



Psychisch kranke Straftäter im Jugendalter

Dr. med. Rainer Huppert

Facharzt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, Psychotherapie

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie

Oberarzt Heckscher-Klinikum, München Abt. Rottmannshöhe

Zusammenfassung

Jugendliche, die manifest psychisch erkrankt sind oder Verhaltensauffälligkeiten zeigen, die den Verdacht auf eine psychische Erkrankung aufwerfen, oder als Vorläufer einer manifesten psychischen Erkrankung zu werten sind, Jugendliche, die prädelinquente Auffälligkeiten des Sozialverhaltens zeigen oder bereits eine Straftat begangen haben, stellen aus verschiedenen Blickwinkeln und Aufgabenbereichen eine interdisziplinäre Herausforderung für Medizin, vorrangig Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädagogik, Jugendhilfe und Justiz dar. Außerhalb der meist zerrütteten Familie begegnen wir diesen Jugendlichen institutionell in der Schule sowie Einrichtungen bzw. Betreuungsumgebungen der Jugendhilfe, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – unter Umständen mit dem Auftrag einer differentialdiagnostischen Abklärung bei dem Verdacht auf eine psychische Erkrankung, im Rahmen einer forensischen Begutachtung – sowie bei Strafmündigkeit unter Umständen im Strafvollzug. Der Beitrag gibt einen gerafften Überblick über die Problematik dieser interdisziplinären Herausforderung aus klinischer Perspektive und fokussiert auf die Schnittstellen der genannten Disziplinen.

Einleitung

Große epidemiologische Untersuchungen zur psychischen Gesundheit von Kinder und Jugendlichen in Deutschland wie die BELLA-Studie in Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) (Ravens-Sieberer et al., 2007) erbrachten Hinweise für psychische Auffälligkeiten bei über 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen im Alter von 7 bis 17 Jahren. Unter den Auffälligkeiten dominierten Störungen wie Ängste (10 Prozent), Störungen des Sozialverhaltens (7,6 Prozent) sowie Depressionen. Der hohe Anteil an Sozialverhaltensstörungen als signifikante Vorläufersymptomatik oder Hintergrund manifester Delinquenz weist auf die zentralen Fragestellungen des Themas hin. Wie sind schwere Störungen des Sozialverhaltens und Dissozialität im Hinblick auf den Störungscharakter und Krankheitswertigkeit zuzuordnen? Welche Vorläufer im Entwicklungs- und Verhaltensbereich sind identifizierbar? Welche Behandlungs- und Interventionsmöglichkeiten gibt es, ebenso welche Wege der Prävention? Eine weitere Fragestellung ergibt sich daraus, dass umschriebene psychiatrische Erkrankungen, z.B. Angststörungen, Depressionen, schizophrene Psychosen oder Zwangserkrankungen unmittelbarer Hintergrund einer rechtlich sanktionierten oder das soziale Gefüge in erheblicher Weise tangierenden Handlung sein können. Beide Blickwinkel machen deutlich, dass dem in diesem Sinne auffälligen Jugendlichen nur eine enge interdisziplinäre Verzahnung, die gegenseitige Abgleichung und Überprüfung von Medizin (Kinder- und Jugendpsychiatrie), Pädagogik und Jugendhilfe sowie im deliktisch relevanten Bereich des strafmündigen



Jugendlichen auch die Justiz adäquat begegnen können. Die institutionellen Orte, an denen diese Verzahnung stattfindet, sind bei einem meist fehlenden familiären adäquaten Erziehungsrahmen dieser Jugendlichen die Schule, Jugendhilfe in Form ambulanter Maßnahmen (z. B. Familienhilfe) und stationäre Einrichtungen (Heim- und Wohngruppenunterbringung), kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken und Ambulanzen zur Diagnostik bzw. forensischen Begutachtung und die Einrichtungen des Jugendstrafvollzug bis hin zum Maßregelvollzug. Beispielhaft zeigen Untersuchungen signifikant häufiger psychische Störungen unter jugendlichen Gefängnisinsassen, namentlich Substanzmissbrauch, Impulskontrollstörungen, affektive Störungen und Entwicklungsverzögerungen (Laucht, 2001)

Adoleszenz-Dissozialität-Psychische Erkrankung Die Rechtsstellung des Kindes, Jugendlichen und Heranwachsenden in Abhängigkeit vom Lebensalter zeigt folgende Abschnitte und Stufen:

6 Jahre	Schulpflicht
7 Jahre	Beschränkte Geschäftsfähigkeit und zivilrechtliche Deliktfähigkeit
14 Jahre	Bedingte Strafmündigkeit, Ende des strafrechtlichen Kinderschutzes
15 Jahre	Ende der Schulpflicht/Berufsschulpflicht
18 Jahre	Volljährigkeit
21 Jahre	Ende der Anwendbarkeit des Jugendstrafrechts, Ende der Jugendamtshilfe für junge Volljährige

Fallvignette 1

Hans wurde erstmals mit 12 Jahren von seinen Eltern bei einer Erziehungsberatung vorgestellt, nachdem er sich im schulischen Umfeld einer Hauptschule als pädagogisch kaum noch führbar erwiesen hatte. Die Integration unter Gleichaltrigen gelang nicht, es kam permanent zu Impulsdurchbrüchen, zu aggressiven Auseinandersetzungen mit Gleichaltrigen, Isolation, Stören des Unterrichts. Eine auf den Erstkontakt hin installierte ambulante Jugendhilfemaßnahme konnte die weitere Eskalation im Alter von etwa 15 Jahren mit nun deliktisch relevanten Diebstählen, kleineren Einbrüchen ebenso wenig verhindern wie Alkoholmissbrauch, Schule schwänzen, Herumstreunen. Im Weiteren zeigte Hans eine ausgeprägte Stimmungs labilität, er erschien einerseits ängstlich-anhänglich, dann hochfahrend-abweisend und aggressiv gegenüber Erziehungspersonen und Altersgleichen. Diese Phasen wechselten mit Zeiten völliger Indifferenz, ebenso refraktär gegen jegliche pädagogische Reglementierung wie die expansiven Verhaltensweisen. Subakut entwickelten sich Unruhezustände und Größenideen, Hans äußerte, mit Politikern sprechen zu müssen, neues Geld einführen zu wollen und Ähnliches. Am sporadisch besuchten Unterricht beteiligte er sich nicht mehr, saß rückwärts in der Klasse, war aber auch nicht mehr aggressiv, wirkte gleichgültig, bis sich ein zunehmend verwirrt-desorganisiertes Verhalten einstellte, die als akute psychotische (schizophrene) Dekompensation zu werten war und zu einer klinisch- stationären Aufnahme führte.



Fallvignette 2

Matthias zeigte von klein auf viele Entwicklungsauffälligkeiten in sprachlicher, motorischer und psychosozialer Hinsicht. Früh wurde eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens diagnostiziert, Interventionen von Seiten pädagogischer Einrichtungen, des Jugendamts sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie einschließlich eines längeren tagesklinischen Aufenthaltes sowie eine langstreckige pharmakotherapeutische Behandlung mit Stimulanzien reihten sich aneinander. Der familiäre Hintergrund war betrüblich, Mutter mit wechselnden Lebensabschnittspartnern, viel Alkohol und Gewalt in der primären Umgebung. Matthias beendete die Schule nach acht Schulbesuchsjahren in der 6. Klasse Hauptschule, langstreckige heilpädagogische Betreuungen einschließlich der Betreuung in einer Schule zur Erziehungshilfe und einer Platzierung in einer heilpädagogischen Einrichtung konnten die lange Deliktanamnese seit dem Kindesalter mit Diebstählen, Sachbeschädigung, Zündeln und deren Eskalation im Alter von 16 Jahren mit Körperverletzung, schwerem Raub und sexueller Nötigung, die zur Inhaftierung führte, nicht modifizieren.

Fallvignette 3

Der 17jährige Patrick absolvierte die Hauptschule ohne Qualifizierung sowie das Berufsvorbereitungsjahr, ohne dass ihm der Einstieg in Lehre und Beruf gelang. Der familiäre Hintergrund zeigte viele Beziehungswechsel mit getrennten Eltern und häufig wechselnden Bezugspersonen. Patrick wuchs bei Großeltern auf, fühlte sich durch die Eltern abgelehnt. Aus der eigenen Entwicklung ergaben sich keine gravierenden Auffälligkeiten des stillen und angepassten Kindes, der mit Eintritt in die Pubertät im Gleichaltrigenkreis einige Kontakte zu delinquenter Umgebung (vor allem Drogen) hatte und selbst psychotrope Substanzen zur Stimmungsverbesserung einsetzte. Deliktisch bzw. im Sozialverhalten wurde er nie auffällig bis zum Vorwurf des versuchten Totschlags im Rahmen einer Auseinandersetzung um eine junge Frau. Bei der gutachterlichen jugendpsychiatrischen Untersuchung ergaben sich keine Hinweise für eine forensisch relevante Beeinflussung der Steuerungsfähigkeit durch eine psychiatrische Erkrankung. Der gut begabte Jugendliche nutzte die Haftzeit zur schulischen Qualifizierung und zur Berufsausbildung.

Die skizzierten Verläufe zeigen bereits einige Facetten des Komplexes Jugend – psychische Erkrankung und Straffälligkeit. Muss bei dem ersten Jugendlichen letztlich davon ausgegangen werden, dass die schweren Auffälligkeiten des Sozialverhaltens zumindest in ihrem letzten Abschnitt die lange Vorfeldsymptomatik der psychotischen Erkrankung abgaben, zeigen sich bei dem zweiten Jugendlichen Delinquenz und dauerhafte Abweichungen des Sozialverhaltens vor einem äußerst problematischen Entwicklungshintergrund von Kindesbeinen an und durch verschiedene interdisziplinäre Interventionen als nicht beeinflussbar. Der dritte Jugendliche wurde erst in einer Krisensituation der Adoleszenz straffällig, in der Entwicklungsbelastungen, Reifungsdefizite in der Straftat psychodynamisch entgleisen. Das Spektrum der skizzierten Verläufe machen Kriminalstatistiken nachvollziehbar, nachdem mehr als ein Drittel der Tatverdächtigen in Deutschland jünger als 25 Jahre sind und bei der Delinquenzverteilung ein steiler Anstieg in der Pubertät und ein steiler



Abfall im jungen Erwachsenenalter zu beobachten ist (Statistische Erhebung des BKA bei Kölch, 2009). Trotz der verstärkten medialen Wahrnehmung dieser Problematik ist sie in allen Ländern und Kulturen keineswegs neu (Kölch, 2009).

Psychische Störung und Delinquenz

Noch vor jeder Konkretisierung sind folgende Beziehungen möglich:

- Die psychische Störung verursacht bzw. verstärkt eine delinquente Neigung.
- Die psychische Störung vermindert bzw. beseitigt eine delinquente Neigung.
- Es besteht kein Zusammenhang zwischen Delinquenz und psychischer Störung.
- Die psychische Störung vermindert bei einigen Jugendlichen, verstärkt bei anderen – je nach situativer Verfassung – die Neigung zu rechtswidrigen Taten.

Zwischen den Polen manifeste psychiatrische Erkrankung und Straffälligkeit sind Verhaltensauffälligkeiten aus dem dissozialen bzw. delinquenten Spektrum denkbar, die den Verdacht auf eine psychiatrische Erkrankung aufkommen lassen bzw. unterstützen, z. B., wenn die Straftat aus einer erkennbaren biographischen bzw. Entwicklungskontinuität völlig heraus fällt, andererseits kann eine Straftat Handlungskompetenz und situative Orientierung zeigen, die anderweitig aufgetretene bzw. vermutete Beeinträchtigungen von Ich-Funktionen durch eine mögliche psychische Störung relativieren. Daneben können Verhaltensauffälligkeiten aus dem dissozialen Spektrum auch Vorläufer einer psychiatrischen Erkrankung sein, wie dies nicht selten gerade bei Jugendlichen im Vorfeld psychotischer, namentlich schizophrener Erkrankungen gesehen wird (Fallvignette 1). Weiterhin sind entwicklungs- und altersabhängige Auffälligkeiten des Sozialverhaltens zu erwähnen, die, sei es mangels Strafmündigkeit, sei es durch Art und Gestaltung der Abweichung von sozialen Erwartungen nicht justiziabel sind.

Wenn auch im Gesamt der straffälligen Jugendlichen eine eher kleine Gruppe ist die, bei der eine manifeste psychiatrische Erkrankung Hintergrund einer Straftat ist. Hier reicht die Spannbreite von klaren, aber auch gutachterlich zu bewertenden Motivationszusammenhängen (z. B. ein an einer Zwangserkrankung leidender Jugendlicher bricht störungsmotiviert eine Unzahl von Mercedes-Sternen ab und sammelt diese, ein psychotischer Jugendlicher verübt unter dem Mandat imperativer Stimmen und/ oder wahnhaften Erlebens ein Körperverletzungsdelikt) zu mitunter schwierig und nur im Kontext gründlicher forensisch-psychiatrischer Untersuchungen zu klärende Bedingungskonstellationen, motivationalen Ableitungen und deren etwaige Beeinflussung der situativen Verfügbarkeit individueller Handlungskompetenzen und intrinsischen Steuerungsmechanismen. Neben der Feststellung des Vorliegens oder Fehlens der medizinischen Voraussetzungen eingeschränkter oder gar aufgehobener Schuldfähigkeit kommt auch der Reifebeurteilung des Jugendlichen bzw. jungen Heranwachsenden mitunter weitreichende Bedeutung in einem juristischen Verfahren zu.



Weitaus vager und auch strittiger nicht nur in der kinder-und jugendpsychiatrischen Diskussion ist die Bewertung der vorwiegend oder ausschließlich durch Verstöße gegen soziale und juristische Normen auffälligen Kinder und Jugendlichen. Per se sind derartige Auffälligkeiten zunächst nicht eine psychische Störung. In den Klassifikationssystemen für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation, DSM-IV-R der American Psychiatric Association) gibt es keine speziellen Kategorien für Straffälligkeit (Remschmidt & Walter, 2010). Diese Auffälligkeiten werden im Kindes- und Jugendalter den Störungen des Sozialverhaltens zugeordnet. Ist bei diesen Störungen das Überschneidungsfeld zwischen Kinder-und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe, Schule und Pädagogik besonders groß, reklamiert die Kinder-und Jugendpsychiatrie nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass diese Störungen Merkmale selbstständiger Krankheitsklassen und kategorien erfüllen (Schmidt, 2008) bezüglich der Diagnostik, der Feststellung von Begleiterkrankungen und der Verlaufsmerkmale Priorität ihrer Disziplin. Nach diesem Verständnis weisen Sozialverhaltensstörungen eine einheitliche Symptomatik auf, zeigen eine einheitliche Ätiologie oder zumindest Pathogenese, nehmen einen einheitlichen Verlauf und reagieren auf einheitliche Interventionen. Unter Störungen des Sozialverhaltens werden andauernde Muster dissozialen, aggressiven und aufsässigen Verhaltens verstanden, die aufs Größte altersentsprechende soziale Erwartungen verletzen. Sie übersteigen deutlich das Maß gewöhnlichen kindlichen Unfugs und jugendlicher Aufmüpfigkeit und bestehen nicht nur in einzelnen dissozialen oder kriminellen Handlungen. Andere psychische Störungen sollen nicht Hintergrund für diese Auffälligkeiten sein, die mindestens über ein halbes Jahr beobachtet werden sollen. Die Merkmalsliste der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) umfasst ungewöhnlich häufige und heftige Wutausbrüche, oppositionelle Verhaltensweisen, Streiten, Ärgern, Schuldabwälzung, Empfindlichkeit, Groll, Gehässigkeit, Lügen und Unzuverlässigkeit. Missachtung der körperlichen Integrität anderer, den Gebrauch gefährlicher Waffen, abendliches Wegbleiben, körperliche Grausamkeit, Tierquälerei, Sachbeschädigung, Feuerlegen, Stehlen, Schuleschwänzen, Weglaufen, häufiges Tyrannisieren anderer sowie Erpressung, Raub, sexuelle Nötigung, Einbrüche. Eckpunkte über das geforderte Ausmaß und die Dauer einzelner Symptome werden vorgegeben. Nach Kölch (2009) leiden sieben Prozent aller männlichen Kinder und Jugendlichen sowie drei Prozent der Mädchen unter Störungen des Sozialverhaltens. In speziellen Jugendhilfeeinrichtungen und Schulen zur Erziehungshilfe sind dieses bis zu 48 Prozent, wobei hier als Komorbidität bei 22 Prozent zusätzlich eine hyperkinetische Störung vorliegt.

Im Rahmen der Dominanz des biologischen Ätiologieparadigmas in der Kinder-und Jugendpsychiatrie wurden als Risikofaktoren dissozialer Entwicklungen (Vloet 2006), morphologische Auffälligkeiten (Läsionen im Zentralnervensystem, vorwiegend Hypothalamus, Amygdala und präfrontaler Kortex), eine Reihe weiterer somatischer Auffälligkeiten (verminderte vegetative Reagibilität, Auffälligkeiten endokriner Regulationsmechanismen zwischen Hypophyse und Nebennierenrinde) sowie aus neurochemischer Perspektive eine serotonerge Dysfunktion postuliert, sämtlich Befunde, die diskutiert werden und deren spezifisch ätiologische Dignität für das primär deskriptive Störungsbild Störung des Sozialverhaltens resp. dissoziale Entwicklung aussteht. Weniger spekulativ und den in institutioneller Umgebung beobachtbaren



Verhaltensformen näher sind Temperaments- und Persönlichkeitsfaktoren dieser Kinder und Jugendlichen: Abundant exploratives und impulsives Verhalten, ein durch wenige interne oder soziale Hemmungen gekennzeichneten Interaktionsstil, auffällige affektive Indifferenz, Empathiemangel sowie eine alterskorreliert defizitäre emotionale Regulation. Die Schwelle, die die Auffälligkeiten insbesondere die in jeglicher sozialen Umgebung schnell äußerst problematisch werdende Impulsivität situativ induziert, ist bei diesen Kindern und Jugendlichen meist erniedrigt. Mit einem solchen Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstil wurden insbesondere posttraumatische Entwicklungen in Zusammenhang gebracht, die aus den gleichfalls gefundenen psychosozialen Risikofaktoren (Vloet 2006) gut nachvollziehbar sind. Risiken von Herkunftsfamilie bzw. -umgebung wie niedriger sozioökonomischer Status, Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit, häufiger Wechsel von Bezugspersonen mit konsekutiven Bindungsstörungen, delinquente und/oder psychisch kranke Eltern, physische und psychische Misshandlungen, ein inkonsequenter Erziehungsstil mit zu vielen oder zu wenigen Regeln führen zur Entwicklung defizienter Strategien sozialer Informationsverarbeitung, der eine wesentliche pathogenetische Funktion im skizzierten Verhaltensgefüge beigemessen wird. Insbesondere bei männlichen Jugendlichen sind überdies aggressive Rollenmodelle ein wesentlicher Faktor.

Für diese Sozialverhaltensstörungen bzw. dissozialen Entwicklungen hat Moffit (1993) zwei Verlaufstypen beschrieben: Einen episodischen (auf das Jugendalter begrenzten) Verlaufstyp sowie eine persistierende (über den Lebenslauf hin stabile) Verlaufsform.

Merkmale der episodischen Verlaufsform sind: Erstmals in der Pubertät treten oppositionelle und delinquente Verhaltensweisen auf, die sich insgesamt als nicht verhaltensstabil zeigen und bei Erreichen des Erwachsenenalters zurückbilden. Jugendliche mit diesem Verlaufstyp zeigen eine weitgehend unauffällige Persönlichkeitsstruktur, sind sozial meist gut integriert, weisen wenig weitere psychiatrische Auffälligkeiten auf, die Sozialverhaltensstörung zeigt wenig aggressive Delinquenzformen. Werden psychiatrische Symptome (z. B. Depressivität) beobachtet, sind diese eher als Folge dissozialen Verhaltens und der gesellschaftlichen Reaktionen zu werten. Substanzmissbrauch, also Alkohol und Drogen, erhöhen das Risiko für den Übergang in den persistierenden Verlaufstyp. Die dissozialen Auffälligkeiten haben in aller Regel zumindest vorübergehend Konsequenzen für die schulische, berufliche, soziale und familiäre Integration. Dieser Verlaufstyp wurde hauptsächlich als übersteigerte Bewältigungsform phasenspezifischer Entwicklungsaufgaben gesehen und als Auflehnung gegen die Reifungslücke vor allem in westlichen Kulturen (Kluft zwischen psychischer Reifung und sozioökonomischer Selbstständigkeit) interpretiert. Epidemiologische Zahlen beschreiben diesen Verlaufstyp bei bis zu 25 Prozent der Jugendlichen (Vloet, 2006). Als erheblich gravierender ist die persistierende Verlaufsform zu werten. Diese sind Jugendliche, die schon ab dem Kindesalter durch aggressive, oppositionelle und delinquente Verhaltensweisen auffallen, die meist über das Jugendalter hinweg bis in das Erwachsenenalter weiter eskalieren. Neuropsychologische Defizite, namentlich Aufmerksamkeitsstörung, psychopathische Persönlichkeitszüge kennzeichnen diese Jugendlichen, die körperlich häufig aggressiv auftreten, sozial wenig bis gar nicht integriert sind (allenfalls in dissozialen Peergroups) und häufig körperlich aggressiv auftreten. In signifikant höherem Maße werden



hier psychiatrisch relevante Auffälligkeiten wie ein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Elemente einer posttraumatischen Belastungsstörung, frühen Sozialverhaltensstörungen, Depressivität bis hin zu suizidalen Syndromen, aber auch Substanzmissbrauch, Angststörungen sowie psychotische Syndrome gesehen. Neben den mitgebrachten auffälligen Temperamentsmerkmalen des Kindes, die die frühe Interaktion mitprägen, spielen häufig ein sehr ungünstiges familiäres Umfeld, kognitive Defizite des Kindes und Jugendlichen, frühe Traumatisierung und Misshandlung mit einer veränderten Angstschwelle sowie die Ausbildung einer Persönlichkeitsstörung eine Rolle. Dieser ungünstige Verlaufstyp wird in bei fünf bis zehn Prozent vor allem unter männlichen Jugendlichen gesehen. Geht aus dem Gesagten über die persistierende Verlaufsform bereits früh die Orientierung an einer Persönlichkeitsentwicklungsstörung hervor, stützt der episodische Verlaufstyp eine Entwicklungstheorie juveniler Delinquenz. Aufgrund der neurobiologisch im Zeitfenster der Adoleszenz stattfindenden zerebralen Umbauprozesse zeigt sich entwicklungsbedingt eine besondere Suszeptibilität gegenüber Umgebungseinflüssen, die wiederum zu jugendtypischen Verhaltenscharakteristika wie erhöhter Impulsivität, intensiverer Affektivität und Risikoverhalten beitragen. Reifungsungleichzeitigkeiten wurden bereits erwähnt, Dissozialität wird hier von allem in dem entwicklungskritischen Zeitfenster als Ausdruck von Anpassungsschwierigkeiten, Bewältigungsproblemen von Entwicklungsanforderungen gesehen. Derartige Jugendliche verfügen allerdings im Vergleich zu denen des persistierenden Verlaufstyps über erheblich mehr sogenannte protektive Faktoren wie bessere soziale Fertigkeiten, sie zeigen sich zumindest zu Beginn der Auffälligkeiten schulisch als erfolgreicher, fallen durch weniger begleitende psychische Störungen auf, zeigen sich als beziehungs- und bindungsfähig und von ihrer kognitiven Ausstattung als leistungsfähiger (Vloet, 2006; Laucht, 2001).

Risikoevaluation und möglichst frühe Erfassung sind auch ein wesentliches Anliegen im Bereich psychischer Störungen. Generell haben epidemiologische Erhebungen erbracht, dass auch für psychische Störungen soziale Faktoren wie Armut, zerbrochene Familien, Migration, Bildungslaufbahn, Schichtstatus risikoe erhöhende biographische Merkmale darstellen. Aspekte der als modern apostrophierten Lebenswelt wie ein exzessiver Medienkonsum, eine immer wieder beschworene hohe Mobilität und Flexibilität sowie das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen in Teil-oder neu sortierten Familien tragen hier zu einem Strukturverlust im Kernbetreuungsgefüge der Familie bei, der institutionell bei Weitem nicht ausgeglichen werden kann. Für die hier infrage stehende spezielle Altersgruppe der Jugendlichen gilt cum grano salis, dass Entwicklungsschwellen generell als risikoe erhöhend gelten, auch wenn das lange übliche Konzept von der Adoleszenz als Krise per se nicht ausreichend validiert werden konnte (u. a. Kapfhammer, 1995).

Diagnostik und Intervention Angesichts der vielen Überschneidungen, differenter Verlaufsformen der generell häufig „vageren“ Störungsbilder im Jugendalter und auch bestimmter, teils trivialer, teils klischeehafter Grundannahmen („Pubertät!“) erscheint es aus kinder-und jugendpsychiatrischer Sicht in jedem Falle dringlich, mittels einer adäquaten Diagnostik, in der Risikofaktoren für dissoziale delinquente Entwicklungen sowie Vorläufer und Begleitsymptomatik identifiziert werden, Voraussetzungen für frühzeitige Interventionen bei auffälligen Jugendlichen zu schaffen. Eine adäquate Diagnostik hilft bei der



Differenzierung entwicklungsbedingter, dissozialer und dezidiert psychopathologisch relevanter Phänomene und ist der erste wesentliche Beitrag der Jugendpsychiatrie in der skizzierten interdisziplinären Herausforderung. Die hohe Dunkelziffer psychischer Störung bei Straftätern, die mangelnde Identifikation von Risikofaktoren und bei bereits stattgehabter Straffälligkeit die geringe Gutachtensquote zeigen Verdichtungs- und Verbesserungsmöglichkeiten in diesem Bereich an (Brünger & Weissbeck, 2008).

Interventionen jeglicher Art hängen immer vom institutionellen Rahmen, der Ausgangsstörung und anderen individuellen Bedingungen wie Alter, Entwicklungsstand, kognitive Voraussetzungen ab. Dennoch lassen sich Schwerpunkte therapeutischer Arbeit mit Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten und Dissozialität/Delinquenz benennen (Weissbeck & Brünger, 2008). Behandlungsziele, in denen sich heilpädagogische, sozialtherapeutische und kinder- und jugendpsychiatrische Kompetenz ergänzen müssen, bestehen immer in der Verbesserung der Realitätsprüfung mit dem Antizipieren von Handlungskonsequenzen, der Verbesserung kommunikativer Fertigkeiten mit der Entwicklung sozial adäquater Konfliktlösungsstrategien, der Verbesserung der Beziehungsfähigkeit mit Offenheit und Vertrauensbildung, ein sozial adäquaterer Umgang mit Verbesserung von Frustrationstoleranz, emotionaler Stabilität und Impulskontrolle, einer Verbesserung der Normenorientierung und Förderung alternativer Befriedigungsstrategien sowie auch in einer Verbesserung familiärer Beziehungen. Hinzu treten nach Art der Grundstörung weitere spezifische Behandlungsziele. Je nach institutioneller bzw. therapeutischer Umgebung und Grundstörung kommen psychopharmakotherapeutische Strategien, soziales Kompetenztraining, Entspannungsverfahren, Kreativtherapien, Arbeits- und Verselbstständigungstraining, verhaltenstherapeutische Strategien zur Verhaltensmodifikation, psychoedukative Maßnahmen in Einzel- und Gruppentherapeutischem Rahmen, mitunter auch im Rahmen einer Stufenbehandlung zum Einsatz (Weissbeck & Brünger, 2008). Schule, Ausbildung, berufsvorbereitende Maßnahmen, also eine praktische Unterstützung bei der Wahrnehmung individueller Entwicklungsoptionen zeigen sich ganz unabhängig von der institutionellen Umgebung generell als stabilisierender und prognostisch positiv Einfluss nehmender Faktor.

Prävention

Die Bedeutsamkeit straffälligen Verhaltens gleich welcher Genese, sowohl für den jugendlichen Straftäter selbst als auch für die soziale Gemeinschaft, legen nahe, präventive Strategien zu entwickeln und konsequent einzusetzen. Angesichts der epidemiologischen Relevanz wäre die Integration von Familien verhaltensproblematischer Kinder in Screeningprogramme als Primärprävention wünschenswert. Es zeigt sich jedoch immer wieder, dass gerade bei diesen Familien die Akzeptanz derartiger Unterstützungen äußerst gering ist und diese auch insgesamt auf einer freiwilligen Basis wenig erreichbar sind (Brünger & Weissbeck, 2008). Die Ambivalenz des öffentlichen Bewusstseins für ein vernetztes und elaboriertes Meldewesen derart auffälliger Kinder ist nachvollziehbar. Dennoch erscheint es auf welchem Wege auch immer prinzipiell wünschenswert, Prädiktorvariablen für dissoziale Störungen und delinquente Auffälligkeiten wie Entwicklungsstörungen, hyperkinetische Störungen, Entwicklungsverzögerungen, widrige familiäre Verhältnisse und kindliche dissoziale Störungen zu identifizieren. Auf der Ebene der



Sekundärprävention wäre exemplarisch vor allem die Diagnostik und adäquate Behandlung eines Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms (ADHS) zu nennen, das nach Längsschnittuntersuchungen mit einem besonders hohen Entwicklungsrisiko einhergeht. 30 bis 80 Prozent aller Kinder mit einem diagnostizierten ADHS erreichen keinen Schulabschluss, 60 Prozent keine adäquate soziale Integration, wobei 45 Prozent ein antisoziales Verhalten zeigen. 25 Prozent entwickeln Depressionen, 20 Prozent Persönlichkeitsstörungen (Kölch 2009). Auch die Rate derer, die eine stoffgebundene Abhängigkeitsentwicklung nehmen, ist hoch. Neben der nach einer sorgfältigen Diagnostik unter Würdigung anderer pathogenetischer Elemente (und zwar nur dann!) empfohlenen Medikation mit Stimulanzien (u.a. Methylphenidat, Atomoxetin) sind weitere adjuvante Maßnahmen in schulischem Rahmen, verhaltenstherapeutische Strategien sowie ambulante oder stationäre Maßnahmen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz auf ihre Indikation hin zu prüfen. Einschränkend muss allerdings gesagt werden, dass auch bei Intervention die Prognose einer Hochrisikokerngruppe mit derartigen Auffälligkeiten schlecht bleibt.

Der Tertiärprävention bleibt es dann vorbehalten, psychisch kranke Straftäter im Gefängnis oder- sollte eine De- bzw. Exkulpierung im Rahmen einer forensischen Begutachtung erfolgt sein-, im Maßregelvollzug angemessen zu behandeln und zu betreuen, um zumindest perspektivisch Voraussetzungen einer günstigen prognostischen Beeinflussung zu schaffen.

Zusammenfassende Konsequenzen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe, Schule und Justiz
In jedem Fall erscheint es trotz mitunter zweifelhafter Prognose bei einer Hochrisikogruppe von überragender Bedeutung, eine rechtzeitige Weichenstellung durch eine adäquate Diagnostik vorzunehmen. Im Hinblick auf die skizzierten Risikoentwicklungen müssen psychiatrische Störungen und auch komorbide Störungen dissozialer Verlaufsformen rechtzeitig identifiziert werden, um im Rahmen evaluierter Vorgehensweisen, ggfs. eine adjuvante Pharmakotherapie einsetzen zu können. Früh beginnende Störungen des Sozialverhaltens gleich welcher Genese erreichen oft den Charakter seelischer Behinderung, weil sie die Teilhabe am sozialen Leben langfristig bedrohen oder beeinträchtigen. Hier kommt der Jugendhilfe und dem familiären Anspruch auf Unterstützung entscheidende und durch niederschwellige Vorfeldangebote wie Clearingmaßnahmen eine bedeutungsvolle Weichenstellungs- und Zuweisungsfunktion zu. Gerade für Jugendliche mit einem hohen Risikohintergrund erscheint die Begleitung der „Sollbruchstelle“ Schule und nachschulische berufliche Anbahnung sinnvoll, um gefährdeten Jugendlichen den Einstieg in eine risikomindernde sozialintegrative Ausbildungsumgebung zu ermöglichen. Mit der Volljährigkeitsschwelle wiederum entfallen für Jugendliche viele öffentliche Unterstützungsmöglichkeiten, auch die rechtliche Situation junger Heranwachsender muss mitunter ausdrücklich neu bewertet werden, so dass die Zeit drängt.

Abschließende Bemerkung

Abhängig vom ätiologischen bzw. motivationalen Hintergrund sowie Entwicklungsverlauf zeigen sich in dem Gefüge der Aufgaben von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe, Schule und Justiz erhebliche



Unterschiede in Gewichtung und Akzentsetzung, nicht zuletzt, was den Betreuungs- und Behandlungsstrang bei den mitunter sehr differierenden Anforderungen betrifft, die die Problematik dieser Jugendlichen für sie aufwirft. Stellt die Justiz meist die vorerst letzte Station des in vielen Belangen belasteten und häufig misslingenden Entwicklungsweges eines dergestalt auffälligen Jugendlichen dar, kommen trotz aller relativierenden Längsschnittuntersuchungen den genannten Disziplinen wichtige, trotz allem mitunter prognostisch entscheidende präventive, therapeutische, betreuend begleitende Aufgaben zu, denen sie nur in der interdisziplinärer Kooperation annähernd gerecht werden können.

Literatur

- Brünger, M. & Weissbeck, W. (2008). Psychisch kranke Straftäter im Jugendalter – eine interdisziplinäre Herausforderung. In M. Brünger, W. Weissbeck (Hrsg.), Psychisch kranke Straftäter im Jugendalter (S. 314). Berlin: Medizinisch-wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kapfhammer, H. P. (1995). Psychosoziale Entwicklung im jungen Erwachsenenalter. Berlin: Springer.
- Kölch, M. (2009). Psychische Erkrankungen im Jugendalter. Symposium Jugendliche und junge Erwachsene mit psychischen Störungen im Schulalltag. Ulm 22.04.2009.
- Laucht, M. (2001). Antisoziales Verhalten im Jugendalter: Entstehungsbedingungen und Verlaufsformen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 29 (4), 297-311.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescent-limited and life-course persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. Psychological Review, 100 (4), 674-701.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bethke, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50, 871-878.
- Remschmidt, H. & Walter, R. (2010). Was wird aus delinquenten Kindern? Ergebnisse der Marburger Kinderdelinquenzstudie. Deutsches Ärzteblatt int., 107 (27), 477-483.
- Schmidt, M. H. (2008) Dissozialität – Ein Überblick. In M. Brünger, W. Weissbeck (Hrsg.), In Weissbeck, W. & Brünger, M. (Hrsg.) Psychisch kranke Straftäter im Jugendalter, a. a. O., S. 15-30.
- Vloet, T. D., Herpertz, S. & Herpertz-Dahlmann, B. (2006). Ätiologie und Verlauf kindlichen dissozialen Verhaltens – Risikofaktoren für die Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 34 (2), 101-115.
- Weissbeck, W. & Brünger, M. (2008). Konzeption der sozialtherapeutischen Abteilung im Pfalzinstitut Klingenmünster – Ein Organisationsmodell des Maßregelvollzugs und der sozialtherapeutischen Behandlung innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In M. Brünger, W. Weissbeck (Hrsg.), Psychisch kranke Straftäter im Jugendalter, a. a. O., S. 145-174.