

---

# Psychische Störungen bei straffällig gewordenen jungen Menschen- Risikofaktoren und Therapieansätze

Professor Dr. Christine M. Freitag  
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie  
des Kindes- und Jugendalters  
JW Goethe Universität Frankfurt am Main



# Aufbau

---

- Psychische Störungen - Einführung
- Prävalenz psychischer Störungen bei jugendlichen Straftätern
- Delinquenz / Dissozialität als psychische Störung?
- Risikofaktoren für ausgewählte psychische Störungen
- Therapieansätze
- Ausblick

Freitag,  
01.12..2010



# Psychische Störungen -ÜA

---

## ■ Definition

- Abweichung von Erleben, Verhalten, Denken, Fühlen, Handeln; Leidenscharakter

## ■ Klassifikation WHO: ICD-10

- Kapitel 0: Organisch bedingte psychische Störungen
- Kapitel 1: Substanzbezogene psychische Störungen
- Kapitel 2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- Kapitel 3: Affektive Störungen
- Kapitel 4: Angst-, Anpassungs-, Zwangs-, somatoforme Störungen
- Kapitel 5: Körper-bezogene Erkrankungen
- Kapitel 6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- Kapitel 8: Tiefgreifende Entwicklungsstörungen
- Kapitel 9: Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend



# Jugendliche Straftäter

## ■ Meta-Analyse erwachsene Straftäter (Fazel et al., 2002 Lancet)

- begrenzte Zahl psychischer Störungen betrachtet

- Psychotische Störung            m 3,3%                            f 2,7%

- Depressive Störung            m 10,6%                        f 29,2%

- ADHD                                m 11,7%                        f 18,5 %

- schwere SSV                    m 52,8%                        f 52,8 %

## ■ Jugendliche

- Studien zu verurteilten männlichen Jugendlichen vorhanden

- kaum Studien zu angeklagten Jugendlichen

- Mädchen: kaum Studien



**Table 1 Prevalence rates of psychiatric disorders**

| Psychiatric disorder              | With or without impairment <sup>a</sup><br>Range; mean (95% CI);<br>studies <i>n</i> <sup>d</sup> | With impairment only <sup>b</sup><br>Range; mean (95% CI);<br>studies <i>n</i> <sup>e</sup> | Without impairment only <sup>c</sup><br>Range; mean (95% CI);<br>studies <i>n</i> <sup>f</sup> |
|-----------------------------------|---|---|--|
| Any of the assessed disorders     | 51–90; 69.9 (69.5–70.3); 7  | 51–76; 64.4 (64.1–64.7); 3  | 66–90; 72.8 (72.4–73.3); 6   |
| Any affective disorder            | 6–22; 13.1 (12.9–13.3); 6   | 6–16; 13.5 (13.3–13.7); 4   | 6–22; 15.8 (15.6–16.0); 5  |
| Major depressive episode          | 0–33; 12.0 (11.7–12.2); 11  | 0–14; 10.0 (9.8–10.1); 7  | 8–33; 14.4 (14.1–14.6); 6  |
| Dysthymia                         | 0–21; 7.5 (7.3–7.7); 6  | 0–11; 7.2 (7.0–7.4); 5  | 1–12; 8.5 (8.3–8.9); 3   |
| Manic episode                     | 1–28; 5.6 (5.4–5.9); 5  | 1–11; 3.7 (3.5–3.9); 3  | <3 studies   |
| Any anxiety disorder              | 2–21; 15.9 (15.6–16.1); 6   | 2–21; 16.5 (16.3–16.6); 5   | 9–21; 18.0 (17.8–18.2); 4  |
| Panic disorder                    | 0.1–4.0; 1.2 (1.1–1.3); 3   | 0.1–4.0; 1.2 (1.1–1.3); 3   | <3 studies   |
| Separation anxiety disorder       | 6–24; 10.7 (10.5–10.8); 5   | 6–14; 10.4 (10.3–10.5); 4   | <3 studies   |
| Overanxious disorder              | 0–40; 7.1 (6.7–7.4); 4  | <3 studies  | <3 studies   |
| Generalized anxiety disorder      | 0–17; 7.4 (7.2–7.6); 6  | 0–12; 7.0 (6.8–7.1); 5  | 2–17; 6.7 (6.5–6.8); 3   |
| Obsessive–compulsive disorder     | 1–8; 6.1 (6.0–6.2); 4   | 3–8; 6.4 (6.3–6.5); 3   | 1–8; 7.0 (6.9–7.1); 3  |
| PTSD                              | 1–24; 9.6 (9.2–10.0); 9   | 1–24; 11.7 (11.2–12.3); 6   | 1–15; 4.5 (4.2–4.7); 4   |
| Specific phobia                   | 2–6; 3.9 (3.8–4.1); 3   | <3 studies  | <3 studies   |
| Any disruptive behaviour disorder | 23–75; 37.8 (37.1–38.5); 5  | 23–60; 33.6 (33.1–34.1); 4  | 33–75; 46.6 (46.0–47.2); 4   |
| ADHD                              | 1–40; 13.5 (13.2–13.9); 10  | 1–40; 13.6 (13.2–14.0); 6   | 2–27; 13.2 (13.0–13.5); 6  |
| ODD                               | 2–51; 19.8 (19.2–20.3); 8   | 2–43; 16.7 (16.2–17.2); 5   | 3–51; 18.4 (17.9–19.0); 5  |
| CD                                | 21–95; 46.4 (45.6–47.3); 13   | 21–73; 38.8 (38.0–39.7); 6  | 31–91; 49.4 (48.6–50.1); 8   |
| Any SUD                           | 25–69; 45.1 (44.6–45.5); 11   | 25–54; 43.5 (43.0–44.0); 5  | 41–74; 53.5 (53.1–53.8); 7   |
| Any alcohol use disorder          | 16–48; 26.2 (26.0–26.5); 7  | 16–34; 24.7 (24.6–24.9); 4  | 26–54; 31.2 (30.8–31.7); 5   |
| Any marijuana use disorder        | 11–45; 39.2 (38.8–39.7); 6  | 11–45; 39.0 (38.5–39.5); 4  | 33–63; 45.9 (45.6–46.2); 5   |
| Any other SUD                     | 2–19; 6.4 (6.1–6.7); 4  | 2–19; 6.0 (5.7–6.3); 3  | 2–32; 9.0 (8.5–9.4); 4   |
| Psychotic disorder                | 1–4; 1.35 (1.32–1.39); 3  | <3 studies  | 1–4; 1.35 (1.32–1.39); 3   |

Collins et al., 2010 Can J Psychiatry: männliche Straftäter



# Zentrale Krankheitsbilder

- Ca. 50% (stark erhöht ggü. allem. Prävalenz)
  - Substanzabusus
  - Schwere Störung des Sozialverhaltens
- Ca. 15% (deutlich erhöht ggü. allem. Prävalenz)
  - Angststörungen
  - depressive Störungen
  - ADHS
- Ca. 1%
  - Psychosen (entspricht allem. Prävalenz)
- Oft komorbide Erkrankung



# Ursache für Straffälligkeit?

---

- Muss individuell durch Gutachten geklärt werden.
- Allgemein erhöhtes Risiko für Straftaten
  - Drogenkonsum
  - Schwere SSV
  - ADHS
- Diskussion: Störung des Sozialverhaltens
  - Erkrankung oder delinquente Entwicklung ohne Krankheitswert im Sinne einer moralischen Fehlentwicklung?
  - Relevanz für Therapie?



# Risikofaktoren für SSV

- sehr gut untersucht
- genetische Komponente (wohl vermittelt über ADHS)
- Rauchen in der Schwangerschaft
- familiäre Risikofaktoren zentral
  - „broken home“, Streit, getrennte Eltern, psychische Erkrankung der Eltern
  - körperliche Misshandlung, Vater straffällig
  - psychische Misshandlung / emotionale Vernachlässigung
  - mangelnde Förderung
  - Armut / hier auch confounding mit „Migrationsstatus“
- Jugendalter: „deviante Peer-Group“



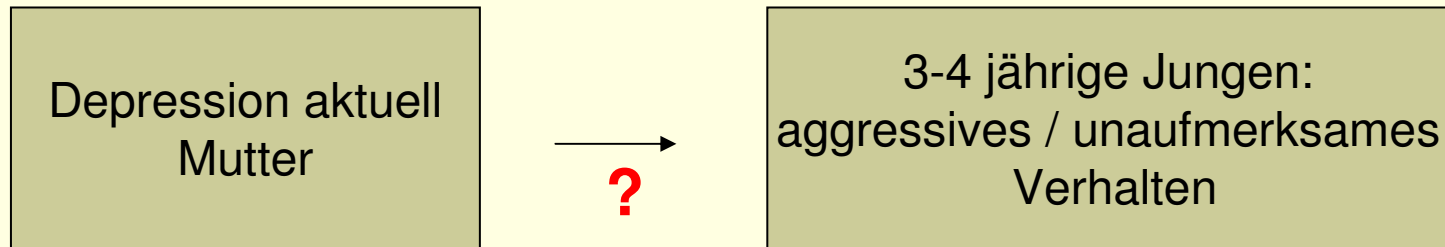


# Risikofaktoren für SSV

- Unterscheidung: „early onset“ - „late onset“
  - vor Alter 10 Jahre: schlechte Prognose
  - in Pubertät: eher gute Prognose
- Unterscheidung
  - kalt aggressiv - impulsiv („warm“) aggressiv
  - fehlende affektive Empathie = „callous unemotional traits“ / „psychopathy“ - vorhandene Empathie
- spezifische Risikofaktoren für Subtypen
  - Jungen: CU traits stärker genetisch bedingt; Interaktion mit strenger und inkonsistenter elterlicher Erziehung
  - Mädchen: CU traits eher Umwelt-bedingt



# Elt. Depression als sozialer RF



- durch Depression
  - reduziertes Eingehen auf das Kind und seine Bedürfnisse
  - Ablehnung des Kindes, negative Eltern-Kind-Interaktion
  - Schwierigkeiten, Grenzen zu setzen
    - zeigt sich auch in der Effektivität von Elterntrainings
    - Mutter: Selbstwahrnehmung als In-effizient
- oft chronischer Verlauf der aggressiven Verhaltensstörung

# Elt. Depression als sozialer RF

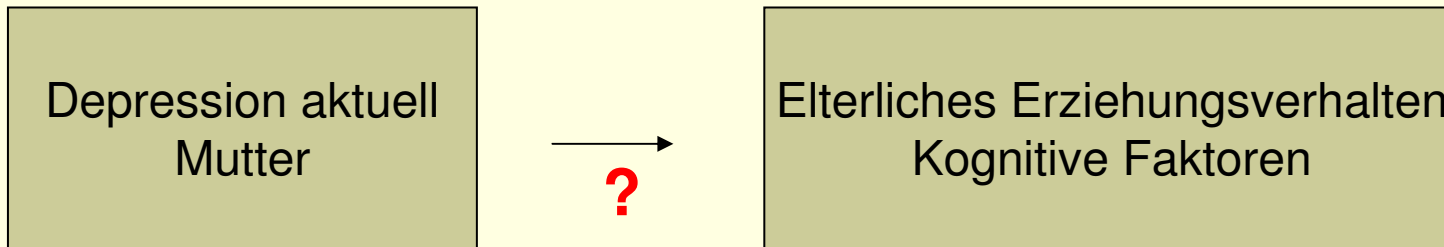


Table 3 Zero-order correlations among the independent variable, mediators, and dependent variables

|                                 | 1        | 2        | 3        | 4        | 5       | 6       | 7 |
|---------------------------------|----------|----------|----------|----------|---------|---------|---|
| 1. Maternal depressive symptoms |          |          |          |          |         |         |   |
| 2. Maternal locus of control    | 0.31**   |          |          |          |         |         |   |
| 3. Maternal self-esteem         | -0.64*** | -0.48*** |          |          |         |         |   |
| 4. Maternal parenting efficacy  | -0.36*** | -0.27**  | 0.49***  |          |         |         |   |
| 5. Maternal parenting stress    | 0.58***  | 0.10     | -0.44*** | -0.43*** |         |         |   |
| 6. Lax parenting                | 0.25*    | 0.29**   | -0.38*** | -0.19+   | 0.35*** |         |   |
| 7. Overreactive parenting       | 0.29**   | 0.18+    | -0.39*** | -0.34**  | 0.50*** | 0.52*** |   |

+ $p < 0.10$

\* $p < 0.05$

\*\* $p < 0.01$

\*\*\* $p < 0.001$

Gerdes et al., 2007 - Subanalyse der Kinder der MTA-Studie, N=96

# Elt. Depression als sozialer RF

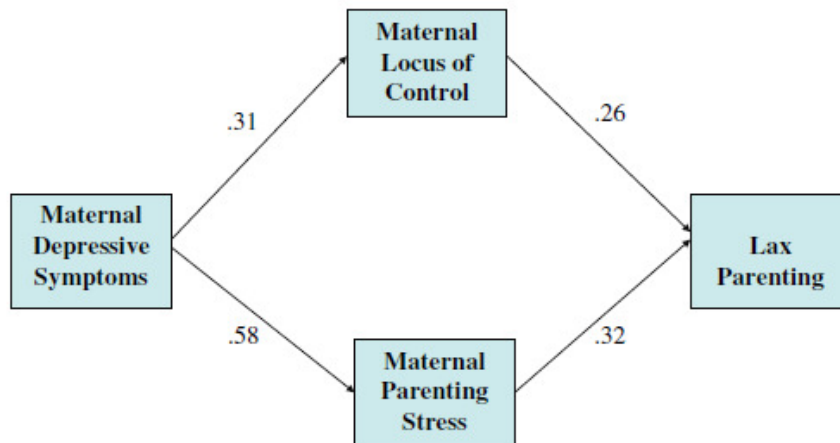
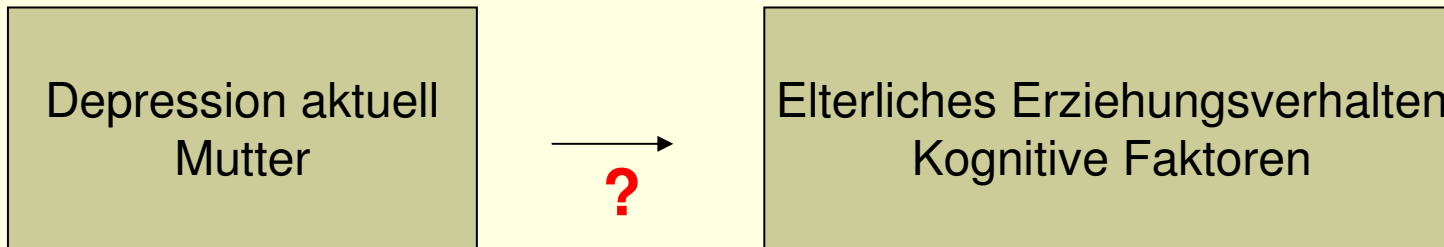


Fig. 1 Maximum likelihood estimation of maternal locus of control and parenting stress as mediators of lax parenting.  $\chi^2(2)=1.08, p=0.58$ ; CFI=1.00; RMSEA=0.00 (90% CI=0.00–0.17); SRMR=0.03. Standardized parameter estimates are reported and are significant at  $p<0.01$

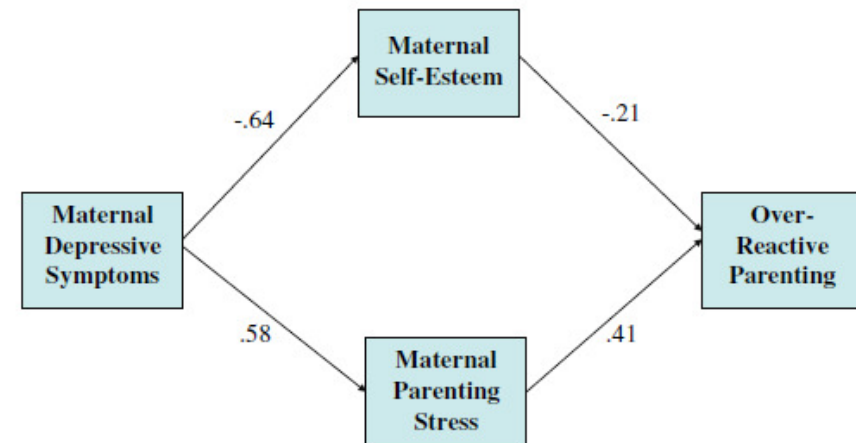


Fig. 2 Maximum likelihood estimation of maternal self-esteem and parenting stress as mediators of overreactive parenting.  $\chi^2(2)=2.87, p=0.24$ ; CFI=0.99; RMSEA=0.07 (90% CI=0.00–0.23); SRMR=0.03. Standardized parameter estimates are reported and are significant at  $p<0.05$

Gerdes et al., 2007 - Subanalyse der Kinder der MTA-Studie, N=96



# Risikofaktoren für ADHS

---

- Heritabilität 70-80%
  - Überlappung mit gen. Risikofaktoren für Alkoholabhängigkeit
- Umweltrisikofaktoren
  - Rauchen in Schwangerschaft (?)
  - niedriges Geburtsgewicht
  - familiäre Risikofaktoren -> Teufelskreis
- Hohe Raten an Komorbidität
  - Angst-/depressive Störungen
  - Lese-Rechtschreibstörung / Rechenstörung / niedrigerer IQ
  - Störungen des Sozialverhaltens
  - autistische Störungen



# Risikofaktoren für Substanzabusus

---

- decken sich mit RF für SSV und ADHS
  - oft alle drei Störungsbilder zusammen
- Genetische Risikofaktoren überlappen mit ADHS
  - eher impulsive Personen, niedrige Selbstkontrolle
  - Belohnungssystem: schnelle Belohnung
- Psychosoziale Risikofaktoren überlappen mit SSV und ADHS
- körperliche Folgen des Substanzabusus
- soziale Folgen des Substanzabusus

Freitag,  
01.12..2010



# Risiko für Depressive Störungen

---

- genetische Komponente: gering (ca. 40%)
- Umweltrisikofaktoren
  - familiäre Bedingungen
  - Trennung, Verlust, instabile Beziehungen
  - Misshandlung
  - Trauma
- Differenzierung
  - auslösende Faktoren
  - chronische Risikofaktoren

Freitag,  
01.12..2010



# Risiko für Angststörungen

---

- ähnlich depressive Störung
  - einzelne Angststörungen: stärkere genetische Komponente
  - Panikstörung ca. 60%
- auslösende Ereignisse oft zentral
  - insbesondere PTSD
- ADHS und Substanzabusus
  - prädisponieren für Gewalterlebnisse (Vergewaltigung, Unfälle, etc.)
  - genetische Überlappung Angst und ADHS (Subgruppe)
- Cave: Angst- und depressive Störungen werden oft übersehen





# Therapieansätze - Straftäter

---

- Therapie bei jugendlichen Straftätern: kaum Studien
- heterogene Gruppe - störungsspezifische Therapieansätze
  
- Pragmatisches Vorgehen
- Diagnose zentral!
  - Kooperation der jugendlichen Straftäter ...
  - Möglichkeit einer differenzierten Diagnostik fehlt oft
  - Kinder- und Jugendpsychiater oder spezialisierte Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten -> entwicklungsorientierte Diagnostik
  - differenzierte Ursachenforschung, differenzierte Therapieansätze



# Therapieansätze - Straftäter

- Medikamentöse Therapie - Grundlage
  - ADHS
    - muss medikamentös behandelt werden
    - cave: komorbider Substanzabusus
  - Depressive und Angststörungen
    - können und sollten medikamentös behandelt werden
  - stark aggressives Verhalten
    - kann medikamentös behandelt werden
  - Substanzabusus
    - kann langfristig nicht medikamentös behandelt werden
    - hier: Entzugsbehandlung; anschließend langfristig VT



# Therapieansätze - Straftäter

- Psychotherapie: Verhaltenstherapie zentral
  - andere Therapieverfahren nicht zielführend
- Zentral
  - Veränderungsmotivation fördern
  - Reduktion eines risikobehafteten Umfeldes (Jugendgefängnis)
    - Verhinderung von Re-Traumatisierung!
  - insbesondere bei schwerer Störung des Sozialverhaltens
    - sehr intensive, langfristige Therapiemaßnahmen notwendig!!!
    - positive, fördernde und fordernde Zuwendung
  - „schreckliche Lebensgeschichte“: darf auf professioneller Seite nicht zu Mitleid führen
  - Ausbildungsaspekte / Re-integration: wichtiges Therapieziel



# Therapieansätze - Straftäter

---

- Evaluierte Therapieverfahren
- Angst- und depressive Störungen, PTSD
  - kognitive Verhaltenstherapie einzeln / Gruppe
  - in Kombination mit medikamentöser Therapie sehr erfolgreich
- ADHS - medikamentöse Therapie = Basis
  - Gruppentherapie - gegenseitig positive Verstärkung
  - Förderung der Alltagsstruktur und Selbstorganisation
  - Ärger-Kontroll-Strategien
  - Umgang mit Impulsivität
  - Stressmanagement, Soziales-Kompetenz-Training
  - Förderung positiver Interaktionen mit Gleichaltrigen und „Chefs“



# Therapieansätze - Straftäter

- Evaluierte Therapieverfahren
- Borderline-Persönlichkeitsstörung
  - Dialektisch-Behaviorale Therapie; Stabilität des Umfeldes notwendig
- Störungen des Sozialverhaltens
  - intensive Verhaltenstherapie in der Gruppe
  - positive Verstärkung zentral
  - Förderung der affektive Empathie, Soziales Kompetenztraining
  - Ärger-Kontroll-Strategien, Umgang mit Impulsivität
  - Stressmanagement
  - Training positiver Interaktion mit Gleichaltrigen und „Schwächeren“
  - sexuelle Straftäter: Exposition, Umgang mit „Arousal“
  - Stabilität des Umfeldes notwendig



# Therapieansätze - Straftäter

---

- Substanzabusus - schwer zu behandeln
  - körperlicher Entzug
  - Verhinderung des erneuten Substanzgebrauchs
    - Substanzen dürfen nicht leicht erhältlich sein!
    - Achtung: Jugendgefängnis!
  - Umgang mit „Suchtdruck“
    - mit Rückfall muss gerechnet werden
  - Weitere gruppentherapeutische Verfahren ähnlich ADHS / SSV

Freitag,  
01.12..2010



# Therapieansätze - Prävention

---

- Exkurs Prävention: Zentral, insbesondere SSV
- Evaluation
  - Prävention bzw. frühzeitige Therapie in Grundschule hat großen Effekt
  - Elterntraining
  - Elterntraining und intensive Gruppentherapie kombiniert (VIA-Programm, Grasmann & Stadler, 2008)
- Medikamentöse Behandlung rechtzeitig: ADHS, Depressive und Angststörungen
  
- Die jugendlichen Straftäter sind die Eltern von morgen!!!
- Teufelskreise durchbrechen.

Freitag,  
01.12..2010



# Herzlichen Dank

---

- für Ihr Interesse!
  
- <http://www.klinik.uni-frankfurt.de/zpsy/kinderpsychiatrie/>

Freitag,  
01.12..2010

