

## **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.

Kinderpsychiatern 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.