb. 5). In der Liste von 19 Terminalwerten haben 57,9% der weiblichen Jugendlichen Familie als eine der drei wichtigen „Lebenswerte“ genannt (29,7% in der Kontrollgruppe,  $p < 0,01$ ). Das Problem zeigt sich darin, dass die Familienbildung nicht als eine wichtige soziale und persönliche Aufgabe erlebt wird, sondern als eine „magische“ Lösung der bestehenden emotionalen und sozialen Probleme. Auf diese Weise spielen die Vorstellungen von der zukünftigen Familie zusätzlich eine kompensatorische Rolle. Die weiblichen Jugendlichen der Gruppe streben nach baldiger Erfüllung dieser Träume: 68,9% planten bzw. wünschten die Eheschließung vor dem 22. Lebensjahr, während 57% der Schülerinnen aus der Kontrollgruppe an eine

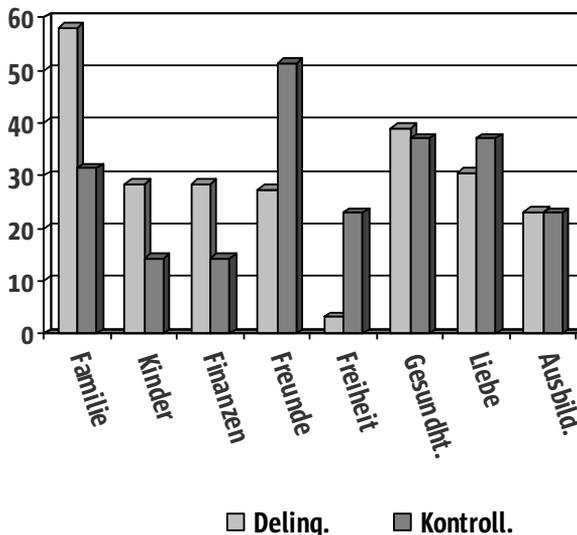


Abb. 5 Werte bei delinquenten und nicht-delinquenten weiblichen Jugendlichen in %

Ehe erst deutlich nach diesem Alter denken. Dies lässt den Schluss zu, dass die delinquenten weiblichen Jugendlichen für das Familienleben unvorbereitet bleiben und in der unmittelbaren Zukunft Enttäuschungen erleben können.

Die Einstellung der weiblichen Jugendlichen zur Sexualität unterschied sich deutlich zwischen der delinquenten weiblichen Jugendlichengruppe und der Kontrollgruppe. Im subjektiven inneren Bild der delinquenten weiblichen Jugendlichen wird der Begriff Sex mit „Geld“ assoziiert, was vermutlich mit ihren frühen Erfahrungen in diesem Bereich in Zusammenhang steht, dass finanzielle Aspekte mit der Sexualität verbunden sind.

Die Daten in jedem Untersuchungsbereich (Psychologie, Psychiatrie, Gynäkologie und Sexologie) offenbaren wichtige Aspekte, die hier einzeln dargestellt werden müssen. Die gemeinsame Analyse dieser Befunde erlaubt, neue Sichtweisen der Probleme und eine weitere Differenzierung zwischen den Gruppen.

Es wurde festgestellt, dass die schon oben dargestellte Neigung, in der eigenen Familie eine „emotionale Herberge“ zu suchen, nicht für alle weiblichen Jugendlichen typisch ist, sondern meist nur diejenigen charakterisiert, die wegen der frühkindlichen Entwicklungsstörung eine defizitäre Entwicklung mit Zeichen mangelnder kognitiver Leistungsfähigkeit oder kognitiver Störungen aufweisen. Die weiblichen Jugendlichen zeigen positive soziale Einstellungen, Bereitschaft zur Arbeit, positive (obwohl nicht immer kritische) Selbsteinschätzungen, jedoch auf der anderen Seite einen ausgesprochenen Mangel an Fähigkeiten, ihr Verhalten eigenständig zu steuern. Die delinquenten weiblichen Jugendlichen waren unreif, passiv, „willensschwach“, neigen zu Konformität und sie zeigten sich als stark von den Einschätzungen und Meinungen der unmittelbaren sozialen Umgebung abhängig. Sie stammten aus Familien, in denen ein dirigistischer, autoritärer und rigider Erziehungsstil vorherrschte und sie wiesen eine gewisse Bereitschaft auf, sich wiederum unter gleichartige Kontrollbedingungen zu stellen.

Die Delinquenz trat meistens im Rahmen von devianten gemischtgeschlechtlichen Gruppen auf und wurde durch diese Gruppen unterstützt und initiiert.

In den pädagogischen Einrichtungen neigen die delinquenten weiblichen Jugendlichen sehr schnell dazu sich anzupassen, sie verhalten sich unauffällig und werden aus diesem Grunde als „gut erziehbar“ eingeschätzt. Dennoch hing die Kriminalprognose in großem Umfang von dem sozialen Rahmen ab, in dem sie leben bzw. in den sie nach einer Intervention integriert werden können. Die delinquenten weiblichen Jugendlichen, die in entsprechende pädagogische oder therapeutische Behandlungseinrichtungen integriert worden waren, zeigten weniger sexuelle Aktivität und litten auch weniger unter den negativen psychosozialen Folgen von früher altersunangemessener sexueller Aktivität.

Die Behandlung mit diesen weiblichen Jugendlichen sollte vor allem geeigneten pädagogisch und psychotherapeutisch ausgerichteten Einrichtungen er-

folgen. Das Ziel der Intervention liegt idealerweise in der Stärkung von Selbstständigkeit, Reflexionsfähigkeit sowie in der Förderung aktiver, autonomer und sozial orientierter Verhaltenssteuerung, um die Kompetenzen für eine bewusste Verhaltenssteuerung zu fördern und die Persönlichkeitsentwicklung im allgemeinen zu stützen.

Die psychiatrische Begleitung ist in den meisten Fällen notwendig, um die Folgen der psychiatrischen und medizinisch-organischen Störungen zu behandeln und Behinderungen und Defizite so weit möglich zu kompensieren sowie den körperlich-funktionellen Zustand stabil zu erhalten. Weiterhin dienen die multidisziplinären bzw. multimodalen Behandlungsansätze dazu, die Betroffenen angemessenen am Arbeitsplatz und im sozialen Raum zu integrieren, damit sie die dort gestellten Erwartungen an Leistung und sozialer Kompetenz im Team auf der Basis ihrer weiter entwickelten Fähigkeiten erfüllen können. Die sozialpädagogische und psychiatrische bzw. psychotherapeutische Betreuung richtet sich an den folgenden Schwerpunkten aus:

- Sexualpädagogik,
- Entwicklung von Werten im interpersonalen Bereich,
- Entwicklung von Geschlechterrollen und Familienrollenbildern,
- Stärkung der Kompetenz bei der Bewältigung von Familienproblemen einschließlich Partnerschaftsbeziehungen und Kindererziehung.

Dies soll dazu dienen, die weiblichen Jugendlichen auf ein zukünftiges, sozial adäquates, kompetentes Leben in der sozialen Gemeinschaft und in einer Familie vorzubereiten.

Die andere Gruppe der delinquenten weiblichen Jugendlichen ist durch eine vielfältig und schwer gestörte Entwicklung charakterisiert, die aus einem Symptomenkomplex von äußerst schwerwiegenden psychologischen, psychiatrischen Beeinträchtigungen und sexuellen Auffälligkeiten besteht. Die weiblichen Jugendlichen sind vor allem durch Störungen in der Persönlichkeitsentwicklung gekennzeichnet und zeigen hauptsächlich Merkmale einer Persönlichkeitsstörung vom impulsiven, haltlosen oder/und histrionischen Typ bei durchschnittlicher intellektueller Leistungsfähigkeit. Sie zeigen ein hohes Maß an plan- und sinnloser Aktivität, an Impulsivität, sie weisen starke innere Konflikte mit negativen Selbstbewertungen auf und zeigen Erwartungen und Einschätzungen von anderen Menschen, die ihrem eigenen Selbstbild entsprechen. Weiterhin ist ihr Verhalten durch Fremd- und bzw. oder Autoaggressivität gekennzeichnet, in vielen Fällen zeigen sie ausgeprägte dissoziale Tendenzen, die hauptsächlich durch Alkohol- und Drogenkonsum sowie ein unstrukturiertes und selbstgefährdendes Sexualverhalten charakterisiert und belastet werden.

Die Analyse der Sexualanamnese lässt den Schluss zu, dass die Erfahrungen in diesem Bereich massive beeinträchtigende Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung der weiblichen Jugendlichen haben. Es ist nicht auszuschließen, dass Besonderheiten und Abweichungen der Wirkung weiblicher Hormo-

ne sowie sozialen Verhaltensstörungen diesen Prozess fördern bzw. ursächlich bedingen. Je früher die negativen oder beeinträchtigenden sexuellen Erfahrungen gemacht wurden, desto größer war die Wahrscheinlichkeit, dass sexuelle Gewalt gegen diese weiblichen Jugendlichen ausgeübt wurde. 46,3% der jungen Frauen hatten ihre ersten sexuellen Erfahrungen mit 13 Jahren und früher, 82,9% mit 14 Jahren und früher. Unter den weiblichen Jugendlichen, die ihre ersten sexuellen Kontakte mit 12 Jahren oder davor hatten, sind 85,7% vergewaltigt worden (s. Abb. 6). Im Alter von 13 Jahren sind 58%, im Alter von 14 Jahren 50% durch sexuelle Gewalt, vornehmlich Vergewaltigungen, belastet. Über das Alter von 15 Jahren wurden keine Vergewaltigungen dokumentiert. Diese Vergewaltigungen wurden meist von erwachsenen Männern begangen. 57,9% der ersten sexuellen Kontakte mit einem erwachsenen Partner hatten Gewaltcharakter, dabei wurde in 22,2% der Fälle die Gewalt bei den sexuellen Übergriffen durch Gleichaltrige ausgeübt. Die Bandbreite und Ausprägungsformen der negativen Einflüsse der sexuellen Gewalt auf den psychischen Zustand und auf die Persönlichkeitsentwicklung der weiblichen Jugendlichen sind bekannt. Die Daten dieser Untersuchung bestätigen diese Befunde. Weiter zeigten sich bei den Vergewaltigungsopfern veränderte eigene Wertschätzung und Selbstwertgefühl, abweichende Einstellungen zu anderen Personen und zu wichtigen Werten der Gemeinschaft. Die weiblichen Jugendlichen lehnen ‚Liebe‘ als Wert ab, schätzen eine positive und optimistische Einstellung im Umgang mit der Gegenwart und Erwartung für die Zukunft niedrig ein und wollen nicht sozial angepasstes und prosoziales Verhalten zeigen. Sie erwarten kein positives Verhalten von ihrer Umgebung und erleben ausgeprägte Schuldgefühle.

Die weibliche Jugendliche mit frühen sexuellen Erfahrungen zeigen später häufig Partnerwechsel und eine erhöhte Inzidenz von Geschlechtskrankheiten. Die

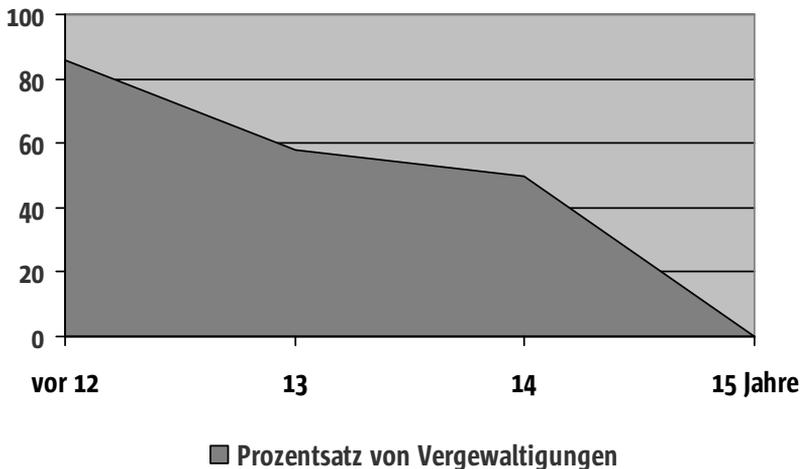


Abb. 6 Vergewaltigung als erster Sexualkontakt bei delinquenten weiblichen Jugendlichen (N = 49)

frühen sexuellen Erfahrungen haben nicht nur somatische Auswirkungen, sondern sie beeinträchtigen auch den psychischen Zustand der weiblichen Jugendlichen, sie erhöhen die Ausprägung von Ängstlichkeit, Erregbarkeit und Aggressivität, und die Wahrscheinlichkeit für das Erleben von Minderwertigkeitsgefühlen. Der Begriff „Sex“ bekommt für diese weiblichen Jugendlichen eine negative emotionale Färbung und wird subjektiv mit „Schmerz“ und Trauma assoziiert.

Die weiblichen Jugendlichen mit Kennzeichen in Sinne von Vorerfahrungen im Rahmen eines sogenannten „sexuellen Komplex“ (frühe Geschlechtskontakte, Vergewaltigung, häufige Partnerwechsel, Geschlechtskrankheiten) verschieben die Möglichkeit, eine Beziehung einzugehen, eine Ehe zu schließen in die weite Zukunft, bis zum Alter von 28 bis 30 Jahren. Viele von ihnen möchten zwar ein Kind, aber ohne Ehe oder Partnerschaft haben. Das Bedürfnis nach und die hohe Bewertung von Mutterschaft ist besonders bei den weibliche Jugendlichen ausgeprägt, die an Geschlechtskrankheiten leiden und daran zweifeln, ob sie zukünftig jemals schwanger werden könnten.

Die frühen sexuellen Erfahrungen zeigten eine hohe Korrelation mit Drogenkonsum, dessen negative Auswirkungen auf den psychischen Zustand und das Wertesystem als bekannt vorausgesetzt werden kann. Im Fall des Drogenkonsums kann bei den delinquenten weiblichen Jugendlichen die Neigung zur Ausbildung einer negativen Identität beobachtet werden.

Die Behandlung der weiblichen Jugendlichen mit einer Vielzahl ineinander verflochtener Störungen, Defizite und Verhaltensprobleme bedingt einen komplexen sozialpädagogischen und therapeutischen Ansatz. Der Anfang der Behandlung beginnt mit medizinisch-somatischen Maßnahmen, um die körperlichen Störungen (z.B. sexuell übertragene Infektionen) zu behandeln, die die körperliche Integrität der weiblichen Jugendlichen deutlich beeinträchtigen und deren Behandlung deshalb erste Präferenz hat. Weiterhin findet eine medizinisch-pädagogische Aufklärung und Begleitung im Bereich der Sexualität statt, die in erster Linie von Gynäkologen durchgeführt wird. Diese Beratung wird durch die Beteiligung von Psychologen ergänzt, um durch psychologisch therapeutische Stützung eine Auseinandersetzung mit und die Entwicklung von sozialen Normvorstellungen und ethischen Werten zu ermöglichen. Hinzu kommt die Bearbeitung die individuellen Probleme der Betroffenen. Auch wenn die Fragen und Sorgen der weiblichen Jugendlichen zuerst anonym in der Gruppe besprochen werden könnten, schaffen die in einer vertraulichen Atmosphäre durchgeführten individuellen pädagogisch-psychologischen Beratungen eine vertrauensvolle Beziehung. Diese Atmosphäre erlaubt, die Problembesprechung mit den weiblichen Jugendlichen einzeln fortzusetzen. Wenn die weiblichen Jugendlichen erleben, dass sie mit ihren intimen Problemen akzeptiert und ernst genommen werden, führt das zu einer „Normalisierung“ ihrer Selbstwahrnehmung und hilft ihnen, ihr Selbstbild positiv zu verändern. Dies schafft die weitere Basis für die

Einzel- und Gruppenarbeit mit dem Ziel, ausreichende Coping-Strategien, Fähigkeiten zu Selbstkritik und Selbstreflexion sowie für eine bewusste Verhaltenssteuerung zu entwickeln. Gleichzeitig ist eine psychotherapeutisch-psychiatrische Behandlung des aus den erlebten sexuellen Gewalthandlungen herrührenden Traumas durchzuführen. Die therapeutische Arbeit mit den drogenabhängigen weiblichen Jugendliche und jungen Frauen sollte ein Bestandteil dieses Prozesses werden. Wichtig ist, eigene Ressourcen der weiblichen Jugendliche zu identifizieren und zu fördern: Positive soziale Motive, emotionale Bindungen, realistische Zukunftsplanung. Der für das spätere Leben geplante Kinderwunsch kann ein Anknüpfungspunkt in der Therapie sein. Familiäre Rollen und partnerschaftliche Beziehungen müssen in diesem Zusammenhang ausführlich bearbeitet und entwickelt werden.

Mit einer Zunahme der Anzahl delinquenter und sexuell auffälliger weiblicher Jugendlicher wird in Russland gerechnet und es besteht die Absicht und der Wille, die bestehende Hilfesysteme in Vorbereitung für diese Entwicklung auszubauen.

## Literatur

- Dozortseva EG (2005) Psychic Trauma in Juvenile Delinquents: Gender Specifics Serbsky National Center for Social and Forensic Psychiatry. Moscow, Russia, XXIX<sup>th</sup> International Congress on Law & Mental Health.
- Dozortseva EG (2005) The Best Interest of the Child: The Russian View Serbsky Center for Social and Forensic Psychiatry. Moscow, Russia, XXIX<sup>th</sup> International Congress on Law & Mental Health.
- Dozortseva EG, Loginova EV (2007) Psychological Characteristics of Adolescent Gang Offences. *Psychological Science and Education* 5: 289–294.
- Dozortseva EG, Malantseva OD (2010) Psychological Characteristics of Adolescents Prone to Xenophobia. *Psychological Science and Education* 2: 44–53.
- Kachaeva MA, Dozortseva EG, Davydov DM (2000) System-structural analysis for aggressive criminal behavior in females with psychiatric disorders. *Russ J Psychiatry* 3: 33–6.
- Koudrjajtsev JA, Dozortseva EG (1988) Psychological age: Theory and legal expertise. *Psikologicheskii Zhurnal* 9(6): 103–115.



# 11 Umgang mit weiblicher und männlicher Dissozialität am Jugendgericht im Kanton Bern

Dieter Hebeisen

Bei der komplikationslosen Geburt des Kindes ahnen die wenigsten Eltern, welche Ereignisse sie in der Pubertät und Adoleszenz ihrer Sprösslinge erwarten werden. Jeder Fortschritt des kleinen Wesens erfreut die stolzen Eltern, höchstens leicht getrübt durch schlaflose Nächte, weil der neue Erdenbürger mit seinem Schreien keine Rücksicht auf ein „menschliches Dauerbedürfnis“ nimmt. Strahlt das Kind am nächsten Tag seine Umgebung an, kann ihm keiner mehr böse sein und der Ärger wegen der schlaflosen Nacht ist bald einmal vergessen und vergeben. Nur ca. zwölf, dreizehn Jahre später sind aus den ehemals niedlichen Wesen zum Teil „rotzfreche“, unablässig nörgelnde und widerspenstige Halbwüchsige geworden, die nunmehr durch ihr „aufmüpfiges“ Verhalten, absolut „chaotische“ Zimmer, schlechte Launen, überkritische Fragen, extreme Ansichten und vieles mehr auffallen, was die Eltern rasch an die Grenzen ihrer pädagogischen Leistungsfähigkeit zu bringen mag. Die ehemals so problemlosen Kinder halten sich nicht an Verbote oder verlangen stets eine Begründung, die sie nach ihren eigenen Maßstäben zu überzeugen hat – was von vornherein ein praktisch unmögliches Unterfangen ist, da selbst die objektive Begründung nicht akzeptiert werden kann. Plötzliche Weinkrämpfe oder Wutausbrüche machen Eltern völlig ratlos, der rapid absinkende Notendurchschnitt beschäftigt nicht nur die Familie, während der steigende Fernseh, Video- und Internetkonsum unweigerlich zu Geräteeng-

pässen führt. Das noch bis vor kurzem brave, wohlerzogene Kind stellt unverhofft unbequeme persönliche Fragen, kritisiert ständig, akzeptiert keine der oft unbeholfenen Erklärungs- bzw. Verteidigungsversuche der Erwachsenen und hält diesen genüsslich Widersprüchliches vor. Wichtiges wird nur noch mit Altergleichen besprochen, die Kommunikation beschränkt sich auf das Handy und was nur im Entferntesten nach Erwachsenen aussieht, wird mit Aggressionen bekämpft. Diese Zeit ist nicht nur für die Erwachsenen schwierig, die sich oft in ihrer Ratlosigkeit fragen, warum sie dieses Verhalten der Heranwachsenden tolerieren müssen oder verzweifelt nach den Gründen ihrer scheinbar falschen Erziehung suchen. Schwierig ist diese Zeit auch für die Jugendlichen selber, die in nicht anders reagieren können, weil sie in Unsicherheit über ihre bisherige Orientierung geraten. Durch die neuartigen erlebten Veränderungen, muss der heranwachsende junge Mensch lernen, wer er ist und wie er mit seiner neuen Rolle zurechtkommen kann. Nach der turbulenten Pubertät schließt sich übergreifend die nächste schwierige Phase der Adoleszenz an. Das Abschiednehmen von der Kindheit passiert bekanntlich nicht in einem Schritt. Während einer längeren Zeitperiode ist der junge Mensch nicht mehr Kind, aber auch noch nicht erwachsen. Das zeigt sich etwa darin, so werden einerseits die unangenehmen Seiten des Erwachsenwerdens – wie z.B. das Übernehmen von Pflichten oder das Einhalten von gültigen Vereinbarungen – oft weit in die Zukunft verschoben und andererseits die Rechte als Erwachsener beansprucht. Diese Zeit der Unsicherheit über sich selber, häufig gepaart mit Minderwertigkeitskomplexen, führt nicht selten zu Provokationen gegenüber den Erwachsenen. Ein Jugendlicher in der Adoleszenz kann seinen ehrgeizig joggenden Vater in seiner persönliche Lebenskrise zur Weißglut bringen, wenn er jedes Mal, wenn der väterliche Sportler verschwitzt und nach Luft ringend nach Hause kommt, genüsslich eine Zigarette anzündet und den Rauch möglichst tief inhaliert. Oder wenn die bewusst verschuldeten schlechten Noten in der Schule zu einer Krisensitzung nach der andern führen, bei welchen sich Lehrerschaft und Eltern verzweifelt bemühen, dem desolaten Zustand zu beheben, während der Halbwüchsige halb belustigt, halb gelangweilt, aber sicher immer passiv sich zurücklehnt und keinen eigenen Beitrag leistet. Dabei ist es dem scheinbar „coolen“ Jugendlichen meist alles andere als wohl in seiner Haut. Die neuen an ihn gestellten Anforderungen erzeugen Angst, verunsichern ihn und lassen erschweren ihm Hilfe von anderen anzunehmen. Diese Erscheinungen gehören mehr oder weniger ausgeprägt zum Erwachsenwerden und stellen eine schwierige Zeit sowohl für die Heranwachsenden wie auch für die Erziehenden dar, in der es nicht selten zu eigentlichen Zerreißproben kommen kann. Obwohl die Pubertät und Adoleszenz hohe Anforderungen an alle stellen, können beiden Entwicklungsstadien auf Basis eines vertrauensvollen Verhältnisses zwischen Eltern und den Heranwachsenden erfolgreich gemeistert werden. Selbst sehr schwierige und lang andauernde Pubertäts- bzw. Adoleszenzphasen dürfen nicht mit dissozialem Verhalten gleich gesetzt werden.

Im „Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie“ wird der Terminus „Dissozialität“ als deskriptiver Oberbegriff für Störungen des Sozialverhaltens, Delinquenz und Verwahrlosung verwandt, wobei von den Störungen des Sozialverhaltens als kinder- und jugendpsychiatrische Entität die Delinquenz als juristisch-kriminalistisch manifest gewordenes abweichendes Verhalten und die Verwahrlosung als persistierendes Verstoßen gegen die sozialen Normen unterscheiden werden. Einfacher ausgedrückt und auf junge Menschen bzw. auf meine Arbeit als Jugendgerichtspräsident bezogen verstehe ich unter Dissozialität Folgendes:

- Missachten von sozialen Regeln und Normen
- Ablehnen von Verantwortung und Verpflichtungen
- Geringe Frustrationstoleranz und leichte Reizbarkeit
- Niedrige Gewaltschwelle, oft verbunden mit hohem Gewaltpotenzial
- Mangelhaftes oder fehlendes Schuldbewusstsein (keine Einsicht ins Unrecht der Tat)
- Unvermögen, Beziehungen einzugehen oder diese längerfristig aufrecht zu erhalten
- Rücksichtslosigkeit gegenüber andern, insbesondere auch gegenüber deren Meinungen und Gefühlen

Dabei steht fest, dass das Norm abweichende oder delinquente Verhalten deutlich, andauernd und eine gewisse Intensität aufweisen muss. Nur schwerwiegende stets gegen soziale Gesellschaftsnormen verstoßende Verhaltensweisen oder wiederkehrende Delinquenz mit mangelnder Schuldeinsichtsfähigkeit lassen den Schluss zu, dass Dissozialität vorliegen kann. Die Grenzziehung zwischen Norm abweichendem Verhalten, das auf die Pubertät oder Adoleszenz zurückzuführen ist und einem dissozial zu bezeichnenden Verhalten ist nicht leicht. Gerade bei Heranwachsenden, die aus ihrer inneren Unsicherheit heraus nicht immer adäquat handeln oder reagieren, ist Zurückhaltung angebracht, bevor man sie vorschnell als dissozial abstempelt. So kann ein notorischer „Töfflifrisierer“ (Mofafrisierer), der ganz klar gegen das Gesetz verstößt, ebenso wenig die Siebzehnjährige, die tagtäglich der Erwachsenenwelt überdeutlich zeigt, dass „sie sie alle mal können“, nicht als dissozial bezeichnet werden.

### **11.1 Wie äußert sich Dissozialität in der täglichen Arbeit mit Jugendlichen am Jugendgericht?**

Vorab sei mit aller Deutlichkeit festgehalten, dass nur ein geringer Teil der Jugendlichen, mit denen sich die Jugendgerichte befassen müssen, weist dissoziale Auffälligkeiten auf. Es ist aber festzustellen, dass diese Zahl in den letzten Jahren überproportional zugenommen hat und vor allem deshalb gewichtet, weil die verantwortlichen sozialen Behörden an Grenzen stoßen. Die

konstante Ablehnung und Bekämpfung jeglicher pädagogischer oder therapeutischer Maßnahmen durch die betroffenen Jugendlichen erfordert von den Fachpersonen der Jugendhilfe viel Durchhaltevermögen und Fantasie. Und dennoch kann der Erfolg ausbleiben, wenn ein besonders hoher Dissozialitätsgrad vorliegt. Ob sich die Bemühungen der Jugendstrafrechtsbehörden zu einem späteren Zeitpunkt positiv auswirken, ist mangels entsprechender Untersuchungen nicht eindeutig zu beantworten, da die sich beharrlich widersetzen Jugendlichen nach Ablauf der maximalen Frist der Maßnahme entlassen werden müssen. In dem entsprechenden Beschluss steht dann: „Die Maßnahme wird wegen Sinn- und Zwecklosigkeit per sofort aufgehoben.“ Diese vom Gesetzgeber nicht vorgesehene Variante verdeutlicht, dass einerseits diese Tendenz eine neuere Entwicklung darstellt und andererseits der betroffene junge Mensch zwar nach wie vor maßnahmebedürftig, aber nicht maßnahmefähig ist. Diese Tatsache ist nicht auf Anhieb erkennbar, sonst könnten die Justizbehörde im Vornherein auf das Anordnen von Maßnahmen verzichten. Viele Jugendliche weigern sich schon zu Beginn sich in einer pädagogischen oder therapeutischen Maßnahme zu integrieren, da dies mit dem Verlust von Freiheiten einhergeht und oft mit großen Ängsten verbunden ist. Die meisten jungen Menschen brauchen eine gewisse Zeit, bis sie sich an die neuen Strukturen und Vorgaben für sich akzeptieren können.

Die Justiz hat sich mit dissoziale Jugendlichen zu befassen hat, die dadurch auffallen, dass sie

- sich absolut lustlos verhalten (Nullbockstimmung)
- sich gegenüber allem und jedem verweigern
- ihren Überdruß an der Schule oder Ausbildung so ausgeprägt zeigen, dass es zum Ausschluss oder Abbruch der Ausbildung kommt
- in keinen Arbeitsprozess einzugliedern sind
- Drogen brauchen, um den Alltag zu bewältigen
- sich tage- bzw. nächtelang an ungeeigneten Orten aufhalten
- sich sämtlichen sozialen Strukturen entziehen
- sehr rasch äußerst aggressiv reagieren
- eine erhebliche Bereitschaft zu Gewalt zeigen
- sich Feindbilder aufbauen, um von sich selber abzulenken
- Fehler nie bei sich selber suchen
- nicht bereit sind, Verantwortung zu übernehmen
- unfähig sind, Beziehungen einzugehen bzw. über längere Zeit aufrecht zu erhalten, etc.

Auffallend ist, dass das Norm abweichende Sozialverhalten in den letzten Jahren wesentlich deutlicher zugenommen hat als die Delinquenz, obwohl mehr Fälle vorkommen, die in die persönliche Integrität der Mitmenschen eingreifen (Gewalttätigkeiten) festzustellen sind. Bezüglich der Delikte sind insofern enorme Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen festzustellen, als dass gemäß Anzeigestatistik das Verhältnis zwischen delin-

quenten männlichen und weiblichen Jugendlichen zwischen 5:1 und sogar 10:1 liegt. Aus diesen Zahlen darf nicht fälschlicherweise der Schluss gezogen werden, Delinquenz – und damit auch Dissozialität – sei primär ein Problem der männlichen Jugend. Die Unterschiede in der Anzeigehäufigkeit haben andere Ursachen, z.B. dass weibliche Jugendliche männliche Gleichaltrige für sie die strafbaren Handlungen ausführen lassen, dass sich Straftäterinnen wesentlich geschickter und raffinierter anstellen und deshalb weniger schnell erwischt werden. Die männlich dominierte Polizei neigt zudem dazu, bei weiblichen Personen eher einmal „Gnade vor Recht“ walten lassen. Ebenso ist unzutreffend, dass weibliche Jugendliche nur so genannte leichte Delikte begehen. Gewaltdelikte, schwere Eigentumsdelikte, der Konsum harter Drogen etc. gehören heute auch zum Repertoire von delinquenten weiblichen Jugendlichen. Nicht zutreffend ist die Annahme, dass weibliche Jugendliche primär autoaggressiv sind. Ihre nach außen gerichteten Aggressionen sind in der Regel subtiler, können aber auch ganz brachiale Formen annehmen. Zusammengeschlagene Erzieherinnen und Erzieher, niedergemachte Beraubte, herausgerissene Sanitäreinrichtungen, zertrümmerte Möbel und abgefackelte Klinikstationen belegen dies.

Während bezüglich der Delinquenz primär ein quantitativer Unterschied zwischen Straftäterinnen und -tätern besteht, gibt es bezüglich Norm abweichendem Sozialverhalten eher qualitative Differenzen. Weibliche Jugendliche verstehen es besser, Vorteile des sozialen Umfeldes zu nutzen. Gerade Väter solidarisieren sich gerne mit ihren Töchtern, entschuldigen deren Fehlverhalten, decken sie mit Falschaussagen oder akzeptieren ihr Apathie. Weibliche Jugendliche setzen sich häufiger und bestimmter über Regeln und Abmachungen hinweg. Es werden mehr 12- bis 14-jährige weibliche als männliche Jugendliche in den frühen Morgenstunden aufgegriffen. Nicht selten ist die Antwort der Eltern „wir finden es auch nicht gut, dass unsere Tochter so spät unterwegs ist, aber was kann man dagegen machen? Sie nimmt sich dieses Recht einfach heraus und wir können sie ja nicht einsperren.“ Im jugendstrafrechtlichen Verfahren setzen weibliche Jugendliche auffällig mehr Energie frei und nutzen alles zu ihrem Vorteil. Männliche Jugendliche zeigen eine größere Passivität, kämpfen schon in der Untersuchungsphase weniger gegen die Maßnahme, sondern verlegen ihre Aktivitäten in den Vollzug. Bei weiblichen Personen stehen in erster Linie psychische Auffälligkeiten oder alle Formen der Essstörungen im Vordergrund.

## 11.2 Ursachen der Dissozialität

Es stellt sich die Frage, welche Ursachen für die Zunahme dissozialer Jugendliche bestehen. Im Folgenden soll auf einige Aspekte etwas näher eingegangen werden. Vorab ist auf ein Erbe der **68er Bewegung** hinzuweisen. 1963 erschien nach jahrzehntelanger Emigration Marcuse wieder auf der europäischen Sze-

ne, nachdem er in den USA bereits zum „most influential thinker“ des 20. Jahrhunderts und der „Neuen Linken“ aufgerückt war. Zusammen mit alten und neuen Weggefährten wurde er rasch zum geistigen Haupt einer weltweiten Bewegung, der sog. Frankfurter-Schule. Seine kämpferische Haltung richtete sich vorwiegend gegen das Feindbild einer Gesellschaft, wie er sie in Amerika glaubte erkannt zu haben, gegen das Schwinden einer Kultur als Folge einer immer zunehmenden Herrschaft technologischer Rationalität und gegen jene eines konsequenten Operationalismus. Dieses Gesellschaftssystem galt es nicht bloß zu negieren, sondern durch revolutionäres Handeln zu verändern, da es die Gewalt nicht grundsätzlich ausschloss. Die in diesem Gesellschaftssystem wirkenden Gesetzmäßigkeiten reproduzieren dauernd soziale Ungerechtigkeiten, zwischenmenschliche Entfremdung und totalitäre Macht. Das galt als Legitimation für das revolutionäre Handeln. Ein Fortschritt hin zur Humanität war daher nur durch eine radikale Opposition gegen den gesellschaftlichen Status quo möglich. In einer meines Erachtens genialen ideologischen Strategie hat die Frankfurter-Schule deshalb zwei maßgebliche Denksysteme miteinander verbunden, deren Schöpfer selbst kaum an eine solche Heirat gedacht hätten: Marx und Freud. Diese Verbindung lässt sich am besten am Beispiel der Begriffe repressiv und antiautoritär darlegen. Freud verwendete den Begriff „repressiv“ im Sinne von „verdrängen“. Marcuse gab diesem nun eine neue, gewaltige Ausdehnung, denn repressiv hieß nun „unterdrücken“. Damit schaffte er die Verbindung zu Marx, der ja mit dem Anspruch aufgetreten war, das jahrtausend alte Herrschaftsprinzip zwischen Unterdrückten und Unterdrückern aufzuheben. Marcuses zentrales Thema war ebenfalls die Ausbeutung der Beherrschten durch die Herrschenden. Repressiv im Sinn von unterdrücken war fortan die ganze Gesellschaft: die Eltern, die Familie, alle Institutionen, die Kirche, die Schule, die antiquierte Sexualordnung und vor allem auch die Rechtsprechung, welche nicht selten aus Tätern Opfer macht und dabei die eigentlichen Opfer vollständig vergisst. Nun wäre aber die Repression im Sinne von Unterdrückung nicht möglich, wenn der Mensch nicht vom Glauben an Autorität und an Autoritäten beseelt gewesen wäre. Der Kampf gegen die Unterdrückung musste sich daher gegen alles richten, was offen und unterschwellig für sich Autorität beanspruchte. Die ideologischen Strategien der „Neuen Linken“ wählten erneut ein raffiniertes Vorgehen, indem sie die politisch-ideologische Absicht in den Hintergrund stellten und dafür die antiautoritäre Haltung als extreme Form des pädagogischen Prinzips des „Wachsen-Lassens“ (anstelle von „Führen“) propagierten. Marcuses Unterfangen wurde gestützt durch die Tatsache, dass der Begriff autoritär schon immer einen leicht negativen Beigeschmack hatte. Die antiautoritäre Welle spülte alles weg, was wahrscheinlich zu Recht Autorität beanspruchen durfte. Das „Wachsen-Lassens“ wurde in der Folge so interpretiert, dass sich nur zum Guten entwickeln kann, was sich aus eigener Kraft und ohne äußere Einmischung entwickelt hat. Was nur schon von weitem nach Strukturen oder gar Vorschriften aussah, wurde abgelehnt und be-

kämpft. Erst viele Jahre später wurde erkannt, dass den jungen Menschen kein Gefallen erwiesen wurde, sondern dass sie im Stich gelassen worden sind. Die gravierenden pädagogischen Spätfolgen wirken sich bis in die heutige Zeit aus.

Ein weiteres Element mit Einfluss auf das Auftreten der Dissozialität ist im „Egoismus“ zu finden. Gerade in sozialen Bereichen wurde die Forderung nach der individuellen Verwirklichung zum kategorischen Imperativ. Plötzlich wurde das Individuum nicht mehr als notwendiger Teil der Gemeinschaft gesehen, sondern aus dieser herausgelöst. Nur was das Individuum fördert, wurde als gut bewertet und der notwendige Beitrag als Teil des Ganzen wurde völlig negiert. „Verwirkliche dich selbst!“ wurde zum alles überragenden Credo. Diese Entwicklung ist nicht abgeschlossen und wird noch immer gefördert. Die Haltung „ich und nochmals ich, und dann lange nichts mehr“ sollte jedoch einem gemeinschaftlicheren Denken. Durch den extremen Egoismus wird verkannt, dass das Individuum längerfristig nicht ohne das Ganze überleben kann. Dieses aber wird durch den extremen Egoismus gerade zerstört.

Mit diesen Phänomenen steht ein Wertewandel zusammen. Evolution gehört selbstverständlich zu jedem lebenden und lebendigen System. Ein Wertewandel in Form einer Abkehr von wichtigen Normen insbesondere der Ethik steht hingegen nicht in Einklang mit einer sinnvollen Evolution. Als Beispiel wird auf die Darstellung des Menschen vor allem in den Medien und insbesondere auf die Möglichkeiten im Internet hingewiesen. Während sich die Fernsehsender durch die Anzahl von täglichen, immer brutaler werdenden Beiträge voyeuristisch ausgestalteten und sich banalen Sexsendungen zu überbieten suchen, widmen sich erschreckend viele Gefäße des Internets menschenverachtenden Darstellungen allertiefster Stufen.

In einer Welt, in der der Materialismus dominiert und Konsum oder Luxusgüter im Überfluss vorhanden sind, fällt es den Erziehungsverantwortlichen anscheinend schwerer, einfach einmal „Nein“ zu sagen. Die Verkaufsstrategien der Handelunternehmen fördern das Konsumverhalten und erschweren den Eltern die Erziehung. Schwierig wird es aber erst, wenn das dringend angebrachte „Nein“ nie kommt, bzw. gleich wieder aufgehoben wird, z.B. wenn die Eltern dem Kind zuerst etwas verbieten, auf dessen heftige und lautstarke Intervention dann aber doch erlauben, gekoppelt an das Versprechen, sich fortan zumindest ruhig zu verhalten. Diese Inkonsequenzen ortet schon das Kleinkind sehr rasch und kann effiziente Strategien entwickeln, die mit zunehmendem Alter immer ausgeklügelter und erfolgreicher werden. Dieses Nachgeben der Eltern ist nicht immer darauf zurückzuführen, dass sie ihr Kind nicht erziehen möchten, sondern eher darauf, dass sie erzieherisch verunsichert sind, da für sie viele Normen und Werte in Frage gestellt sind oder keine Gültigkeit mehr haben. Das Kind erhält in der Folge immer mehr Rechte und erlebt laufend seltener Grenzen. Diese scheinbaren Freiheiten führen in der Regel nicht dazu, dass der junge Mensch glücklicher ist. Seine Kompe-

tenz zu Eigenverantwortung wird nicht gestärkt und er ist oft orientierungslos. Sein Verhalten kann dazu führen, dass er sich im sozialen Rahmen unangemessen verhält und möglicherweise ausgegrenzt wird.

Nach dem ZGB gelten alle Menschen mit Ausnahme der Entmündigten ab dem 18. Altersjahr als erwachsen. In meiner täglichen Arbeit zeigt sich, dass diese gesetzlich klare Regelung nicht so eindeutig für die Betroffenen ist. Damit sind nicht in erster Linie 18-Jährige gemeint, die sich weigern, erwachsen zu werden und Verantwortung für sich zu übernehmen, sondern z.B. 30-Jährige, die ihr „Hotel Mama“ mit all seinen Vorteilen nie verlassen wollen. Noch ausgeprägter wird es, wenn offenbar sich ins Jugendalter zurücksehrende ältere Menschen mit verkehrt aufgesetzter Baseballmütze waghalsig durch die Gegend bladen und Sprachbrocken der 15-Jährigen vor sich hinmurmeln. Dies hat nichts damit zu tun, dass heute erfreulicherweise bis ins hohe Alter an der eigenen Fitness gearbeitet wird. Die 40-Jährige Mutter, die mit ihrer knapp 15-Jährigen Tochter wetteifert, um möglichst jung auszusehen, verkennt immer, dass sie verlieren muss, wenn sie einen derartigen Wettbewerb beginnt und Jugend zu ihrem Ideal stilisiert. Sie vergibt zudem all die Werte, die sie aufgrund ihrer Lebenserfahrung gerade von ihrer Tochter unterscheiden würde. Diese „Infantilisierung der Gesellschaft“ verwischt nicht nur die Grenzen zwischen Kindern und Erwachsenen, sondern wirkt sich negativ aus. Auf der einen Seite mischen sich Erwachsene in einen Bereich ein, den sie verlassen haben müssten und werden dadurch für die Jugendlichen zu einer echten Bedrohung. Auf der andern Seite wird das Alter herabgewürdigt, indem die ewige Jugend als alleine selig machend verkündet wird. Dem bejahrten Mitglied der Gesellschaft, das mit seiner reichhaltigen Erfahrung den nachkommen Generationen Wesentliches mitgeben könnte, bleibt weder Raum noch Zeit. Damit wird ein vielfältiges und wichtiges Potenzial intergenerationaler Interaktion nicht angemessen nutzbar.

Wie sollen Kinder und Jugendliche beziehungsfähig werden, wenn das sie umgebende soziale Umfeld ihnen nicht die Möglichkeit bietet, Beziehungen eingehen zu können? Auch wenn Scheidungen bei 40% der geschlossenen Ehen vorkommen, können geschiedene Eltern oder neu zusammengesetzte Partnerschaften sehr wohl einen fruchtbaren Boden für die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen darstellen. Problematisch sind familiäre Umstände, die den Jüngsten der Gesellschaft äußerst schlechte Startbedingungen schaffen, z.B. Kinder von suchtabhängigen oder HIV-positiven Müttern; Kinder, um die im Rahmen der Scheidung gestritten oder gar gekämpft wird; unerwünschte Kinder; Kinder, die als Folge einer Vergewaltigung geboren wurden; Kinder, die aus fremden Kulturen herausgerissen werden etc. Die schlechten Startbedingungen können in der Regel kaum mehr kompensiert werden. Die Folgen von Frühverwahrlosungen können zwar während einiger Zeit unter optimalen Bedingungen aufgefangen werden, brechen aber in der Regel mit aller Vehemenz spätestens in der Pubertät voll durch. Nicht selten wiederholt sich dann von Generation zu Generation dasselbe Schicksal.

### 11.3 Besteht somit nun Grund zur totalen Resignation?

Eine weitere mögliche Ursache von Dissozialität bei Jugendlichen steht mit sexuellem Missbrauch im Zusammenhang. Gerade bei weiblichen Jugendlichen, die in einem stationären Rahmen untergebracht werden müssen, zeigt sich eine hohe Zahl von Fällen, bei denen Missbrauch vermutet wird. Da die häufigsten sexuellen Übergriffe im unmittelbaren sozialen Umfeld stattfinden, bleibt vermutlich in Zukunft die Dunkelziffer noch hoch. Die Auswirkungen auf die jungen Menschen beiderlei Geschlechts sind prägend für das ganze Leben.

### 11.3 Besteht somit nun Grund zur totalen Resignation?

Es trifft zu, dass bei schweren Störungen im Sozialverhalten die zuständigen Behörden an die Grenzen des Machbaren gelangen und resignieren müssten. Diese dissozialen Jugendlichen überfordern das Hilfesystem, jedoch ist die Zahl dieser schwierigen Fälle niedrig. Es muss davor gewarnt werden, dass jedem Fall Norm abweichenden Verhaltens auf Dissozialität zu schließen. Dennoch darf eine weitere zunehmende Entwicklung nicht unbeachtet bleiben.

Wie ist deshalb dieser Tendenz zu begegnen, denn die Ursachen der Dissozialität sind verschieden und kombiniert. Es ist bei den Ursachen anzusetzen, um vor allem in der Anfangsphase des sich abzeichnenden dissozialen Verhaltens mit pädagogischen und therapeutischen Maßnahmen viel zu bewirken. Wichtig dürfte dabei sein, dass nicht zu schnell resigniert wird, auch wenn die Erfolgsaussichten nicht nur im ersten Moment, sondern für längere Zeit gering erscheinen. Die zuständigen Fachpersonen und der junge Mensch selbst sind bei der Behandlung stark gefordert, um Eigenverantwortung und positiven Prozess einzuleiten.

Grundsätzlich müssen die Bemühungen über den Einzelfall hinausgehen. Die negativen Ursachen sind anzupacken. Dies wiederum erfordert ein Umdenken der Gesellschaft, sonst läuft der Sozialstaat Gefahr, dass durch ihn dissoziale Jugendliche ausgrenzt werden, wenn sie materiell gesichert, aber nicht integriert werden können.

Nachdem die letzten Jahrzehnte geprägt vom technischen Fortschritt waren, ist es an der Zeit, dass wir uns wiederum vermehrt dem Menschen zuwenden. In Lessings Schrift „Die Erziehung des Menschengeschlechts“ führt der Weg des Menschen zum Menschen über drei Stufen:

- von der Stufe der zehn Gebote – auf welcher Forderungen mit kategorischem Imperativ gestellt werden: du sollst, ... sonst ... –
- über die Stufe der Bergpredigt – auf welcher ohne Strafandrohung nur noch an die Einsicht des Menschen appelliert wird –
- zur höchsten Stufe hinauf, auf welcher der Mensch einzig um des Guten willen handelt, ohne Strafandrohung und ohne Aussicht auf eine Belohnung.

Die unteren Stufen sind notwendige Durchgangsstufen, die nicht übersprungen werden dürfen und die nie aus der innern Entwicklung des Menschen verschwinden werden. Die jeweils höhere Stufe überhöht die untere und nimmt ihr dadurch ihre Allmacht und Ausschließlichkeit. Erst auf der dritten Stufe – dem Handeln um des Guten willen – ist der Mensch „Mensch im eigentlichen Sinne“. Auch Pestalozzi geht in seiner gedankenschweren Schrift „Über den Gang der Natur in der Entwicklung des Menschengeschlechts“ im Wesentlichen von einem dreistufigen Entwicklungsgang aus, den die Menschheit und der einzelne Mensch zu gehen hat. Nach Pestalozzi kann nur, wer diesen Gang kennt, in fruchtbarer Weise etwas zur Entwicklung des Menschen und der Menschheit beitragen. In seinem tierischen Zustand – dem Naturzustand, der an sich weder gut noch böse ist – folgt der Mensch seinem Instinkt; als Bürger im gesellschaftlichen Zustand – in welchem er am meisten gefährdet ist – dem Gesetz; als Mensch im sittlichen Zustand gehorcht er hingegen seinem Gewissen. Erst im dritten Zustand kann von ihm als „Mensch im eigentlichen Sinn“ gesprochen werden. Ich bin überzeugt, dass gerade die heutige Zeit sich auf diesen Menschen im eigentlichen Sinn zurück besinnen muss. Dies hat nichts mit falscher Nostalgie oder Angst vor der Moderne zu tun. Die Zeit, in welcher eine unwahrscheinliche Entwicklung der Naturwissenschaften stattfindet, ist mehr denn je auf die Gültigkeit von ethischen und pädagogischen Normen angewiesen. Sonst besteht die Gefahr, dass Brechts voller Bitterkeit und Resignation in seiner Schrift „Galileo Galilei“ geschriebenen Worte eines Tages doch zutreffen: „Ihr Wissenschaftler mögt mit der Zeit alles erkennen, was es zu erkennen gibt und Euer Fortschritt wird doch nur ein Fortschreiten von der Menschheit weg sein. Die Kluft zwischen Euch und ihr kann eines Tages so groß werden, dass Euer Jubelschrei über irgendeine neue Errungenschaft von einem universalen Entsetzensschrei beantwortet werden könnte.“

**! Es ist die Aufgabe aller, das Erbe von Sokrates fortzuführen und das Denken, Wissen und Erkennen im sittlichen Gewissen zu verankern, um die Ansprüche der Jugend und der nachfolgenden Generationen zu sicher zu stellen.**





# **Maßregelvollzug bei Jugendlichen in Deutschland – Zusammenfassung der Themen der ersten Fachtagung zum Thema Maßregelvollzug bei Jugendlichen in Deutschland**

Wolfgang Weissbeck und Ulrich Preuß

## **Einleitung**

Im folgenden Kapitel sind die Beiträge des Buches von Brünger und Weissbeck (Hrsg.): Psychisch kranke Straftäter im Jugendalter zusammengefasst worden. Einen umfassenden Einblick in dieses Thema bietet die Literatur dieses Werkes (Brünger u. Weissbeck 2008).

Im Pfalzinstitut, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, die erste Fachtagung zum Thema Maßregelvollzug bei Jugendlichen in Deutschland statt. Vertreter verschiedener Fachrichtungen diskutierten das Thema Maßregelvollzug bei Jugendlichen in Deutschland aus verschiedenen Perspektiven. Repräsentanten der Justiz aus Rheinland-Pfalz, der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie nahmen zahlreich an der Veranstaltung teil. Ziel der Tagung war es, die Situation des Maßregelvollzugs bei Jugendlichen in Deutschland kritisch zu beleuchten. Sie sollte Perspektiven für die Verbesserung dieser Behandlungsform entwickeln und Alternativen aufzeigen. Therapiemöglichkeiten bei straffällig gewordenen Jugendli-

chen mit psychischen Störungen sollten einander gegenüber gestellt werden. Ein konstruktiver Austausch von Fachleuten der Jugendhilfe und der Jugendpsychiatrie wurde gesucht.

**Joachim Jungmann**, Leiter der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, nahm dieser kritisch zur Größenordnung des Versorgungsauftrags Stellung. Nach seiner Erkenntnis der jährlichen Erhebung unter den deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrien befanden sich im Jahre 2002 durchschnittlich 46 Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr im Maßregelvollzug im gesamten Bundesgebiet. Die Zahl der durchgeführten stationären Begutachtungen nach § 126a StPO betrug 48.

Dr. Jungmann verwies eindringlich auf den im § 62 StGB geregelten Grundsatz der Verhältnismäßigkeit und die Verantwortung der Gerichte bei der Feststellung der „Gefährdung der Allgemeinheit“. Eine Unterbringung soll „als letztes Mittel“ nur dann in Betracht gezogen werden, wenn die bestehende Gefahrensituation nicht anders abgewendet werden kann. Auf die zivilrechtliche Unterbringung ging Herr Jungmann deshalb ausführlicher ein, da diese mit insgesamt 2.340 Fällen pro Jahr die größte Gruppe der geschlossen untergebrachten Kinder und Jugendlichen stellt.

Aufgabe und Zielsetzung freiheitsbeschränkender und freiheitsentziehender Maßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegt bei Unterbringung im Maßregelvollzug im Spannungsfeld von Therapie und Sicherung. Während der therapeutische Auftrag darauf abzielt, Selbstbestimmung und sozial verantwortliches Verhalten durch die erfolgreiche Beeinflussung von krankhaften Störungen aufzubauen, muss der Betroffene den Auftrag der Sicherung als Sanktion erleben, die durch sein gravierendes Fehlverhalten begründet ist. Die Kennzeichnung des psychisch kranken Straftäters als fremd- und gemeingefährlich stellt gerade die Erreichbarkeit dieses Zieles nachdrücklich in Frage. Insbesondere sieht Jungmann die Gefahr der Stigmatisierung – das eigentliche Ziel, das durch eine psychiatrische Behandlung erreicht werden soll, erscheint durch die Unfreiwilligkeit der Maßnahme gefährdet. Das Interventionsziel muss vor allem darin bestehen, den nachhaltig beeinträchtigten Prozess der sozialen Identitätsstörung des jungen Menschen zu unterbrechen. Es muss dem betroffenen Jugendlichen die Chance eröffnet werden, Zugang zu seiner gestörten seelischen Entwicklung zu finden und ihn in die Lage versetzen, sich Möglichkeiten einer sozialen Weiterentwicklung zu öffnen. Ein schwerwiegend sozial deviantes Verhalten sei durch die Behandlung zu reduzieren und anstelle dessen sind sozial erwünschte Verhaltensweisen aufzubauen. Dieses Ziel sollte prinzipiell erreichbar sein, wenn es gelingt, die unter geschlossenen Bedingungen eingeleitete Behandlung dafür zu nutzen, dem betroffenen Jugendlichen ein ihn haltendes, pädagogisch eingrenzendes Entwicklungs- und Behandlungsangebot zu machen. Dadurch eröffnet sich die Möglichkeit, dass dieser die erlebte Eingrenzung nicht einfach als räumliche Blockade, sondern als eine unbedingte therapeutische und pädagogische Zu-

wendungsbereitschaft erlebt. Somit kann es gelingen, prosoziale Verhaltensweisen einzuüben. Den Therapeuten und Pädagogen muss ein verantwortlicher Handlungsspielraum überlassen bleiben, in welchem diese das jeweilige notwendige Ausmaß der räumlichen Einengung selbst verantworten können. Die Freiheit entziehenden Maßnahmen müssen den Notwendigkeiten des fortschreitenden therapeutischen und pädagogischen Verselbständigungsprozesses angepasst werden. Hierüber ist mit der Justiz Einvernehmen zu erzielen. Die Achtung der Würde und Selbstbestimmung der Persönlichkeit des kranken jungen Menschen und seiner Sorgeberechtigten muss auch hier Bestandteil jeder Behandlung sein. Neben psychotherapeutischer und jugendpsychiatrischer Hilfe müssen auch Leistungen anderer, vor allem der Jugendhilfe, der Schule und der Arbeitsverwaltung Eingang finden. Eine gesicherte Kooperation zwischen diesen Disziplinen ist zentraler Bestandteil. Die BAG der Leitenden Klinikärzte ist laut Jungmann der Auffassung, dass die Behandlung von Jugendlichen im Maßregelvollzug – wenn nicht Anforderungen an erhöhte Sicherheit im Vordergrund stehen – integrativ auf einer jugendpsychiatrischen Station erfolgen kann. Die überwiegende Zahl aller Problemsituationen in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen werde ohne die eingreifenden Maßnahmen der Freiheitsentziehung zu bewältigen sein. Vorrangiges Ziel der Bemühungen muss es sein, schwerwiegende krankheitsbedingte Fehlentwicklungen von Kindern und Jugendlichen durch frühzeitige, fachlich entschieden und qualifiziert gestaltete Behandlung zu beeinflussen, um Entwicklungen vorzubeugen, die die Intervention eines Maßregelvollzuges für junge Menschen zur Folge haben könnten.

**Heribert Ostendorf**, Leiter der Forschungsstelle für Jugendstrafrecht und Kriminalprävention an der Universität Kiel, stellt in seinem Beitrag eine Übersicht zu den rechtlichen Voraussetzungen der Anordnung und den Grundlagen des Vollzuges sowie der Vollzugspraxis, basierend auf einer Dissertation von Anne Tessenow (2002) dar. Per Definition gehe es um Freiheitsentzug für junge Menschen, nicht in einer Strafvollzugsanstalt, sondern in Krankenhäusern. Es gehe um einen therapeutischen Freiheitsentzug, angeordnet von Strafgerichten als sogenannte Maßregel der Besserung und Sicherung, in Form der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt gem. den §§ 63 und 64 StGB. Es gehe um das Spannungsverhältnis zwischen „Besserung und Sicherung“: „Besserung heiße Öffnung“. Ostendorf beschäftigt sich mit der Vollzugspraxis in Deutschland. Er verweist auf die Steigerungsraten der Unterbrachten in einem Zeitraum von 25 Jahren im Maßregelvollzug in einem psychiatrischen Krankenhaus um 92% gem. § 63 StGB, in einer Entziehungsanstalt um 229% (§ 64 StGB). Deutliche Steigerungen sind auch bei Heranwachsenden zu verzeichnen, nicht aber bei Jugendlichen. Grundlage der Untersuchung von Frau Tessenow war eine bundesweite Umfrage und eine umfassende Bestandsaufnahme der für Schleswig-Holstein zentralen Fachklinik. Der Erhebungszeitraum war März bis Juni 2000. Insgesamt waren im Frühjahr 2000 216 junge Menschen in psychiatrischen

Einrichtungen auf Grund jugendstrafgerichtlicher Entscheidung untergebracht. Unter 21 waren zu diesem Zeitpunkt 87 Personen. Bemerkenswert für die Anordnungspraxis ist das Verhältnis der Untergebrachten pro Einwohner. Diese reicht von 0,5 Patient auf eine Million Einwohner in Hessen bis zu 9,1 Patienten auf eine Million Einwohner in Sachsen-Anhalt. Zu den Anlasstaten ist vor allem anzumerken, dass bei jugendstrafrechtlichen Unterbringungen der Anteil der Tötungsdelikte deutlich höher liege als bei der Erfassung aller Altersklassen. Insbesondere bei Jugendlichen und Heranwachsenden war der Anteil an Intelligenzminderungen höher als bei dem Diagnosenfeld aller Altersklassen. Nach Angaben aus acht Bundesländern sind 52,8% im gesicherten Bereich, 36,4% im weniger gesicherten Bereich und 10,8% offen untergebracht. Seiner Ansicht nach besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Unterbringungsform und dem therapeutischen Angebot:



*Je gesicherter, umso weniger therapeutische Angebote.*

Laut Ostendorf bestehe ein aussagekräftiger Zusammenhang für das Therapieangebot und dem Tagessatz. Demnach habe Rheinland-Pfalz mit einem Tagessatz von ca. 430 € zur Zeit der Erhebung den höchsten Tagessatz bei einem Mittelwert von ca. 215 €. (Anmerkung: während in anderen Bundesländern der Tagessatz gemittelt wurde, wird hier lediglich der Tagessatz der Kinder- und Jugendpsychiatrie inklusive des Sicherungszuschlages, der hier vor allem personell zu leisten ist, wiedergegeben.)

Zur Dauer der Unterbringung: Diese ist einerseits sicherlich patientenabhängig. Die durchschnittliche Dauer sage aber auch etwas über die Praxis des Vollzugs aus, insbesondere auch darüber, welche Entlassungsrisiken in Kauf genommen werden. Die Dauer der Unterbringung in Jahren betrug im Mittel 2,96. Allgemein wurden Erwachsene länger untergebracht als Jugendliche und Heranwachsende (soweit vergleichbare Zahlen vorlagen). Ostendorf kritisierte, dass Jugendliche und Heranwachsende im Maßregelvollzug in den meisten Fällen immer noch zusammen mit Erwachsenen untergebracht sind, dass sie meist keine Möglichkeit haben, einer staatlich anerkannten Ausbildung nachzugehen und dass in den seltensten Fällen davon ausgegangen werden kann, dass die Einrichtung Konzepte anbietet, welche jene Störungen, die für Jugendliche spezifisch sind, berücksichtigen, und die sich gezielt mit der so wichtigen Rehabilitation von Jugendlichen/Heranwachsenden beschäftigen. „Ein solches Angebot gibt es am ehesten in jenen Ländern, die jugendliche psychisch kranke Rechtsbrecher in einem eigenen Bereich innerhalb der allgemeinen Psychiatrie oder in einem eigenen Institut (z.B. dem Pfalzinstitut für Kinder- und Jugendpsychiatrie) unterbringen.“

Ausdrücklich hält Ostendorf nichts von „Wegsperrern für immer“ – die Unterbringung im Maßregelvollzug sollte so gestaltet sein, dass eine Rückkehr in

die Freiheit ermöglicht wird. Hierbei muss den jugendspezifischen Bedürfnissen Rechnung getragen werden.

**Hans Bach**, ehemaliger Leiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie Arnsdorf in Sachsen, stellte die Therapie im Jugendmaßregelvollzug in vier Phasen dar. In der *Diagnostik oder Einleitungsphase* werden, abhängig von der zu Grunde liegenden Psychopathologie, zunächst die unterschiedlichen Agier- und Abwehrmuster von den Patientinnen/Patienten ausgelebt, die unter dem gemeinsamen Nenner der Externalisierung eigener Schuld und Scham stehen.

Während der Integrationsphase der Therapie wird durch Förderung der Selbstwahrnehmung durch unterschiedlichste Therapieformen zunächst eine Wahrnehmungsidentität zwischen Patient und Therapeut hergestellt. Zugleich werde versucht, die zu einzelnen Handlungen des Patienten gehörenden Emotionen und Affekte zuzuordnen.

Während der *Arbeitsphase der Therapie* wird der Patient vermehrt dazu in die Lage versetzt, für sich ein Selbstverständnis zu entwickeln, in welchen die sozialen Situationen welche Affekthandlungskonstellationen ihn behindern. Damit sei es möglich, mit ihm vermehrt auf gedanklicher Ebene zu kommunizieren und Verhaltensalternativen zu planen. In dieser Phase werden auch rehabilitative Maßnahmen geplant und begonnen, bis hin zur externen beruflichen Weiterbildung, weil der Patient nun frustrationstoleranter und belastbarer wird.

In der *Trennungsphase der Therapie* wird über ein System auflockernder Maßnahmen (Besuche, Exkursionen, unkontrollierter Ausgang, externe berufliche Rehabilitation) die äussere Trennung erlebt und therapeutisch begleitet. Die vier Phasen sind nicht als streng getrennt zu begreifen, sondern gehen wechselweise ineinander über und zeigen letztlich einen kontinuierlichen Verlauf. Während in den ersten beiden Phasen innere (psychische) und äussere (vollzugstechnische) Sicherungsmaßnahmen im Vordergrund stehen, wird in Phase drei und vier eine Zunahme an psychischer und äusserer Autonomie erreicht. Nach Entlassung sei eine ein- bis eineinhalbjährige ambulante Nachbetreuung erforderlich, die möglichst von der Maßregeleinrichtung geleistet werden sollte.

**Wolfgang Weissbeck**, Pfalzinstitut für Kinder- und Jugendpsychiatrie, stellte die Konzeption der Sozialtherapeutischen Abteilung des Pfalzinstituts vor. Dieses Organisationsmodell der Forensik und der sozialtherapeutischen Behandlung innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie führt forensisch untergebrachte Jugendliche sowie dissoziale Jugendliche sowie aggressiv Auffällige, die daneben psychische Störungen aufweisen, unter einem Dach zusammen. Diese Konzeption bietet den Vorteil, dass es nicht zu Überkapazitäten im Bereich des Maßregelvollzugs kommt. Seit 1999 wurde hier ein kontinuierlicher Anstieg der Patienten im Maßregelvollzug beobachtet. Eine ähnliche Entwicklung findet sich in Bundesländern, die gleichfalls spezialisierte Konzepte für den

Maßregelvollzug bei Jugendlichen vorweisen. Dieser einseitige Anstieg erklärt möglicherweise, warum es bundesweit in den letzten Jahren zu keiner Erhöhung der Gesamtzahl an Maßregelpatienten im Jugendalter kam. Es ist davon auszugehen, dass im europäischen und im innerdeutschen Vergleich, bezogen auf die Bundesländer, welche Maßregelvollzug bei Jugendlichen betreiben, etwa ein Bedarf an 10 Betten auf fünf Millionen Einwohner besteht.

Maßregelvollzug und Sozialtherapie im Jugendalter gehören zusammen, weil neben dem Vorliegen einer psychiatrischen Störung die Mehrzahl der unterbrachten Jugendlichen im Maßregelvollzug zusätzlich erhebliche dissoziale Symptome aufwiesen. Auf Grund der Tatsache, dass der Grad der Dissozialität im Wesentlichen die zukünftige Straffreiheit determiniert, müsse neben der Behandlung der psychiatrischen Grunderkrankung erreicht werden, dass sich dissoziale Kognitionen und Verhaltensmuster nachhaltig ändern, um die vom Gesetzgeber erwartete Straffreiheit nach Beendigung des Maßregelvollzugs überhaupt erreichen zu können.

Ein Mangel in der Gesetzgebung ist die nicht gesetzlich vorgeschriebene Trennung von jugendlichen und erwachsenen forensischen Patienten. Diese Trennung ist ausdrücklich zu fordern. Die Behandlung von Jugendlichen im Maßregelvollzug gehöre in das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die Konzeption des Pfalzinstituts sieht vor, dass die Aufnahmebedingung im Maßregelvollzug die Zuweisung vor dem 18. Geburtstag als wesentliches Kriterium vorsieht. Die Behandlung endet spätestens mit Erreichen des 21. Lebensjahres. Ziel ist die Entlassung vor Erreichen des 21. Lebensjahres. Als Behandlungsmodus wird eine integrierte Behandlung mit Krankenhauspatienten in Kleingruppen gewählt, Ziel ist eine möglichst wohngruppenähnliche Behandlung, die sich möglichst weit an Bedingungen der Aussenwelt annähert. Wahlweise kann ein Bett, je nach Bedarf, mit einem Krankenhauspatienten oder einem Maßregelpatienten alternativ belegt werden. Die derzeitige Bettenzahl von 12 reiche allerdings nicht aus, um den Bedarf zu decken. Eine enge Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe bei der Versorgung schwer dissozialer Jugendlicher ist unabdingbar. Die ambulante Tätigkeit werde in Zukunft insbesondere die aufsuchende Arbeit in Jugendhilfeeinrichtungen der näheren Umgebung verstärken.

Neben der Einzelpsychotherapie wird ein breites Angebot an Therapien, pädagogischen Maßnahmen und Resozialisierungsprogrammen angeboten. Eine sexualtherapeutische Gruppe und andere gruppentherapeutische Angebote finden statt. Schulische Angebote, Arbeitstherapie und pädagogisch-pflegerische Maßnahmen, Bezugspersonensystem und anderes mehr sollen nach Möglichkeit den Therapieerfolg gewährleisten. Ein Ausbildungsangebot zum Gärtner ist derzeit im Vergleich mit anderen Maßregelreinrichtungen in Rheinland-Pfalz einzigartig.

Ziele der Behandlung sind die Entwicklung sozial adäquater Konfliktlösungsstrategien, die Entwicklung von Beziehungsfähigkeit, der Umgang mit Ag-

gressivität und Sexualität, Verbesserung der Frustrationstoleranz, der emotionalen Stabilität sowie die Fähigkeit zum Triebaufschub. Spezifische Behandlungsmaßnahmen richten sich in der Regel nach der Grundstörung. Diese Ziele werden durch multimodale Therapieansätze vervollkommenet, wie sie seit langem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bewährt sind.

Hervorgehoben wird die Notwendigkeit, dass der Maßregelvollzug für Jugendliche eine Chance bleiben muss. Hingewiesen wird auf eine dänische Studie aus dem Jahre 2001, der zufolge unbehandelte jugendliche Straftäter mit psychischen Störungen eine schlechte Prognose hinsichtlich Mortalität (22%), Psychosen (11%) und fortgesetzte kriminelle Entwicklung (90%) über einen 20-Jahres-Zeitraum hin aufwiesen. Die wissenschaftliche Begleitforschung ist notwendig sowie eine enge Kooperation der Justiz, der Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe.

**Wolfgang Friesen** berichtet über die Möglichkeiten und Grenzen der Jugendhilfe an der Schnittstelle der Jugendhilfeeinrichtung Don Bosco, Helenenberg. Diese Jugendhilfeeinrichtung in Rheinland-Pfalz hatte in der Vergangenheit immer wieder im Rahmen ihrer spezialisierten sexualpädagogischen Gruppe Jugendliche untergebracht, deren Unterbringung nach § 63 StGB zur Bewährung ausgesetzt wurde. Nach Friesen habe die Jugendhilfe Vorrang vor dem Maßregelvollzug, so lange Entwicklungsmöglichkeiten bestehen. Setze man das Recht der Jugendlichen auf Erziehung als höheres Gut als den Straf- oder den Maßregelvollzug, so habe Jugendhilfe Vorrang. These zwei lautete, dass die jetzige Jugendhilfelandschaft ein befriedigendes Angebot erschwere. So weise die Jugendhilfe strukturelle Probleme auf (private Trägerschaften), vergleichbar kleine Zahlen von Jugendlichen im Maßregelvollzug erschweren angemessene Angebote für diese Jugendlichen. Herr Friesen kann sich durchaus vorstellen, dass die Jugendhilfe im Dialog der Fachleute von Justizvollzug und Jugendhilfe Angebote für diese Klientel entwickelt. Ein Problembewusstsein müsse durch Aufklärung in der Öffentlichkeit und besonders bei den Trägern der Jugendhilfe geschaffen werden, die Ressourcen, die für die Betreuung von Jugendlichen im Maßregelvollzug nötig seien, geprüft werden und ein interdisziplinäres Konzept zur Erziehung und Behandlung der Klientel erarbeitet werden.

Das Jugendhilfezentrum Don Bosco, Helenenberg, bietet beispielhaft ein Angebot für sexuell übergriffige Jugendliche und nimmt Jugendliche ab 14 auf. Dieses Konzept stehe auch Jugendlichen anstelle des Maßregelvollzugs offen, wenn „sie die Bereitschaft aufbringen, sich auf das Konzept und die Regeln der Gruppe einzulassen“. Eine geschlossene Unterbringung im Sinne entweichungssicherer Unterbringung gibt es nicht. Eine hohe personelle Kontrolle besteht, die im Rahmen eines Stufenmodells zu zunehmenden Lockerungen bei steigender Eigenverantwortung führt. Erforderlich für die Aufnahme ist die Bereitschaft des Jugendlichen, über die Taten zu reden, das „Sicheinlassen“ auf die Regeln der Gruppe, eine Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit, eine Mit-

arbeit der Eltern, aber auch das Vorhandensein von strafrechtlichen Konsequenzen bzw. die Bereitschaft zur Selbstanzeige. Bei Entweichungen, Nichteinhaltung der Freiheitsbegrenzung, mangelnder Mitarbeit oder Abbruch durch den Jugendlichen bzw. Erziehungsberechtigten, wird die Hilfe vorzeitig beendet. Mit dem Gericht wird nach Möglichkeit vereinbart, dass umgehend ein Haftbefehl bei Entweichung erlassen wird und eine Rückführung bzw. Einweisung in den Maßregelvollzug bei Abbruch der Hilfe erfolgt.

**Christian Schrapper** von der Universität Koblenz, Seminar für Pädagogik, legte thesenhaft seine Meinung zur geschlossenen Unterbringung in der Jugendhilfe dar. Seine Positionen und Perspektiven zu einem immer wieder kontroversen Thema fokussierten sehr stark auf die pädagogische Sicht der Jugendhilfe. Geschlossene Unterbringung in der Jugendhilfe ist gefragt, wenn Förderung und Entwicklung junger Menschen durch Erziehung und Bildung an ihre Grenzen zu geraten scheinen, entweder weil Kinder und Jugendliche sich entziehen, oder weil sie sich und andere massiv gefährden. Dabei sei es genau so falsch, weil einseitig, dass Erziehung nur in Freiheit gelingen könne, wie die Vorstellung widersinnig sei, unter Zwang könnten Menschen davon überzeugt werden, aus freien Stücken zukünftig das Richtige zu denken und zu tun. Erziehung ist ein Geschehen zwischen Menschen, das vor allem geprägt wird durch die Spannung von Freiheit und Zwang. Prozesse der Erziehung und Bildung realisieren sich als personale Beziehungen immer in der Spannung von Unabhängigkeit und Bindung, Selbstbestimmung und Anpassung oder eben Freiheit und Zwang. Für die Verantwortung der Jugendhilfe für schwierige Jugendliche bedeutet dies zuerst eine Verantwortung für die Ermöglichung und Unterstützung positiver Erziehung und Bildung, zuerst die Familien und Gleichaltrigengruppen in Schule und Gesellschaft. Jugendhilfe bleibe immer in der „zweiten Reihe“ – subsidiär. Erziehungskompetenz „lieh“ sich die Jugendhilfe „immer nur von den Eltern oder dort, wo diese nicht wollen oder nicht können, vom Gericht“. Jugendhilfe trage selbst erheblich dazu bei, dass aus Jugendlichen in schwierigen Lebenssituationen – und so will Prof. Schrapper diese Jugendlichen verstanden wissen – schwierige Fälle werden.

Die Jugendhilfe verstehe oft kaum den Eigen-Sinn der Überlebensstrategien junger Menschen, sondern sei vielmehr fixiert auf machbare Lösungen und oft blind für die eigene Mitwirkung. Es sei kaum etwas darüber bekannt, was freiheitsentziehende Maßnahmen für junge Menschen tatsächlich bewirken kann. In Situationen, in denen nichts mehr geht, bräuchten alle Beteiligten vor allem Entlastung, Schutzraum und Orientierungszeit. Aber auch: Geschlossene Systeme und „letzte Chancen“ führen eher zu weiterer Verschärfung. Auf mehrere Schultern verteilte, kleinschrittige und verbindlich verantwortete Strategien – die er nicht genauer benennt – sind dagegen eher erfolgreich. Zwang in pädagogischen Verhältnissen könne verstanden werden als eine Grenze des Erziehers, die mit dem betroffenen jungen Menschen aktuell nicht zustimmend vereinbart werden könne. Die Anwendung von Zwang

in pädagogischen Prozessen ist besonders streng zu prüfen und zu rechtfertigen, da sie dem erklärten Ziel, Erziehung zur Mündigkeit, zuwider läuft. Schrapper entwickelt Kriterien und Prüffragen für die Rechtfertigung von Zwangsmitteln der Erziehung. Pädagogen und Pädagoginnen in der Jugendhilfe können aber auf Zwang als Bedingung der Erziehung nicht gänzlich verzichten. Dennoch lägen Kenntnisse über die Wirkungen und Auswirkungen von Zwangssituationen in Erziehungsprozessen, ob in der Jugendhilfe, der Jugendpsychiatrie oder der Justiz, kaum vor. Für die weiteren Diskussionen um das Für und Wider, aber auch vor allem das Wann und Wie geschlossener Erziehungssettings sei dies dringend zu untersuchen, da es sonst nicht um die Erziehung junger Menschen gehe (= Befähigung zur Mündigkeit), sondern um eine „Entsorgung von Störenfriedern“.

Aus der Jugendstrafanstalt Schifferstadt trug Frau **Claudia Kröper**, Psychologin, *Therapiemöglichkeiten in der Jugendstrafanstalt Schifferstadt* vor. In Rheinland-Pfalz wurden von den 33.175 strafgerichtlich Abgeurteilten 5.043 Personen nach Jugendstrafrecht verurteilt. Von diesen erlitt 1.317 eine Jugendstrafe, hiervon wurden in 404 Fällen Jugendstrafen ohne Bewährung ausgesprochen.

Die Jugendstrafanstalt besitzt 200 Haftplätze für Straftäter und 60 für U-Haft. Mit einem Altersspektrum von 14 bis 24 Jahren und einer Maximallänge von 10 Jahren sind alle Deliktgruppen vertreten. Der Schwerpunkt liegt auf Eigentumsdelikten, gefolgt von Gewaltstraftaten. In hohem Maße vertreten sind Verstöße gegen das BtMG. Es besteht in der JSA Schifferstadt eine geringfügige Überbelegung. Bei Gefangenen, die wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz verurteilt wurden, besteht eine hohe Rate Substanz gebundener Abhängigkeitserkrankungen sowie eine hohe Komorbidität von weiteren psychiatrischen Störungen. Am häufigsten fanden sich in einer zwischen 1995 und 1997 durchgeführten Studie nach DSM III – R affektive Erkrankungen sowie Angststörungen. 43% aus der Stichprobe der opiatabhängigen BtMG-Verurteilten hatte bereits vor der Haft mindestens einen Suizidversuch unternommen. Besonders gehäuft konnten Persönlichkeitsstörungen vom Typ antisoziale Persönlichkeitsstörungen, passiv-aggressive Persönlichkeitsstörungen und paranoide Persönlichkeitsstörungen sowie selbstunsichere Persönlichkeitsstörungen gefunden werden (in absteigender Reihenfolge). Es wurden hierbei Jugendliche nicht getrennt von Erwachsenen untersucht. Nach Einschätzung von Kröper ergeben sich auch oftmals Anhaltspunkte für andere psychische Störungen wie dem Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom und Störungen des Sozialverhaltens, die bereits seit dem Kindesalter bestehen. Viele weisen antisoziale oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen auf.

Auch im Strafvollzug besteht ein besonderer Behandlungsbedarf auf Grund der zahlreich vorhandenen psychischen und psychiatrischen Störungen. Laut BMFT-Studie sei es vorrangig, „die Trias aus psychiatrischer Komorbidität/ Sozialverhaltensstörung, Sucht und Kriminalität“ zu durchbrechen.

Im Strafvollzug findet Erziehung und/oder Therapie im Spannungsfeld zwischen Bestrafung und Behandlung statt. Das System Vollzug sei weder personell noch institutionell noch von seinem Selbstverständnis als eine therapeutische Institution angelegt, daher findet diese nur punktuell statt. Die oftmals kriminelle Subkulturbildung unter den Gefangenen sei ein nicht zu unterschätzender Faktor, der Behandlungsbemühungen oftmals entgegen läuft. Psychotherapie setzt das Einverständnis des Gefangenen voraus. In den seltensten Fällen ist der Auftraggeber für eine Behandlung der Klient selbst. Häufiger findet sich eine Therapie aus einer Krisenintervention heraus. In der JSA Schifferstadt gibt es einen Psychologischen Dienst mit vier approbierten psychologischen Psychotherapeuten, zwei davon haben eine Fortbildung in der Behandlung von Sexualstraftätern absolviert. Ein Mitarbeiter aus dem Sozialdienst verfügt über eine Zusatzqualifikation als Antigewalt-Trainer. Mitarbeiter von externen Selbsthilfegruppen (Narcotics anonymous und Anonyme Alkoholiker) kommen regelmäßig in die Anstalt. Für jeden Strafgefangenen wird vom Sozialdienst ein Erziehungsplan erstellt, wie die Haftzeit insbesondere in beruflicher/schulischer Hinsicht zu nutzen sei. An der Erstellung des Erziehungsplanes arbeitet der psychologische Dienst vor allem bei Gefangenen mit, die wegen eines Sexualdeliktes inhaftiert sind. Der Wohngruppenvollzug als Trainingsfeld zur Einübung sozial akzeptabler Verhaltensweisen wurde im Laufe der Jahre aus Gründen der Personalknappheit, wegen erhöhter Sicherheitsanforderungen seitens der Aufsichtsbehörde, aber auch wegen der problematischen Klienten, das die gebotenen Freiräume nur allzu häufig subkulturell ausnutzte, drastisch modifiziert und hat sich dem Regelvollzug angenähert. Allen Gefangenen, die wegen eines Sexualdeliktes inhaftiert sind, wird eine psychotherapeutische Behandlung angeboten, sofern sie hierfür geeignet erscheinen. Dies wird anhand einer Checkliste überprüft. Angeboten werden Einzelpsychotherapie, psychotherapeutische Gruppenangebote, ein Anti-Gewalt-Training, externe Suchtberatung und Angebote von externen Selbsthilfegruppen, Arbeitstherapie, eine Entspannungsgruppe und Kreativgruppen sowie erlebnispädagogische Angebote.

Die Grenzen der therapeutischen Arbeit finden sich zum einen in der Schwierigkeit der negativen „Knastsubkultur“, die häufig von dissozialen, nicht mitarbeitbereiten Gefangenen hergestellt wird. Entscheidend für die Wirksamkeit von Behandlungsmaßnahmen ist häufig das Klima, das in einer Gruppe hergestellt wird, was nicht immer in wünschenswertem Umfang durch die Mitarbeiter selbst steuerbar ist. Sowohl von therapeutischen Angeboten, aber auch schulischen, beruflichen Maßnahmen und Arbeitsangeboten sowie Freizeiten- und Sportangeboten gibt es von allem zu wenig. Die psychisch bzw. psychiatrisch auffälligen Gefangenen sind oftmals auch die schwächeren Gefangenen und nicht selten von Unterdrückungen am stärksten betroffen. Gerade für diese vulnerable Gruppe kann der Vollzug oftmals keine geeigneten Angebote oder auch nötigen Schutzräume bereitstellen. Es fehlt an einer Bindendifferenzierung und an räumlichen und personellen Ressourcen. Daher

ist der Ausbau der räumlichen und personellen Kapazitäten zu fordern, um diese Missstände zu beheben. Es fehle an der Einrichtung von sozialtherapeutischen Abteilungen für Jugendliche. Auch fehlt es an ausreichenden Nachsorgeeinrichtungen nach der Haftentlassung, insbesondere für psychisch kranke bzw. stark verhaltensauffällige junge Haftentlassene. Aus Sicht von Kröper sei dennoch die Erweiterung der Maßregel für psychisch kranke junge Straftäter nicht gegeben, da aus ihrer Sicht eine eindeutige Indikation für eine Maßregel oftmals nicht zu stellen sei wegen der Komplexität der Problemfelder bei jugendlichen im Strafvollzug.

**Ursula Reichling**, Generalstaatsanwältin von der Generalstaatsanwaltschaft Zweibrücken, stellte in ihrem Vortrag die juristischen Voraussetzungen der strafrechtlichen Verantwortlichkeit bei Jugendlichen und die Möglichkeiten und Grenzen des Sachverständigen im Rahmen des Prozesses dar. In Kürze fasste sie die gesetzlichen Regelungen der Schuldfähigkeit zusammen:

- Strafunmündigkeit bis zum vollendeten 14. Lebensjahr (§ 19 StGB).
- Zwischen dem 14. und 18. Lebensjahr ist nach § 3 JGG zu prüfen, ob der Jugendliche nach seiner sittlichen und geistigen Entwicklung reif genug war, das Unrecht der Tat einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln.
- Unabhängig vom Alter handelt nach § 20 StGB ohne Schuld, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen tiefgreifender Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.
- Zum Verhältnis von § 3 JGG und § 20 StGB führte Frau Reichling unmissverständlich aus, dass die fehlende strafrechtliche Verantwortlichkeit nach § 3 JGG im juristischen Sinne den Vorrang vor der Schuldunfähigkeit nach § 20 StGB habe.
- Zu Möglichkeiten und Grenzen des Sachverständigen zeigte sie die besonderen Verständigungsschwierigkeiten zwischen der Ebene der Humanwissenschaften und der Ebene der Rechtswissenschaften auf und deren notwendige Überwindung im Rahmen des Verfahrens. Die Rollenverteilung im Gericht müsse respektiert werden, Kompetenzüberschreitungen sind zu vermeiden. Sowohl dem Sachverständigen wie dem Juristen (Richter, Staatsanwalt, Rechtsanwalt) sollten Grundkenntnisse der jeweils anderen Fachebene vermittelt werden.

**Renate Schepker** brachte die Erwartungen an den Maßregelvollzug aus Sicht des Gutachters auf den Punkt. Neben den bekannten „harten“ Kriterien für die Anwendung der §§ 63, 64 StGB, nannte sie auch eine Reihe von „weichen“ Kriterien.

Auch sah sie es als Aufgabe des jugendpsychiatrisch Begutachtenden an, zu beurteilen, ob ein Heranwachsender im Sinne des Gesetzes „einem Jugendlichen gleichzustellen“ sei und damit zu erwarten sei, dass er therapeutische

Lernschritte eher in einer Jugendlichen- oder in einer Erwachsenen-Peer-Group machen könne. Kritisch sei, ob Maßregelvollzug für Jugendliche überhaupt förderlich sein könne. Daher sei die Grundhaltung eher dem Maßregelvollzug abgeneigt. In einer Untersuchung bei 159 schriftlichen Gutachten in Essen waren lediglich zwei, bei denen eine Empfehlung nach § 63 diskutiert und für möglich gehalten wurde. Kein Gutachten war darunter, das den § 64 begründet hätte, obgleich 75% der Gutachtenprobanden zur Tatzeit alkoholisiert waren. Unter den Tatvorwürfen fanden sich erhebliche Straftaten, allein fünf Sexualmorde. Im gleichen Zeitraum wurden in Hamm, eingedenk des eigenen Angebotes an Drogentherapie für Heranwachsende, in vier Gutachten Indikationen nach § 64 StGB positiv gestellt. Diese wurden nach § 35 BtMG in eine Therapieauflage umgewandelt mit der Möglichkeit, im Falle eines Behandlungsabbruches die Inkraftsetzung des § 64 StGB herbeizuführen, war für diese Jugendlichen dann ein zweijähriger Rahmen von enger therapeutischer Führung gewährleistet, während sie vorher durch ein Ping-Pong-Spiel zwischen den Institutionen keine verlässlich Grenzen setzenden *Funktionen* erfahren hatten. Ausserhalb Hamms ist die extreme Zurückhaltung mit der Empfehlung des § 64 StGB auch auf unzureichende Suchtkriterien zurückzuführen.

Aus Sicht des Gutachters wird als eine Bedingung des Maßregelvollzugs erwartet, dass er hier einen Entwicklungsrahmen vorfindet, wo andere Schutz- und Förderkontexte versagt haben und somit im Maßregelvollzug eine Chance erkennbar sei, erst einmal einen Zugang zu dem jugendlichen Straftäter zu schaffen.

Eine weitere Entwicklung, die Gedanken in Richtung auf den Maßregelvollzug dem Gutachter eher nahe legt, ist, dass die gewohnten und erforderlichen langen Behandlungszeiten nun extrem verkürzt worden sind, wobei die medizinischen Dienste der Krankenkassen wenig Bereitschaft zeigen, mehr als sechs Monate zu finanzieren.

Die weichen Kriterien werden im Gegensatz zu den so genannten harten, durch die in der Rechtsprechung festgelegten Kriterien, eher durch inhaltliche Überlegungen bestimmt. Allein ein hoher Behandlungsbedarf sei nach Lehrbuchwissen als heranzuziehendes Kriterium abzulehnen. Wenn jedoch auch bei extrem gestörten Jugendlichen etwa mit „Dis-Sexualität“ ausreichend lange vollstationäre Behandlungszeiten – um in den Bereich einer günstigeren Prognose zu kommen – im KHG-Bereich nicht mehr finanziert werden können, dann tritt hinter der hohen Behandlungsbedürftigkeit die Gefährlichkeit doch etwas deutlicher als prognostisch ungünstig hervor – final gedacht, und die Verhältnismäßigkeit der Zuweisung in eine Maßregelvollzugseinrichtung stellt sich anders dar. Selbstverständlich bleibt unbenommen, dass für eine Indikation nach § 63 StGB die harten Eingangskriterien nach wie vor gegeben sein müssen, allein die Gefährlichkeitsprognose und die Verhältnismäßigkeit unterliegen der gutachterlichen Abwägung. Dennoch mag sich die Befürch-

zung von Prof. **Detlef Schläfke** und Prof. **Frank Häßler** unter Hinweis auf Untersuchungen aus den USA bestätigen, „dass auf Grund immer kürzerer allgemein-psychiatrischer stationärer Verweildauern eine Verschiebung psychisch kranker Patienten in Vollzugeinrichtungen stattfinden könnte“.

Auch bei den jugendlichen Drogenpatienten in Hamm lässt sich gerade bei Jugendlichen gelegentlich eine Motivation zu weiterer Behandlung oder über eine Motivation überhaupt erst dann herstellen, wenn sie nicht nur im Rahmen von § 35 BtMG in einer offenen Einrichtung untergebracht sind, sondern mit sich selbst konfrontiert.

Die Erwartungen an den Maßregelvollzug sind aus Sicht von Frau Schepker hoch, was die Qualität der Behandlung, Strukturen und die Erwartung an Kooperation beispielsweise zwischen Opfertherapeuten gemäß § 126a StPO untergebrachte Patienten sollte aus therapeutischer Sicht offensiv umgegangen werden im Gegensatz zu einer rein konservierenden, therapeutisch abstinenten Haltung. Insbesondere sollte ein Feed-back an die Gutachter erfolgen, damit diese die Querschnittseinschätzung im Längsschnitt neu betrachten können. Eine Rückmeldung über die Verläufe nach der Begutachtung auch ohne Maßregel wäre wünschenswert.

Die Diskussion kann zusammenfassend so dargestellt werden, dass sich alle Beteiligten der vollen Verantwortung bei der Anwendung von Maßregelvollzug bei Jugendlichen bewusst sein. Einigkeit bestand darin, dass die Verhältnismäßigkeit gem. § 62 StGB im Jugendalter besonders gründlich geprüft werden muss. Eine Diskussion über das Thema Maßregelvollzug bei Jugendlichen ist nur möglich, wenn man sich der Ambivalenz, die dieses Thema auslöst, bewusst wird. Insbesondere die Schirmherrin, Frau Malu Dreyer, und Frau Schepker brachten diese dem Thema immanenten Ambivalenzen in die Diskussion ein. Die Tagung machte es möglich, sowohl Befürworter und Gegner der Maßregel bei Jugendlichen zu Wort kommen zu lassen und die Praxis im Jugend-Maßregelvollzug darzustellen. Leider kamen die Alternativen, insbesondere die Möglichkeiten der Jugendhilfe im Grenzbereich zwischen seelischer Störung und kriminellen Entwicklungen im Jugendalter, zu kurz.

Erreicht werden konnte eine Netzwerkbildung der Einrichtungen, die Jugendliche im Maßregelvollzug behandeln. Geplant ist ein weiteres Treffen im Herbst dieses Jahres, in dem ein erster Vorschlag zu einer gemeinsamen BADO diskutiert werden soll, um in Zukunft eine Grundlage für gemeinsame Forschungsanstrengungen zu schaffen.

## Literatur

- Brünger M, Weissbeck W (Hrsg.) (2008) Psychisch kranke Straftäter im Jugendalter. MWW Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Tessenow A (2002) Jugendliche und Heranwachsende im psychiatrischen Maßregelvollzug. Frankfurt, Berlin, Bern, Peter Lang Verlag.

## Der Herausgeber



### Dr. med. Dr. rer. nat. Ulrich Preuß

Diplom-Psychologe, Psychotherapeut Verhaltenstherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Master of Medical Education (Universität Bern), zertifizierter forensischer Gutachter für Kinder und Jugendliche.

Studien an den Universitäten Köln (Deutschland) und Bern (Schweiz). Tätigkeiten in Dortmund, Bonn, Bern, Basel und Brandenburg. Langjährige Dozententätigkeit und Lehraufträge an den Universitäten Bern und Basel.

Mitautor der Testverfahren Kaufmann-Assessment Battery for Children (K-ABC, deutschsprachige Fassung), Bildbasierter Intelligenztest für das Vorschulalter (BIVA) und Hannover-Wechsler-Intelligenztest für das Vorschulalter-III (HAWIVA-III) und der Schweizer Fassung des Trainingsprogramms „Hören, Lauschen, Lernen, Sprachspiele für Kinder im Vorschulalter“ von Küspert und Schneider. Autor von zahlreichen Publikationen zu Forschung und Lehre in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Testpsychologie bei Kindern und Jugendlichen und verwandten Themen.