

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Psychopathologische Auffälligkeiten bei jugendlichen Straftäterinnen und Straftätern  
und ihr Zusammenhang mit Traumatisierungserfahrungen in der Kindheit

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin  
der Universitätsmedizin  
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Vorgelegt von

Anne Jule Wolf  
aus Bad Arolsen

Darmstadt, 2022

Tag der Promotion: 06.12.2022

# Inhaltsverzeichnis

Abbildungen.....	1
Tabellen.....	1
1. Begriffsbestimmungen .....	2
1.1 Psychopathologische Auffälligkeiten .....	2
1.2 Frühe Traumatisierung und Kindesmisshandlung .....	3
1.3 Jugendarrest .....	5
2. Einleitung .....	7
2.1 Prävalenz und Auswirkungen psychopathologischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in der Allgemeinbevölkerung .....	7
2.2 Prävalenz und Auswirkungen früher Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen in der Allgemeinbevölkerung .....	8
2.3 Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei straffälligen Jugendlichen .....	10
2.4 Prävalenz früher Traumatisierungen bei straffälligen Jugendlichen .....	12
2.5 Ziel dieser Dissertation.....	14
3. Material und Methoden .....	16
3.1 Durchführung .....	16
3.2 Stichprobe.....	17
3.3 Standardisierte Instrumente .....	17
3.3.1 Youth Self Report (YSR) (Achenbach and Edelbrock 1987, Döpfner, Melchers et al. 1994).....	17
3.3.2 Childhood Trauma Questionnaire – Short Form (CTQ-SF) (Bernstein, Stein et al. 2003) .....	18
3.3.3 Wender-Reimherr-Selbstbeurteilungsfragebogen der adulten ADHS (WR-SB) (Wender 1998, Retz-Junginger, Giesen et al. 2017).....	18
3.4 Statistische Auswertung.....	19
4. Ergebnisse .....	22
4.1 Psychopathologische Auffälligkeit im YSR und WR-SB.....	22
4.2 Frühe Traumatisierungen im CTQ .....	25

4.3 Zusammenhang zwischen früher Traumatisierung und psychopathologischer Auffälligkeit .....	26
4.3.1 Zusammenhang zwischen Missbrauchserfahrungen und Internalisierung	29
4.3.2 Zusammenhang zwischen Vernachlässigungserfahrungen und Externalisierung .....	31
5. Diskussion.....	33
5.1 Prävalenz psychopathologischer Auffälligkeit in Bezug zur Literatur .....	33
5.2 Prävalenz früher Traumatisierungen in Bezug zur Literatur .....	36
5.3 Zusammenhang zwischen früher Traumatisierung und psychopathologischer Auffälligkeit bei jugendlichen Straftäter*innen .....	39
5.4 Limitationen.....	43
5.5 Ausblick.....	45
6. Zusammenfassung.....	49
Danksagung .....	51
Tabellarischer Lebenslauf.....	52
Literaturverzeichnis .....	53

## Abbildungen

Abbildung 1 Balkendiagramm: Klinisch signifikante Auffälligkeit im YSR .....	24
Abbildung 2 Balkendiagramm: Traumatisierung im CTQ.....	25
Abbildung 3 Streudiagramm: Gesamtsumme im CTQ / Gesamtsumme im YSR .....	27
Abbildung 4 Streudiagramm: Anzahl vorhandener Traumatisierungsformen / Gesamtsumme im YSR .....	27
Abbildung 5 Streudiagramm: Missbrauch / Internalisierende Problematik.....	30
Abbildung 6 Streudiagramm: Vernachlässigung / Externalisierende Problematik ....	32

## Tabellen

Tabelle 1 Durchschnittliche Fragebogen-Scores im Vergleich zwischen männlichen und weiblichen Straftäter*innen .....	23
Tabelle 2 Vergleich der absoluten und relativen Häufigkeiten klinisch signifikanter psychischer Auffälligkeiten bei weiblichen und männlichen Straftäter*innen .....	24
Tabelle 3 Vergleich der absoluten und relativen Häufigkeit der Traumatisierungsformen bei weiblichen und männlichen Straftäter*innen .....	26
Tabelle 4 Regression Anzahl vorhandener Traumatisierungsformen / Gesamtsumme im YSR .....	26
Tabelle 5 Korrelation von Symptomskalen im YSR und Formen von Traumatisierung im CTQ .....	28
Tabelle 6 Korrelation zwischen Problemskalen im YSR und Traumatisierung vom Typ Missbrauch oder Vernachlässigung.....	28
Tabelle 7 Regression Missbrauch / Internalisierende Störung.....	30
Tabelle 8 Regression Missbrauch / Internalisierende Störung bei weiblichen Straftäterinnen .....	30
Tabelle 9 Regression Missbrauchsformen / Internalisierende Störung bei weiblichen Straftäterinnen .....	31
Tabelle 10 Regression Vernachlässigung / Externalisierende Störung .....	31
Tabelle 11 Regression Vernachlässigung / Externalisierende Störung bei männlichen Straftätern .....	32
Tabelle 12 Regression Vernachlässigungsformen / Externalisierende Störung bei männlichen Straftätern .....	32

# 1. Begriffsbestimmungen

## 1.1 Psychopathologische Auffälligkeiten

Mit dem Begriff „Psychische Störungen“ sind Störungen im Erleben, Denken, Fühlen und Handeln von Personen gemeint, die durch einen Leidensdruck beim Betroffenen oder seinem Umfeld gekennzeichnet sind. Typischerweise sind psychische Störungen nur sehr begrenzt willentlich steuerbar, dauern länger an, schränken die sozialen Fähigkeiten ein und beeinträchtigen das Leben teilweise bis zur dauerhaften Behinderung (Kölch, Plener et al. 2020). In der Psychiatrie ist heute die Verwendung des Begriffs Störung anstelle von Erkrankung oder Krankheit üblich, um einerseits Stigmatisierungstendenzen zu vermeiden und andererseits auszudrücken, dass meist Symptomkomplexe gemeint sind, deren Ursachen, Symptommuster und Verlauf häufig nur unzureichend bekannt sind (Caspar, Pjanic et al. 2018). Das biopsychosoziale Modell bietet einen guten Erklärungsrahmen für die meisten psychischen Störungen: Demnach treffen bestimmte biologische oder genetische Prädispositionen auf psychische und soziale Belastungsfaktoren, die das Auftreten einer Störung begünstigen oder auch im Sinne von Resilienz verhindern können (Kölch, Plener et al. 2020).

Die Klassifikation psychischer Störungen erfolgt nach der International Statistical Classification of Diseases der WHO in der derzeit noch gültigen 10. Auflage von 1992 (ICD-10) sowie dem Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association in der 5. Auflage (DSM-5) (Lieb 2019).

Die „Psychopathologie“ beschreibt dabei ein abweichendes Denken, Fühlen und Verhalten von Menschen und umfasst die Bereiche Bewusstsein, Orientierung, Aufmerksamkeit und Gedächtnis, Antrieb, Motorik, Ängste, Zwänge, Stimmung und Affekt, formales und inhaltliches Denken, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen, Suizidalität, Substanzabusus, Schlaf und zirkadiane Rhythmik sowie sexuelle Orientierung (Kölch, Plener et al. 2020). Inzwischen wird von einer kategorialen Einteilung im Sinne einer distinkten Unterscheidung zwischen gesund und krank eher Abstand genommen und eine dimensionale Einteilung bevorzugt, in welcher der Unterschied zwischen gesund und krank als Kontinuum verstanden wird. Die Diagnosestellung einer psychischen Störung erfolgt anhand operationalisierter und kategorisierter Diagnosekriterien, die in den o.g. Klassifikationssystemen (ICD-10 oder DSM-5) zusammengefasst sind (Lieb 2019). Zwischen den Klassifikationssystemen

können allerdings Unterschiede in den diagnostischen Kriterien vorliegen (Kölch, Plener et al. 2020)

Der Begriff „psychopathologische Auffälligkeit“ beschreibt, dass bestimmte Symptome festgestellt werden können oder unter Verwendung standardisierter Messinstrumente wie Fragebögen Abweichungen von beschriebenen Normen auftreten, die einen Hinweis auf eine psychische Störung liefern, jedoch nicht ohne weitere Diagnostik als solche deklariert werden können. Für eine Diagnosestellung ist in der Regel eine differenzielle Erhebung, auch unter Einbeziehung Dritter und ggf. in anderen Untersuchungssituationen, erforderlich (Kölch, Plener et al. 2020). Aus diesem Grund kann es mit den im Kontext dieser Studie verwendeten Methoden und Messinstrumenten weder Ziel noch Anspruch sein, Diagnosen über psychische Störungen zu stellen. Stattdessen sollen psychopathologische Auffälligkeiten erhoben werden, wodurch das psychische Befinden der jugendlichen Straftäter\*innen mit möglichen Abweichungen von der Norm niedrigschwelliger registriert wird.

## 1.2 Frühe Traumatisierung und Kindesmisshandlung

Der Begriff Trauma lässt sich bildhaft als „seelische Verletzung“ beschreiben, zu der es bei einer Überforderung der psychischen Schutzmechanismen durch ein traumatisierendes Erlebnis kommt (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie o. D.). Traumatisierung meint ebendiesen Prozess (Köchl and Völkl-Kernstock 2016). Auch wenn die umgangssprachliche Verwendung des Begriffs „Trauma“ oder die Beschreibung eines Erlebnisses als „traumatisch“ oder einer Person als „traumatisiert“ eine besonders starke Belastung ausdrücken soll, ist die Definition nach den medizinischen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-5 deutlich enger gefasst: Traumatische Ereignisse müssen demnach objektiv „mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß“ (ICD-10) einhergehen oder „den tatsächlichen oder drohenden Tod, tatsächliche oder drohende ernsthafte Körperverletzung oder eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit von einem selbst oder Anderen“ (DSM-5) einschließen, sowie subjektiv „bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen“ (ICD-10) beziehungsweise mit „starker Angst, Hilflosigkeit oder Grauen“ erlebt werden (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie o. D.).

Traumata lassen sich in apersonale, d.h. nicht durch Menschen verursachte Traumata wie Unfälle, Naturkatastrophen etc. und personale, das heißt menschlich verursachte Traumata wie Misshandlungen in der Kindheit, Gewalt, Krieg, Folter etc. einteilen. Eine

weitere Einteilungsmöglichkeit unterscheidet einmalig und überraschend auftretende Traumata (Typ I-Traumata) von anhaltend, wiederholt, chronisch oder kumulativ auftretenden Traumata (Typ II-Traumata) (Köchel and Völkl-Kernstock 2016).

In der vorliegenden Arbeit werden mit dem Childhood Trauma Questionnaire (CTQ, (Bernstein, Stein et al. 2003) hauptsächlich personale Traumata im Sinne von physisch, emotional und sexuell traumatisierenden Erfahrungen in der Kindheit untersucht.

Frühe Traumatisierung in der Kindheit stellt eine nicht zufällige, gewaltsame, psychische und/oder physische Beeinträchtigung oder Vernachlässigung des Kindes durch die Eltern, Erziehungsberechtigten oder andere Erwachsene dar, die das Kind schädigt, verletzt, in seiner Entwicklung beeinträchtigt oder sogar tötet (Köchel and Völkl-Kernstock 2016). Kindesmisshandlung meint also die Gewaltausübung am Kind, wobei die Gewalt physischer, psychischer oder sexueller Art sein kann.

Körperliche Misshandlung, auch physischer Missbrauch, meint die direkte Gewalteinwirkung auf das Kind durch Prügeln, Treten, Schlagen, Verbrennen/Verbrühen oder durch andere physische Schädigungen, egal ob im Affekt aus Überforderung oder als „bewusst geplante Erziehungsmaßnahme“.

Die unzureichende Versorgung oder Fürsorge für die Gesundheit von Kindern, die schwerwiegende Gedeih- und Entwicklungsstörungen bis hin zum psychosozialen Minderwuchs zur Folge haben kann, wird körperliche oder physische Vernachlässigung genannt.

Psychische Gewalt umfasst die Missachtung aller elementaren psychischen Bedürfnisse eines Kindes. Psychischer oder emotionaler Missbrauch beinhaltet alle Handlungen, durch die Kinder und Jugendliche Ablehnung, Demütigung oder das Gefühl von Wertlosigkeit erfahren bzw. durch die sie bedroht und geängstigt werden, wie z.B. quälen, isolieren, terrorisieren, verspotten, beleidigen oder drohen.

Emotionale Vernachlässigung meint die inadäquate oder fehlende emotionale Fürsorge und Zuwendung, also das Ablehnen und Unterlassen von Handlungen (Deprivation), die dem Kind Geborgenheit, Liebe, Unterstützung, Bestätigung, Respekt, Interesse und andere für seine Entwicklung notwendige Erfahrungen ermöglichen.

Sexuelle Misshandlung bzw. sexueller Missbrauch beschreibt die Einbeziehung minderjähriger Kinder oder Jugendlicher in sexuelle Aktivitäten, denen sie nicht verantwortlich zustimmen können, da sie die Tragweite nicht voll erkennen können. Sexuelle Traumatisierung kann Handlungen mit oder ohne Körperkontakt wie z.B. das



Vorzeigen oder Herstellen pornographischen Materials umfassen (Köchli and Völkl-Kernstock 2016).

Die Traumatisierung durch personale Gewalt ist eine häufige Form der Traumatisierung und tritt in vielen Fällen wiederholt oder chronisch im Sinne eines Typ II-Traumas auf. Ob ein Ereignis traumatisierend ist oder nicht, hängt auch von der Persönlichkeitsstruktur des Kindes, der speziellen traumatischen Situation, der posttraumatischen Konstellation sowie protektiven Faktoren und der Art der Hilfestellung ab und kann damit nur individuell beantwortet werden (Köchli and Völkl-Kernstock 2016).

Im Bürgerlichen Gesetzbuch ist ein für alle Kinder geltendes Recht auf eine Erziehung frei von Gewalt jeglicher Art verankert: „Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig“ (§1631 BGB).

### 1.3 Jugendarrest

Im Jugendgerichtsgesetz (JGG), das in Deutschland auf alle strafmündigen Jugendlichen von 14 bis 18 Jahren und ggf. Heranwachsende von 18 bis 21 Jahren anwendbar ist, findet sich unter dem Abschnitt Zuchtmittel unter §16 der Jugendarrest. Ein\*e Richter\*in kann eine Straftat mit einem Zuchtmittel ahnden, „wenn Jugendstrafe nicht geboten ist, dem Jugendlichen aber eindringlich zum Bewusstsein gebracht werden muss, dass er für das von ihm begangene Unrecht einzustehen hat“ (JGG, 3. Abschnitt, §13). Durch den Vollzug des Jugendarrests sollen bei den Jugendlichen erzieherische Ziele erreicht werden, woraus eine pädagogische Ausgestaltung des Jugendarrests erfolgt. Außerdem soll der Jugendarrest aufzeigen, was der Entzug von Freiheit bedeutet, wodurch die jugendlichen Täter\*innen von weiteren Gesetzesbrüchen abgehalten werden sollen (Guleritsch o. D.). Der Jugendarrest kann als Freizeitarrest, Kurzarrest oder Dauerarrest verhängt werden (JGG, 3. Abschnitt, §16). Der Freizeitarrest wird auf die wöchentliche Freizeit der Jugendlichen (Freitagabend bis Sonntagabend) verhängt und auf ein bis zwei Freizeiten beschränkt. Der Kurzarrest wird anstelle des Freizeitarrests als zusammenhängender Vollzug (zwei Tage Kurzarrest entsprechen einem Freizeitarrest, maximal vier Tage) verhängt, wenn dies aus Gründen der Erziehung zweckmäßig scheint und Arbeit oder Ausbildung der Jugendlichen dadurch nicht beeinträchtigt werden. Der Dauerarrest beträgt als schärfstes Zuchtmittel mindestens eine und höchstens vier Wochen (Guleritsch o. D.).

Da der Jugendarrest in die Grundrechte der Jugendlichen eingreift, steht er unter dem Vorbehalt des Gesetzes. Die Gesetzgebungskompetenz liegt in Deutschland seit dem 01.09.2006 bei den Ländern, demnach hat das Land Rheinland-Pfalz ein eigenes Landesjugendarrestvollzugsgesetz (LJAVollzG) geschaffen, das seit dem 01.01.2016 in Kraft ist. Entsprechend den Vorgaben des Jugendgerichtsgesetzes ist Ziel des Vollzugs, den Arrestierten das von ihnen begangene Unrecht, dessen Folgen und ihre Verantwortung hierfür bewusst zu machen und einen Beitrag zu leisten, die Arrestierten zu einem eigenverantwortlichen Leben ohne weitere Straftaten zu befähigen (Guleritsch o. D.).

## 2. Einleitung

### 2.1 Prävalenz und Auswirkungen psychopathologischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in der Allgemeinbevölkerung

Psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter gehen mit einem hohen subjektiven Leidensdruck, sozialen Schwierigkeiten und einer deutlichen familiären Belastung einher. Darüber hinaus wirken sie sich negativ auf Stimmung, Verhalten und Konzentration aus (Hölling, Schlack et al. 2014), beeinträchtigen die Schulleistungen (Gräf, Hoffmann et al. 2019) und damit die Bildungsmöglichkeiten eines Kindes.

Nicht nur bei Jugendlichen haben psychische Störungen in den Medien und im Bewusstsein der Menschen in den letzten Jahren zunehmend an Präsenz gewonnen. In einer Metaanalyse unter Einbezug von 29 Studien, die zwischen 1952 und 2003 durchgeführt wurden, ermittelten Barkmann et al. (2004) für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland eine mittlere Prävalenz von 17,2%. Entgegen dem allgemeinen Eindruck einer Zunahme psychischer Erkrankungen zeigte diese Prävalenz sich über die Jahrzehnte relativ konstant (Barkmann and Schulte-Markwort 2004).

Auch neuere, großangelegte Studien kommen mit einer Prävalenz von etwa 17% zu dem Ergebnis, dass jedes fünfte bis sechste Kind in Deutschland Hinweise auf psychische Auffälligkeiten zeigt (Klasen, Meyrose et al. 2017, Klipker, Baumgarten et al. 2018). Obwohl im Hinblick auf die Lebenszeitprävalenz für psychische Störungen die Hälfte schon vor dem 15. Lebensjahr auftritt und psychische Störungen auch im Jugendalter kein passageres Problem darstellen, sondern häufig über Jahre persistent sind, ist nur etwa jedes fünfte Kind mit Hinweisen auf psychische Auffälligkeiten in der psychologischen bzw. psychotherapeutischen Fachversorgung angebunden (Klasen, Meyrose et al. 2017).

Besonders stark betroffen sind Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status, gemessen am höchsten Bildungsabschluss der Eltern und Nettoeinkommen der Familie: Sie weisen mehr als doppelt so häufig psychopathologische Auffälligkeiten auf wie Gleichaltrige aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status (Klipker, Baumgarten et al. 2018). In Anbetracht der negativen Auswirkungen, die psychische Auffälligkeiten im Kindesalter auf die Schulleistung, die Bildung und damit den eigenen sozioökonomischen Status im Erwachsenenalter haben können, scheint das Wiederholungsrisiko über mehrere Generationen immens.

Verschiedene Studien kommen unter Verwendung unterschiedlicher Untersuchungsinstrumente zu dem Ergebnis, dass Unterschiede zwischen den Geschlechtern und zwischen verschiedenen Altersklassen bestehen. Demnach zeigen Jungen insgesamt signifikant häufiger psychopathologische Auffälligkeiten als Mädchen (Ziegert, Neuss et al. 2002, Klipker, Baumgarten et al. 2018). Neben höheren Gesamtscores weisen Jungen häufiger Substanzmissbrauch, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und Verhaltensstörungen insbesondere im Bereich „aggressiven Verhaltens“ und „dissozialen Verhaltens“ auf. Mädchen sind hingegen häufiger von depressiven und ängstlichen Störungen sowie von emotionalen Problemen und sozialem Rückzug betroffen (Hölling, Schlack et al. 2014, Klasen, Meyrose et al. 2017, Steinhausen and Jakobsen 2019).

In mehreren Studien fällt ab dem 13. Lebensjahr bzw. in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen eine Umkehr auf, wonach Mädchen ab dem Eintritt ins Teenageralter häufiger psychische Auffälligkeiten zeigen als Jungen (Ziegert, Neuss et al. 2002, Klipker, Baumgarten et al. 2018).

## 2.2 Prävalenz und Auswirkungen früher Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen in der Allgemeinbevölkerung

Die Ursachen für das Auftreten psychopathologischer Auffälligkeiten oder psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter sind vielfältig. Neben genetischen Faktoren, niedrigem sozioökonomischem Status der Familie und psychischen oder physischen Erkrankungen der Eltern (Klasen, Meyrose et al. 2017) zählen besonders Kindheitstraumata zu den bedeutendsten Risikofaktoren für die Entwicklung einer psychischen Störung im späteren Leben (Brückl and Binder 2017). Bis zu 30% aller psychischen Störungen sind Studien zufolge auf Kindheitstraumata und widrige Kindheitsumstände zurückzuführen (Kessler, McLaughlin et al. 2010). Im Rahmen neurobiologischer Forschung werden Kindheitstraumata als eine Form von Umweltstress verstanden, der eine biologische Stressantwort auslöst. Die Auswirkungen werden auf verschiedenen Ebenen von der Genetik bis hin zu Einschränkungen in bestimmten Funktionsbereichen im Erwachsenenalter untersucht: Die Genetik eines Menschen bzw. seine DNA-Varianten werden als Moderator verstanden. Die Entwicklung einer psychischen Störung ist nach dem Erleben eines Kindheitstraumas nicht zwangsläufig, sondern neben anderen Faktoren von der genetischen Prädisposition abhängig. Die Epigenetik beschreibt den direkten Einfluss, den Kindheitstraumata auf die Methylierung und damit die Exprimierung bestimmter

DNA-Abschnitte haben. Auf diese Weise können traumatisch bedingte genetische Veränderungen über Generationen weitergegeben werden (Brückl and Binder 2017). Kindheitstraumata rufen Störungen im endokrinen System, im Immunsystem und im zentralen Nervensystem hervor (Brückl and Binder 2017). Bei Opfern früher Traumatisierung konnten je nach Begleitumständen wie z.B. familiärer Bindung sowohl Hyper- als auch Hypoaktivitäten der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse nachgewiesen werden, die als „Stressachse“ die individuelle Stressantwort maßgeblich bestimmt (Strüber, Strüber et al. 2014).

Die traumatisch bedingte Stressantwort führt über viele Zwischenschritte wie erhöhte Kortisolspiegel und daraus resultierende neurobiologische und hirnstrukturelle Entwicklungsstörungen mit der Entstehung von „Stressnarben“ zu Einschränkungen psychischer Funktionsbereiche wie Verhalten, Persönlichkeit, Emotionen und Kognitionen (Wettig 2009). In letzter Konsequenz ist das Vorkommen psychischer und physischer Störungen also durch Traumatisierungen in der Kindheit begünstigt (Kessler, McLaughlin et al. 2010, Hughes, Bellis et al. 2017, Guha, Luebbers et al. 2019, Witt, Sachser et al. 2019).

Auf allen in der Traumaforschung berücksichtigten Ebenen können die durch Traumatisierung eingetretenen neurobiologischen Veränderungen als erfahrungsabhängige Adaptationsvorgänge auf die jeweilige soziale Umwelt interpretiert werden, die sich kurzfristig als sinnvolle Reaktion zur Bewältigung der Lebensumstände erweisen, sich jedoch im Verlauf des Lebens dysfunktional und beeinträchtigend auf die Betroffenen auswirken können (Brückl and Binder 2017).

Bei einer retrospektiven Befragung von über 2500 Personen in Deutschland mittels des Patient-Health-Questionnaire-4 berichteten 43,7% der Befragten über mindestens ein belastendes Kindheitserlebnis (Adverse Childhood Experience, im Folgenden ACE), 8,9% berichteten über vier oder mehr belastende Kindheitserlebnisse. Mit knapp 20% wurde am häufigsten die elterliche Scheidung oder Trennung als belastendes Erlebnis genannt, gefolgt von Drogen- oder Alkoholkonsum in der Familie mit knapp 17%. Über emotionale Vernachlässigung berichteten 13,4%, über emotionalen Missbrauch 12,5% der Befragten. Körperliche Misshandlung wurde laut Selbstauskunft von 9,1% und sexueller Missbrauch von 4,3% der Teilnehmer\*innen erlebt. Jede\*r zehnte Befragte hatte als Kind mit psychischen Erkrankungen im Haushalt zu tun. Die ermittelte Hochrisikogruppe mit vier oder mehr ACE wies ein signifikant höheres Risiko für Depressivität, Ängstlichkeit, aggressives Verhalten und eingeschränkte Lebenszufriedenheit auf (Witt, Sachser et al. 2019). Eine Metaanalyse

mit mehr als 250 000 Teilnehmer\*innen aus 37 Studien zeigte, dass Personen mit mindestens vier ACE einem höheren Risiko in Bezug auf sämtliche erhobene gesundheitliche Outcomes ausgesetzt waren als Personen ohne ACE. Stärkste Zusammenhänge zeigten sich zwischen multiplen ACE und problematischem Drogengebrauch sowie interpersoneller und selbstverletzender Gewalt. Starke Zusammenhänge bestanden außerdem mit psychischen Erkrankungen, sexuellem Risikoverhalten und problematischem Alkoholkonsum (Hughes, Bellis et al. 2017). Erwachsene, die in ihrer Kindheit sexuell missbraucht wurden, haben mehr ärztliche oder therapeutische Kontakte und nehmen häufiger Psychopharmaka ein als Erwachsene, die in der Kindheit nicht missbraucht wurden. Der Unterschied zur Allgemeinbevölkerung zeigt sich besonders deutlich bei Frauen und bei Personen, die nach dem 12. Lebensjahr sexuell missbraucht wurden (Guha, Luebbers et al. 2019). Die Ergebnisse aus diesen Studien zeigen eindrücklich, dass sich verschiedene Formen von belastenden Kindheitserfahrungen lebenslang negativ auf die psychische und physische Gesundheit der Betroffenen auswirken können.

### 2.3 Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei straffälligen Jugendlichen

Einen verallgemeinernden Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und Straffälligkeit herzustellen, wäre unangemessen und stigmatisierend. Zumindest für den Erwachsenenbereich ist jedoch weitgehend belegt, dass zwischen beidem eine signifikante Beziehung besteht. Diese Beziehung stellt jedoch ein komplexes Wechselspiel unter Einfluss vieler moderierender Variablen dar (Köhler 2010). Das Verständnis psychischer Störungen bei jugendlichen Straftäter\*innen sowie die Kenntnis über das erhöhte Risiko dieser vulnerablen Gruppe ist daher besonders wichtig, um betroffenen Jugendlichen durch bedarfsgerechte Angebote und professionelle Unterstützung helfen zu können und damit wirksame Prävention krimineller Rückfälligkeit zu leisten. Bei jugendlichen Straftäter\*innen im Arrest oder in Haft bietet sich in der Regel ein leichter Zugang für die Erhebung und Untersuchung psychischer Auffälligkeiten.

Aebi et al. (2015) stellten in einer Population männlicher Gefängnisinsassen in Österreich zwischen 14 und 20 Jahren eine Prävalenz psychischer Störungen von 70 bis 90% fest, was mehr als drei Mal häufiger als in der Allgemeinbevölkerung ist. Mit 72,3% zeigten sich am häufigsten Verhaltensstörungen, gefolgt von Substanzmissbrauchsstörungen bei mehr als der Hälfte der Befragten sowie Angststörungen und ADHS bei knapp 40% der Befragten (Aebi, Linhart et al. 2015).

Eine vielfach höhere Prävalenz psychischer Erkrankungen bei jugendlichen Straftäter\*innen als bei Jugendlichen in der Allgemeinbevölkerung zeigte sich auch in einer großen Metaanalyse mit über 32 000 Teilnehmer\*innen aus 47 Studien (Beaudry, Yu et al. 2020). Am häufigsten zeigten sich auch hier Verhaltensstörungen mit circa 60% bei Jungen und Mädchen. Knapp jede\*r fünfte Befragte hatte ADHS. Unter Depressionen litt jedes vierte Mädchen (25,8%) und jeder zehnte Junge (10,1%). 18,2% der Mädchen und 8,6% der Jungen zeigten eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).

In einer weiteren Metaanalyse wiesen straffällig gewordene Mädchen im Schnitt 3,0 psychische Störungen auf. Im Gegensatz dazu hatten die Jungen im Schnitt 2,1 psychische Störungen, wobei die Prävalenz psychischer Störungen insgesamt bei Jungen in dieser Studie etwas höher war. Auch diese Studie fand Depressionen und PTBS häufiger bei Mädchen als bei Jungen. Die Prävalenz psychotischer Störungen bei inhaftierten Jugendlichen war sogar 30 Mal höher als in der Normalbevölkerung (Na and Cho 2019).

In der Studie von Plattner et al. (2011) zeigten wiederum junge weibliche Gefängnisinsassinnen etwa gleich häufig psychische Störungen wie die männlichen Insassen, dabei seltener ADHS und häufiger Substanzmissbrauch. Das Risiko für eine PTBS war bei Mädchen dreifach, für Angsterkrankungen zweifach und für affektive Störungen 1,5-fach erhöht im Vergleich zu den Jungen. 90% der Befragten litten unter mindestens einer psychischen Störung, über 60% zeigten zwei oder mehr Störungen (Plattner, Aebi et al. 2011).

In einer Studie, in der 149 neu im Jugendgefängnis Neumünster inhaftierte männliche Jugendliche untersucht wurden, hatten sogar über 80% eine Verhaltensstörung und 60% eine Substanzmissbrauchsstörung, gut jeder fünfte Befragte wies zudem psychopathische Eigenschaften auf (Köhler, Heinzen et al. 2009). Zusammenfassend liegen bei jugendlichen Straftäter\*innen also deutlich höhere Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten vor im Vergleich zu nicht straffällig gewordenen Jugendlichen aus der Allgemeinbevölkerung. Insbesondere fanden sich Verhaltensstörungen, Substanzmissbrauchsstörungen, affektive Störungen, ADHS, Depression, Angststörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen.

Da in früherer Forschung zu psychopathologischen Auffälligkeiten bei jugendlichen Straftäter\*innen ADHS mit hohen Prävalenzen auftrat (Plattner, Aebi et al. 2011, Aebi, Linhart et al. 2015, Beaudry, Yu et al. 2020) und zudem als Risikofaktor für Rückfälligkeit ermittelt werden konnte (Philipp-Wiegmann, Rösler et al. 2017), wird

diesen Erkenntnissen durch die gezielte Erhebung von ADHS-Symptomatik mit der Verwendung des Wender-Reimherr-Selbstbeurteilungsfragebogens (WR-SB) in der vorliegenden Studie Rechnung getragen.

#### 2.4 Prävalenz früher Traumatisierungen bei straffälligen Jugendlichen

Psychiatrische Störungen treten sowohl bei delinquenten Jugendlichen als auch bei Jugendlichen in der Allgemeinbevölkerung häufiger nach Traumatisierungserfahrungen in der Kindheit auf (Aebi, Linhart et al. 2015). Studien haben gezeigt, dass Psychopathie bei jugendlichen Straftäter\*innen signifikant mit Traumatisierung korreliert (Farina, Holzer et al. 2018) und dass die Gesamtsumme an belastenden Kindheitserlebnissen depressive Störungen, Angststörungen, Suizidalität und PTBS bei jugendlichen Straftäter\*innen vorhersagt (Bielas, Barra et al. 2016). In einer Untersuchung von 1735 jugendlichen Häftlingen zeigte sich, dass Mädchen 2,6 bis 10,7 Mal häufiger psychische Auffälligkeiten entwickelten, wenn sie verschiedene Formen von Misshandlung erfahren hatten. Sexueller Missbrauch war bei Mädchen mit jeder Art von psychischer Auffälligkeit assoziiert. Bei Jungen fanden sich Zusammenhänge zwischen physischer oder sexueller Misshandlung und jeder Art von psychischer Auffälligkeit mit Ausnahme von Ängstlichkeit (King, Abram et al. 2011). Kenntnisse über die Prävalenz und Formen der Traumatisierungserfahrungen bei jugendlichen Straftäter\*innen müssen also gewonnen werden, um die multifaktorielle Genese von Delinquenz und psychischer Auffälligkeit besser zu verstehen.

Mehrere Studien fanden bei jugendlichen Häftlingen eine Prävalenz von über 90% für mindestens ein traumatisierendes Kindheitserlebnis (Aebi, Linhart et al. 2015, Bielas, Barra et al. 2016, Vitopoulos, Peterson-Badali et al. 2018). Drei von vier Straftäter\*innen haben sogar mehr als ein traumatisierendes Ereignis erlebt (Bielas, Barra et al. 2016). Etwa 40% gaben physischen Missbrauch an (Brosky and Lally 2004, Dierkhising, Ko et al. 2013, Bielas, Barra et al. 2016) und jede\*r zweite bis dritte Befragte berichtete über emotionalen Missbrauch (Dierkhising, Ko et al. 2013, Bielas, Barra et al. 2016). Sexuellen Missbrauch hatten insgesamt etwa zwei bis 14% Prozent der Befragten erfahren (Aebi, Linhart et al. 2015, Bielas, Barra et al. 2016) mit dem größten Unterschied zwischen den Geschlechtern in dieser Kategorie: Mädchen hatten in manchen Studien eine Prävalenz von etwa 30 bis 40%, Jungen von etwa ein bis 10% für sexuellen Missbrauch (Brosky and Lally 2004, King, Abram et al. 2011). Viele Studien fanden auch insgesamt häufiger Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen bei Mädchen als bei Jungen vor (Brosky and Lally 2004,



King, Abram et al. 2011, Asscher, van der Put et al. 2015, Vitopoulos, Peterson-Badali et al. 2018).

Neben Missbrauch und Vernachlässigung berichteten die straffälligen Jugendlichen häufig über weitere belastende Kindheitserlebnisse: Jede\*r zweite Befragte hatte die Trennung der Eltern, psychische Erkrankungen im Haushalt, die Inhaftierung eines Haushaltsmitglied (Bielas, Barra et al. 2016) oder häusliche Gewalt erlebt (Dierkhising, Ko et al. 2013). Über 60% berichteten über den Verlust oder die Trennung von einem Elternteil (Dierkhising, Ko et al. 2013) und jede\*r Vierte hatte Substanzmissbrauch im Haushalt erlebt (Bielas, Barra et al. 2016).

Um eine adäquate Betreuung und Unterstützung der Arrestierten in den Justizvollzugsanstalten und im Jugendarrest besonders auch in Hinblick auf die Prävention krimineller Rückfälligkeit zu gewährleisten, ist die Untersuchung der Frage, warum Jugendliche erstmalig oder wiederholt straffällig werden, essenziell.

Das erhöhte Risiko für Opfer von Gewalt, selbst Täter zu werden, wird auch als Überlappung von Täterschaft und Opferschaft bezeichnet. Asscher (2015) fanden in einer Studie, dass sexueller Missbrauch in der Anamnese mit Sexualstraftaten und physischer Missbrauch in der Anamnese mit Gewaltstraftaten in Verbindung stehen. Die Beziehung zwischen Viktimisierung und dem Begehen von Straftaten war bei Jungen stärker ausgeprägt als bei Mädchen (Asscher, van der Put et al. 2015).

Sowohl psychische Störungen (Aebi, Linhart et al. 2015) als auch Kindheitstraumatisierungen (Wolff, Baglivio et al. 2017) wurden als Risikofaktoren für kriminelle Rückfälligkeit und Re-Arrestierung beschrieben. Welche Faktoren in welchem Maß Einfluss nehmen, ist Gegenstand der Forschung: Bessler (2019) stellte fest, dass Jugendliche mit Verhaltensstörungen und Abhängigkeitserkrankungen häufiger mit einer Gewaltstraftat rückfällig wurden. Aebi (2015) ermittelte psychische Störungen als einzigen signifikanten Prädiktor einer späteren Re-Inhaftierung (Aebi, Linhart et al. 2015) mit größerem Einfluss als Misshandlung in der Kindheit. Vitopoulos (2018) hingegen fand in Kindesmisshandlung sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen einen starken Prädiktor für kriminelle Rückfälligkeit (Vitopoulos, Peterson-Badali et al. 2018), während van der Put (2016) vor allem bei männlichen Straftätern in Vernachlässigung und physischem Missbrauch einen Risikofaktor für ein kriminelles Rezidiv ermittelte und keinen Einfluss von sexuellem Missbrauch auf die Rückfälligkeit feststellen konnte (van der Put and de Ruiter 2016).

## 2.5 Ziel dieser Dissertation

Um effektive Maßnahmen und bedarfsgerechte Angebote zur Unterstützung jugendlicher Straftäter\*innen entwickeln zu können, ist es notwendig, die Schwierigkeiten dieser Jugendlichen sowie Gründe oder Ursachen für das delinquente Verhalten besser zu verstehen. Straftäter\*innen auf psychopathologische Auffälligkeiten und Traumatisierungsfolgen zu untersuchen, ist keineswegs ein Novum. Studien zu psychopathologischen Auffälligkeiten bei erwachsenen Straftäter\*innen liegen bereits in großem Umfang vor (Fazel and Danesh 2002) und auch bei jugendlichen Straftäter\*innen sind sowohl psychopathologische Auffälligkeiten (Plattner, Aebi et al. 2011, Na and Cho 2019, Beaudry, Yu et al. 2020) als auch frühe Traumatisierungserfahrungen (Brosky and Lally 2004, King, Abram et al. 2011, Dierkhising, Ko et al. 2013) seit längerem Gegenstand der Forschung. Jedoch werden weit häufiger Gefängnisinsass\*innen untersucht als jugendliche Straftäter\*innen mit niedrigem kriminellen Rückfallrisiko wie z.B. Ersttäter\*innen (Kang, Wood et al. 2017), die sich nicht nur in der Schwere der Straftat, sondern vermutlich auch durch ihr psychopathologisches Risikoprofil unterscheiden. In Deutschland hat man sich mit psychopathologischen Auffälligkeiten bei jugendlichen Straftäter\*innen bisher nur unzureichend beschäftigt (Köhler 2010), wodurch Jugendliche, die ein für Deutschland spezifisches bzw. sogar länderspezifisch ausgelegtes Strafmaß wie den Jugendarrest auferlegt bekommen haben, in bisherigen Studien nicht ausreichend repräsentiert sind. Dabei stehen insbesondere diese jugendlichen Straftäter\*innen, die aufgrund erstmaliger und/oder minderschwerer Vergehen arrestiert wurden, ganz am Anfang einer möglichen kriminellen Karriere, von der es sie abzubringen gilt.

Zudem ist festzustellen, dass die meisten Studien sich nur auf männliche Straftäter fokussieren (Köhler, Heinzen et al. 2009, Aebi, Linhart et al. 2015, Bielas, Barra et al. 2016), sodass Straftäterinnen eine vernachlässigte Population in der Forschung und in der Konsequenz auch in den Unterstützungsangeboten der Justizvollzugsanstalten darstellen (Lambie and Randell 2013).

Ziel dieser Studie ist es, die Prävalenz psychopathologischer Auffälligkeiten und früher Traumatisierungserfahrungen sowie deren Zusammenhang bei jugendlichen Straftäter\*innen in der Jugendarrestanstalt Worms zu ermitteln. Der bisher unzureichende Kenntnisstand zu jugendlichen Straftäter\*innen in Deutschland mit niedrigem kriminellen Risiko und insbesondere zu weiblichen Straftäterinnen soll durch diese Studie erweitert werden. Diese Grundlage ist erforderlich, um

bedarfsgerechte Angebote und effektive Maßnahmen entwickeln zu können, die nicht nur den Leidensdruck der Jugendlichen mindern und das kriminelle Rückfallrisiko senken, sondern dadurch auch dem Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung entsprechen.

### **3. Material und Methoden**

#### 3.1 Durchführung

Die Durchführung der Studie wurde von der Ethikkommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz genehmigt.

Alle Teilnehmer\*innen wurden in der Jugendarrestanstalt in Worms in Deutschland rekrutiert. Nach deutschem Recht muss Jugendarrest von Jugendhaft unterschieden werden: Während die Jugendhaft eine Form der Strafe darstellt, ist Jugendarrest als erzieherische Maßnahme für Jugendliche und junge Erwachsene definiert, die in Konflikt mit dem Gesetz geraten sind und eher leichtere Straftaten begangen haben. Der Jugendarrest soll den Heranwachsenden mit Angeboten wie z.B. Training sozialer Fähigkeiten, Berufs- und Schuldenberatung helfen, persönliche und soziale Schwierigkeiten zu bewältigen. Die Unterbringung im Jugendarrest ist auf maximal 30 Tage begrenzt, wobei die meisten jungen Straftäterinnen und Straftäter sich nur am Wochenende in der Jugendarrestanstalt aufhalten müssen, um nicht in der Schule oder am Arbeitsplatz fehlen zu müssen. Die einzige Jugendarrestanstalt in Rheinland-Pfalz befindet sich in Worms und bietet Platz für maximal 35 Jugendliche und junge Erwachsene (Guleritsch o. D.).

Die Jugendlichen werden üblicherweise postalisch über das Datum informiert, an dem ihr Arrest beginnt. Ab Mai 2018 erhielten alle Jugendlichen etwa zwei bis drei Wochen vor dem Beginn ihres Arrests zusätzlich eine detaillierte Information über die vorliegende Studie sowie eine Einverständniserklärung per Post. Die Studieninformation informierte die Teilnehmer\*innen darüber, dass die Studie im Ausfüllen verschiedener Fragebögen bestehe. Außerdem wurde darüber aufgeklärt, dass die Teilnahme komplett freiwillig ist, jederzeit widerrufen oder abgebrochen werden kann, dass die Daten ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken gesammelt sowie zunächst pseudonymisiert, später nach vollständiger Datenerhebung anonymisiert gespeichert werden. Weiterhin wurden die Teilnehmer\*innen informiert, dass die Einwilligung oder Ablehnung der Teilnahme an dieser Studie keinen Einfluss auf ihren Aufenthalt in der Jugendarrestanstalt hat. Die Jugendlichen wurden aufgefordert, im Fall des Teilnahmewunsches die Einverständniserklärung sowie bei Minderjährigen zusätzlich die Einverständniserklärung einer erziehungsberechtigten Person zum Antritt des Jugendarrests mitzubringen. Den Jugendlichen mit unterschriebener Einverständniserklärung wurden dann am ersten Tag des Arrests die Fragebögen zum

selbstständigen Ausfüllen auf ihren Zimmern ausgehändigt. Für ausgefüllte Fragebögen wurde eine geschlossene Box zum Sammeln bereitgestellt. Die einzigen Einschlusskriterien für die Studie waren ein Mindestaufenthalt von sieben Tagen in der Jugendarrestanstalt und fließende Deutschkenntnisse.

### 3.2 Stichprobe

Insgesamt wurden 161 Jugendliche zwischen 14 und 25 Jahren in die Studie eingeschlossen, davon 134 Jungen (83,2%) und 27 Mädchen (16,8%). Das mittlere Alter betrug 18,48 Jahre. Im Schnitt hatten die jugendlichen Straftäter\*innen 9,29 Jahre Schulbildung. 31,1% gaben an, gegenwärtig noch eine Schule zu besuchen, wobei 3,1% der Jugendlichen diese Frage unbeantwortet ließen. Weder in Hinblick auf das Alter noch auf die Jahre an Schulbildung zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen Mädchen und Jungen. Im Schnitt verbrachten die Jugendlichen 2,1 Wochen in der Jugendarrestanstalt. Straftaten, aufgrund derer die Jugendlichen den Arrest auferlegt bekamen, waren Diebstahl (28,0%), Körperverletzung (21,1%), Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz (18,0%), Verstoß gegen das Schulgesetz (13,7%), Erschleichen von Leistungen (9,9%), Fahren ohne Fahrerlaubnis (5,6%), Sachbeschädigung (2,5%), Beleidigung (1,9%), Betrug (2,5%), Falsche Verdächtigung (1,2%), Unterschlagung (1,2%), Widerstand gegen Straf- oder Vollzugsbeamte (1,2%), Hausfriedensbruch (0,6%), Raub (0,6%) und Verstoß gegen das Waffengesetz (0,6%). Da manche Jugendliche (8,7%) wegen mehrerer Straftaten arrestiert waren, übersteigt der kumulative Prozentsatz 100%.

### 3.3 Standardisierte Instrumente

#### 3.3.1 Youth Self Report (YSR) (Achenbach and Edelbrock 1987, Döpfner, Melchers et al. 1994)

Der YSR ist einer der meistgenutzten Selbstbeurteilungsfragebögen in Bezug auf die Erfassung psychopathologischer Auffälligkeiten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Eine Diagnosestellung anhand des YSR ist nicht möglich, jedoch die Erhebung verhaltensbezogener, emotionaler und physischer Beschwerden über die letzten sechs Monate anhand von 112 Items. Die Antwortmöglichkeiten für alle Items sind 0 = „nie“, 1 = „manchmal“ und 2 = „immer“, die Bearbeitungsdauer beträgt circa 15 bis 20 Minuten. Die Items führen zu acht verschiedenen Symptomskalen, die zu drei höhergeordneten Problemskalen zusammengefasst werden: 1) Internalisierende Störungen: Sozialer Rückzug, Körperliche Beschwerden, Ängstlich/Depressiv; 2)

Externalisierende Störungen: Dissoziales/Regelverletzendes Verhalten, Aggressives Verhalten; 3) Gemischte Störungen: Schizoid/Zwanghaft, Aufmerksamkeitsprobleme, Soziale Probleme.

Alle Werte der Symptomskala können zu standardisierten T-Werten transformiert werden. Die Autoren des Fragebogens haben zur Bestimmung der klinischen Signifikanz bestimmter Symptome T-Wert-cut-offs bestimmt. Die psychometrischen Eigenschaften der englischen Version können als befriedigend angesehen werden mit Cronbachs  $\alpha = .70$  bis  $.86$  für alle Subskalen (Achenbach and Edelbrock 1987). Vergleichbare psychometrische Eigenschaften wurden für die deutsche Fragebogenversion festgestellt mit Cronbachs  $\alpha = .57$  bis  $.86$  für die Subskalen (Döpfner, Melchers et al. 1994). In der vorliegenden Studie war Cronbachs  $\alpha = .77$  bis  $.94$  für die Subskalen.

### 3.3.2 Childhood Trauma Questionnaire – Short Form (CTQ-SF) (Bernstein, Stein et al. 2003)

Der CTQ-SF erfasst als 25 Items beinhaltende Version des originalen CTQ mit 70 Items (Bernstein et al., 1994) Missbrauch und Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter von null bis 18 Jahren in fünf Domänen: emotionaler Missbrauch, emotionale Vernachlässigung, physischer Missbrauch, physische Vernachlässigung, sexueller Missbrauch. Alle Items werden auf einer Likert-Skala von 0 = „niemals“ zutreffend bis 5 = „sehr oft“ zutreffend beantwortet. Sowohl die englische als auch die deutsche Version des originalen CTQ sowie des CTQ-SF weisen gute psychometrische Eigenschaften auf mit Cronbachs  $\alpha \geq .82$  für alle Subskalen der deutschen Version des CTQ-SF mit Ausnahme der physischen Vernachlässigung mit Cronbachs  $\alpha = .53$  (Bernstein, Stein et al. 2003, Wingenfeld, Spitzer et al. 2010, Karos, Niederstrasser et al. 2014). In der vorliegenden Studie war Cronbachs  $\alpha$  für alle Subskalen zwischen zwischen  $.83$  und  $.91$  bis auf physische Vernachlässigung mit Cronbachs  $\alpha = .64$ .

### 3.3.3 Wender-Reimherr-Selbstbeurteilungsfragebogen der adulten ADHS (WR-SB) (Wender 1998, Retz-Junginger, Giesen et al. 2017)

Der WR-SB ist eine Skala mit 59 Items zur Selbstauskunft, der Symptome der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung nach den Utah-Kriterien evaluiert. Die Utah-Kriterien wurden speziell für die ADHS-Diagnostik im Erwachsenenalter entwickelt bzw. modifiziert (Wender 1998, Ebert, Krause et al. 2003). ADHS-

Symptome werden über zehn Domänen erfasst: Aufmerksamkeitsstörungen, Überaktivität, Temperament, affektive Labilität, emotionale Überreagibilität, Desorganisation, Impulsivität, oppositionelle Symptome, akademische Probleme und soziale Einstellungen. Alle Items werden auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 1 = „überhaupt nicht“ bis 5 = „sehr viel“ beantwortet. Die Skala zeigte befriedigende psychometrische Eigenschaften mit Cronbachs  $\alpha \geq .83$  für alle Subskalen und Cronbachs  $\alpha = .98$  für den Gesamtwert (Wender 1998, Marchant, Reimherr et al. 2015, Retz-Junginger, Giesen et al. 2017). In der vorliegenden Studie war Cronbachs  $\alpha$  für alle Subskalen zwischen .77 und .90, für den Gesamtwert war Cronbachs  $\alpha = .97$ .

### 3.4 Statistische Auswertung

Die erhobenen Daten wurden als Excel Datei angelegt und für die Beantwortung weiterer Fragestellungen in das Statistikprogramm SPSS exportiert.

Zunächst führten wir einen Vergleich der mittleren Subskalenwerte von weiblichen und männlichen Straftätern für die drei Fragebögen YSR, WR-SB und CTQ mittels T-Tests für unabhängige Stichproben durch.

Zusätzlich erhoben wir die absolute und relative Anzahl von Straftäterinnen und Straftätern mit klinisch signifikanter psychopathologischer Auffälligkeit auf den einzelnen Symptomskalen des YSR anhand vorbeschriebener Cut-off-Werte (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, Döpfner et al. 1998). Wir summierten die Anzahl der auffälligen Symptomskalen und verglichen die Werte zwischen weiblichen und männlichen Straftätern mittels T-Test.

Im CTQ erhoben wir Summenwerte für Missbrauch und Vernachlässigung durch Summation der Itemwerte der drei Missbrauchs- bzw. zwei Vernachlässigungsformen und verglichen die Mittelwerte von weiblichen und männlichen Straftätern mittels T-Test.

Im nächsten Schritt wurden die Antwortmöglichkeiten im CTQ in „nicht vorhanden“ bei Beantwortung des Items mit „nie“ oder „selten“ und „vorhanden“ bei Beantwortung des Items mit „manchmal“ oder häufiger dichotomisiert. Daraufhin ermittelten wir die absolute und relative Häufigkeit der fünf verschiedenen Formen von Traumatisierung. Durch Addition errechneten wir die Anzahl vorhandener Traumatisierungsformen für alle Proband\*innen. Weiterhin teilten wir die Straftäter\*innen in vier Gruppen ein in Jugendliche, die ausschließlich über Missbrauchserfahrungen („missbraucht“), die ausschließlich über Vernachlässigungserfahrungen („vernachlässigt“), die über

Missbrauchs- und Vernachlässigungserfahrungen („gemischt traumatisiert“) oder die über keine Traumatisierungserfahrungen berichteten („nicht traumatisiert“).

In der weiterführenden Datenanalyse führten wir eine Korrelationsanalyse nach Pearson für die Gesamtsumme im YSR und die Gesamtsumme im CTQ durch, außerdem für die Gesamtsumme im YSR und die Anzahl vorhandener Traumatisierungsformen. Weiterhin berechneten wir eine Korrelation nach Pearson für die Mittelwerte der acht Symptomskalen im YSR und die fünf Formen von Traumatisierung im CTQ. Zusätzlich untersuchten wir die Korrelationen zwischen den Summenwerten aus den drei Missbrauchsformen und den zwei Vernachlässigungsformen mit den drei Problemskalen im YSR für die Gesamtheit der Straftäter\*innen und geschlechtsspezifisch.

Auch wenn die Erhebung der psychopathologischen Auffälligkeiten und der frühen Traumatisierungen nur zu einem Messzeitpunkt durchgeführt wurde, gingen wir davon aus, dass Traumatisierung, die retrospektiv erfragt wurde, der psychopathologischen Auffälligkeit, die zum Zeitpunkt der Messung erfragt wurde, vorausging und als Prädiktor infrage kommt. Für die Anzahl vorhandener Traumatisierungsformen als unabhängige Variable und die Gesamtsumme im YSR als abhängige Variable führten wir daher eine lineare Regressionsanalyse durch. Eine lineare Regression berechneten wir außerdem für den Summenwert für Missbrauch als unabhängige Variable und den Summenwert für internalisierende Störungen als abhängige Variable, zunächst für alle befragten Jugendlichen und zusätzlich nur für die geschlechtsspezifisch signifikanten Korrelationen, im Fall von Missbrauch und Internalisierung für die weiblichen Straftäterinnen. Für die weiblichen Straftäterinnen führten wir ergänzend eine Regressionsanalyse für die drei Missbrauchsformen als unabhängige Variable und den Summenwert für internalisierende Störungen als abhängige Variable durch. Für alle befragten Jugendlichen berechneten wir eine lineare Regression mit dem Summenwert für Vernachlässigung als unabhängige Variable und den Summenwert für externalisierende Störungen als abhängige Variable. Dies führten wir zusätzlich nur für die geschlechtsspezifisch signifikanten Korrelationen, in diesem Fall für die männlichen Straftäter, durch und ergänzten eine lineare Regressionsanalyse mit den zwei Vernachlässigungsformen als unabhängige Variable und dem Summenwert für externalisierende Störungen als abhängige Variable.



Bei einem CTQ-Item zu sexuellem Missbrauch und einem WR-SB-Item zu Desorganisiertheit fehlte eine Antwort, sodass bei weiteren Berechnungen mit diesen Skalen von einer Gesamtheit von 160 Personen ausgegangen wurde.

## 4. Ergebnisse

### 4.1 Psychopathologische Auffälligkeit im YSR und WR-SB

Insgesamt 65 der 161 befragten Jugendlichen (40,4%) zeigten eine klinisch signifikante Auffälligkeit auf mindestens einer YSR-Symptomskala (*Tab. 2*). Von den Jungen zeigten 38,1% auffällige Werte, von den Mädchen mit 51,9% mehr als die Hälfte. Insgesamt am häufigsten zeigten die Jugendlichen mit jeweils 28% Auffälligkeiten auf den Skalen dissoziales und aggressives Verhalten, gefolgt von ängstlich/depressiver Symptomatik (18,6%), Aufmerksamkeitsproblemen (17,4%), sozialem Rückzug (15,5%) und schizoid/zwanghafter Symptomatik (13,7%). 9,9% der befragten Jugendlichen gaben körperliche Beschwerden an, 5,6% soziale Probleme (*Abb. 1*). Über Symptome einer internalisierenden Störung berichteten insgesamt 21,1% der jugendlichen Straftäter\*innen, von den weiblichen Straftäterinnen sogar jede Dritte (33,3%). Mädchen hatten auf allen Symptomskalen mit Ausnahme von dissozialem Verhalten und schizoid/zwanghafter Symptomatik signifikant höhere Mittelwerte als männliche Straftäter (*Tab. 1*). Im Schnitt zeigten die Jugendlichen auf 1,37 Symptomskalen Auffälligkeiten, die Mädchen waren im Schnitt (2,19) auf einer Skala mehr auffällig als die Jungen (1,20) und hatten eine signifikant höhere Gesamtsumme im YSR. Im WR-SB zeigten die Mädchen signifikant höhere Mittelwerte in den Domänen Affektive Labilität, Emotionale Reaktivität, Desorganisiertheit, Soziale Einstellung, Temperament und Akademische Probleme. Auch die Gesamtsumme im WR-SB war bei weiblichen Straftäterinnen signifikant höher.

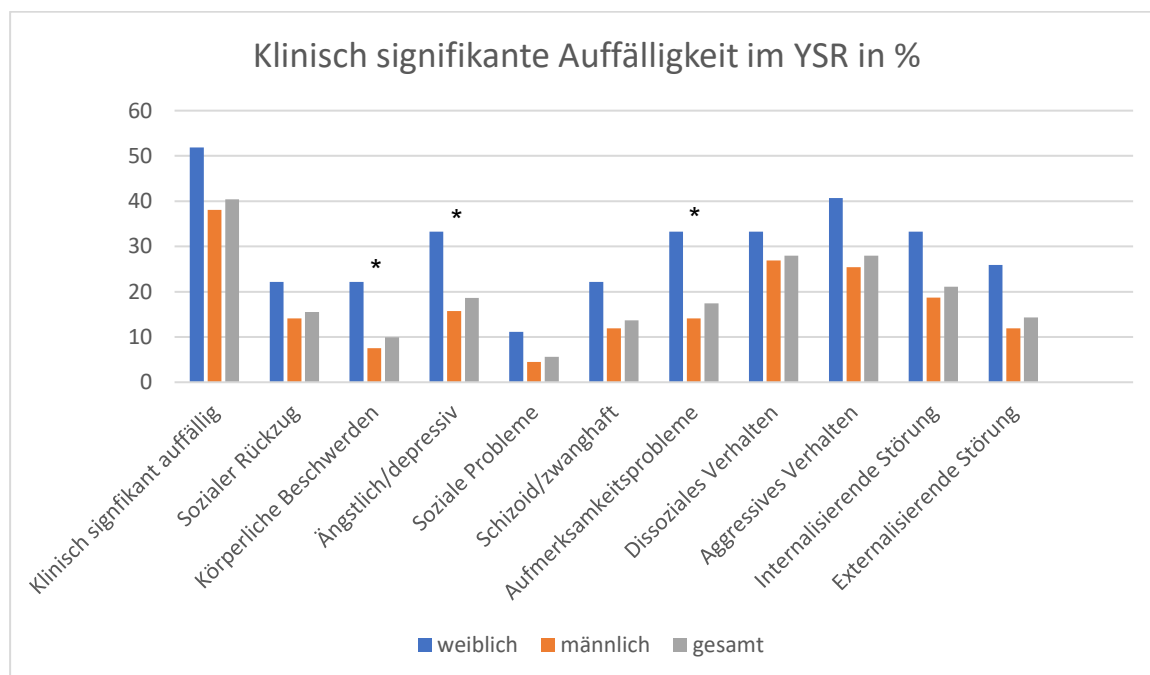
**Tabelle 1** Durchschnittliche Fragebogen-Scores im Vergleich zwischen männlichen und weiblichen Straftäter\*innen

	<b>Insgesamt</b>	<b>Weiblich</b>	<b>Männlich</b>	<b>p</b>
<b>YSR Symptomskalen</b>				
Sozialer Rückzug	2.35 (2.86)	3.37 (3.72)	2.15 (2.62)	<b>.04</b>
Körperliche Beschwerden	1.70 (2.52)	2.89 (3.88)	1.46 (2.08)	<b>&lt; .01</b>
Ängstlich/depressiv	5.29 (6.47)	8.07 (9.09)	4.73 (5.69)	<b>.01</b>
Soziale Probleme	1.30 (2.04)	2.04 (2.78)	1.16 (1.84)	<b>.04</b>
Schizoid/zwanghaft	1.52 (2.21)	2.37 (2.69)	1.34 (2.07)	.07
Aufmerksamkeitsprobleme	3.60 (3.80)	5.15 (5.02)	3.29 (3.44)	<b>.02</b>
Dissoziales Verhalten	4.70 (4.33)	5.37 (4.52)	4.56 (4.29)	.40
Aggressives Verhalten	6.06 (6.59)	8.70 (7.85)	5.53 (6.20)	<b>.02</b>
<i>Anzahl auffälliger Symptomskalen</i>	1.37 (2.15)	2.19 (2.72)	1.20 (1.99)	<b>.03</b>
<b>YSR Problemskalen</b>				
Internalisierende Störung	9.35 (10.82)	14.33 (15.40)	8.34 (9.40)	<b>&lt; .01</b>
Externalisierende Störung	10.76 (10.47)	14.07 (11.96)	10.09 (10.06)	.12
Gemischte Störung	6.42 (7.08)	9.56 (9.79)	5.79 (6.26)	<b>.01</b>
<i>Gesamtsumme</i>	26.53 (26.01)	37.96 (33.37)	24.22 (23.75)	<b>.01</b>
<b>CTQ</b>				
Emotionaler Missbrauch	9.95 (5.25)	13.81 (7.47)	9.17 (4.31)	<b>&lt; .01</b>
Physischer Missbrauch	8.58 (4.89)	10.70 (7.04)	8.16 (4.25)	<b>.01</b>
Sexueller Missbrauch	5.53 (1.91)	6.59 (3.26)	5.31 (1.42)	<b>&lt; .01</b>
Emotionale Vernachlässigung	14.30 (6.76)	13.37 (7.38)	14.49 (6.64)	.47
Physische Vernachlässigung	10.86 (3.94)	12.04 (4.99)	10.63 (3.67)	.17
<i>Anzahl vorhandener Formen</i>	3.01 (1.32)	3.15 (1.75)	2.98 (1.22)	.54
<i>Missbrauch (Summenwert)</i>	24.09 (10.01)	31.11 (14.76)	22.76 (8.10)	<b>&lt; .01</b>
<i>Vernachlässigung (Summenwert)</i>	25.17 (9.79)	25.41 (11.37)	25.12 (9.48)	.90
<i>Gesamtsumme</i>	49.18 (15.54)	56.52 (23.12)	47.68 (13.13)	<b>&lt; .01</b>
<b>WR-SB</b>				
Aufmerksamkeit	15.93 (5.05)	15.89 (5.21)	15.93 (5.04)	.97
Überaktivität	8.35 (3.19)	8.15 (3.27)	8.40 (3.19)	.72
Temperament	8.07 (3.45)	9.56 (3.23)	7.77 (3.43)	<b>.01</b>
Affektive Labilität	11.09 (3.74)	13.37 (4.14)	10.63 (3.50)	<b>&lt; .01</b>
Emotionale Reaktivität	10.07 (3.67)	12.74 (4.33)	9.54 (3.29)	<b>&lt; .01</b>
Desorganisiertheit	14.63 (5.89)	18.37 (7.03)	13.87 (5.35)	<b>&lt; .01</b>
Impulsivität	13.48 (4.67)	14.63 (5.85)	13.25 (4.38)	.25
Oppositionelle Symptomatik	23.43 (7.14)	24.56 (8.60)	23.20 (6.82)	.45
Akademische Probleme	7.82 (3.34)	9.04 (4.11)	7.57 (3.13)	<b>.04</b>
Soziale Einstellung	20.67 (7.05)	24.11 (7.31)	19.98 (6.82)	<b>.01</b>
<i>Gesamtsumme</i>	133.72 (36.80)	150.41 (41.62)	130.33 (34.96)	<b>.03</b>

*Tabelle 2* Vergleich der absoluten und relativen Häufigkeiten klinisch signifikanter psychischer Auffälligkeiten bei weiblichen und männlichen Straftäter\*innen

	<b>Insgesamt</b>	<b>Weiblich</b>	<b>Männlich</b>	<b>p</b>
<b>YSR Auffälligkeit gesamt</b>	65 40.4%	14 51.9%	51 38.1%	.18
<b>Sozialer Rückzug</b>	25 15.5%	6 22.2%	19 14.1%	.29
<b>Körperliche Beschwerden</b>	16 9.9%	6 22.2%	10 7.5%	<b>.02</b>
<b>Ängstlich/depressiv</b>	30 18.6%	9 33.3%	21 15.7%	<b>.03</b>
<b>Soziale Probleme</b>	9 5.6%	3 11.1%	6 4.5%	.17
<b>Schizoid/zwanghaft</b>	22 13.7%	6 22.2%	16 11.9%	.16
<b>Aufmerksamkeitsprobleme</b>	28 17.4%	9 33.3%	19 14.1%	<b>.02</b>
<b>Dissoziales Verhalten</b>	45 28.0%	9 33.3%	36 26.9%	.49
<b>Aggressives Verhalten</b>	45 28.0%	11 40.7%	34 25.4%	.11
<b>Internalisierende Problematik</b>	34 21.1%	9 33.3%	25 18.7%	.09
<b>Externalisierende Problematik</b>	23 14.3%	7 25.9%	16 11.9%	.06

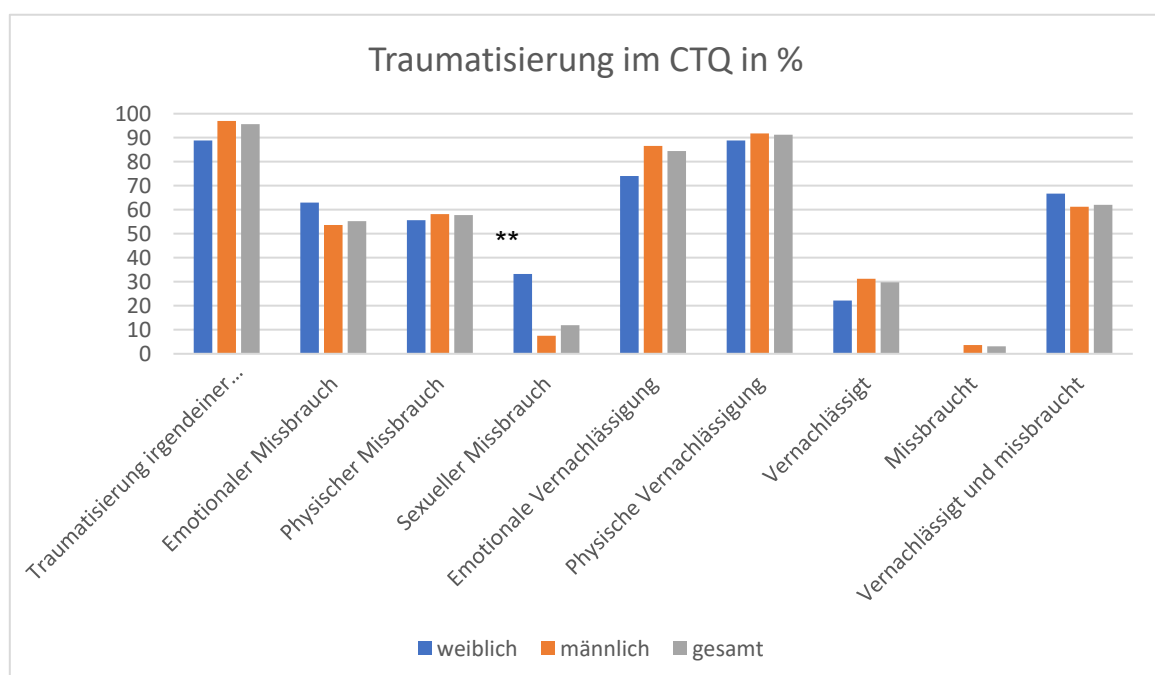
*Abbildung 1* Balkendiagramm: Klinisch signifikante Auffälligkeit im YSR



## 4.2 Frühe Traumatisierungen im CTQ

95,7% der jugendlichen Straftäter\*innen berichteten im CTQ über mindestens eine Form der Traumatisierung in der Kindheit, das heißt, sie gaben an, mindestens eine der zu der jeweiligen Form gehörende Erfahrung „manchmal“ oder häufiger gemacht zu haben (Tab. 3). 91,3% der Befragten berichteten über mindestens eine Erfahrung der physischen Vernachlässigung, was damit am häufigsten auftrat. Über emotionale Vernachlässigung berichteten 84,5%. Über die Hälfte der Jugendlichen gab physischen Missbrauch (57,8%) oder emotionalen Missbrauch (55,3%) an. Mehr als jeder zehnte Befragte (11,9%) berichtete über sexuellen Missbrauch, von den Teilnehmerinnen jede Dritte (33,3%). Nur 4,3% verneinten alle Formen von Traumatisierung, die Mehrheit (62,1%) berichtete sowohl Vernachlässigung als auch Missbrauch. 30,4% gaben nur Vernachlässigung und 3,1% nur Missbrauch an (Abb. 2). Mädchen erreichten signifikant höhere Mittelwerte bei allen drei Formen von Missbrauch und hatten eine signifikant höhere Gesamtsumme im CTQ als die Jungen (Tab. 1). Emotionale, aber auch physische Vernachlässigung sowie physischer Missbrauch wurde häufiger von den Jungen berichtet, jedoch waren die Unterschiede nicht signifikant. 32,1% der Jungen und 22,2% der Mädchen berichteten nur über Vernachlässigung ohne begleitenden Missbrauch. Bei den Mädchen kam Missbrauch nicht ohne zusätzliche Vernachlässigung vor. Die Mittelwerte für beide Formen der Vernachlässigung sowie die Gesamtsumme für Vernachlässigung unterschieden sich nicht signifikant zwischen weiblichen und männlichen Straftäter\*innen.

Abbildung 2 Balkendiagramm: Traumatisierung im CTQ



*Tabelle 3* Vergleich der absoluten und relativen Häufigkeit der Traumatisierungsformen bei weiblichen und männlichen Straftäter\*innen

	<b>Insgesamt</b>	<b>Weiblich</b>	<b>Männlich</b>	<b>p</b>
<b>CTQ Auffälligkeit gesamt</b>	154 95.7%	24 88.9%	130 97.0%	.06
<b>Emotionaler Missbrauch</b>	89 55.3%	17 63.0%	72 53.7%	.38
<b>Physischer Missbrauch</b>	93 57.8%	15 55.6%	78 58.2%	.80
<b>Sexueller Missbrauch</b>	19 11.9%	9 33.3%	10 7.5%	<b>&lt; .01</b>
<b>Emotionale Vernachlässigung</b>	136 84.5%	20 74.1%	116 86.6%	.10
<b>Physische Vernachlässigung</b>	147 91.3%	24 88.9%	123 91.8%	.63
<b>Vernachlässigt</b>	49 30.4%	6 22.2%	43 32.1%	.31
<b>Missbraucht</b>	5 3.1%	0	5 3.7%	.31
<b>Gemischt traumatisiert</b>	100 62.1%	18 66.7%	82 61.2%	.59

#### 4.3 Zusammenhang zwischen früher Traumatisierung und psychopathologischer Auffälligkeit

Die Gesamtsumme im CTQ als Maß für die Traumatisierung und die Gesamtsumme im YSR als Maß für psychopathologische Auffälligkeiten korrelierten signifikant positiv miteinander ( $r = .244$ ,  $p < .01$ , *Abb. 3*). Die lineare Regressionsanalyse (*Tab. 4, Abb. 4*) zeigte, dass für jede zusätzlich erfahrene Form von Traumatisierung die Gesamtsumme im YSR um 6,94 anstieg ( $p < .001$ ).

*Tabelle 4* Regression Anzahl vorhandener Traumatisierungsformen / Gesamtsumme im YSR

	<b>Gesamtsumme im YSR</b>		
	Unstandardisiert	Standardisiert	Standardfehler
<b>Konstante</b>	5.651		4.796
<b>Anzahl vorhandener Traumatisierungsformen</b>	6.944***	.353	1.461
<b>R<sup>2</sup></b>	.124		
<b>Korr. R<sup>2</sup></b>	.119		
<b>F-Statistik</b>	22.579*** ( $p < .001$ )		

\*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$

Abbildung 3 Streudiagramm: Gesamtsumme im CTQ / Gesamtsumme im YSR

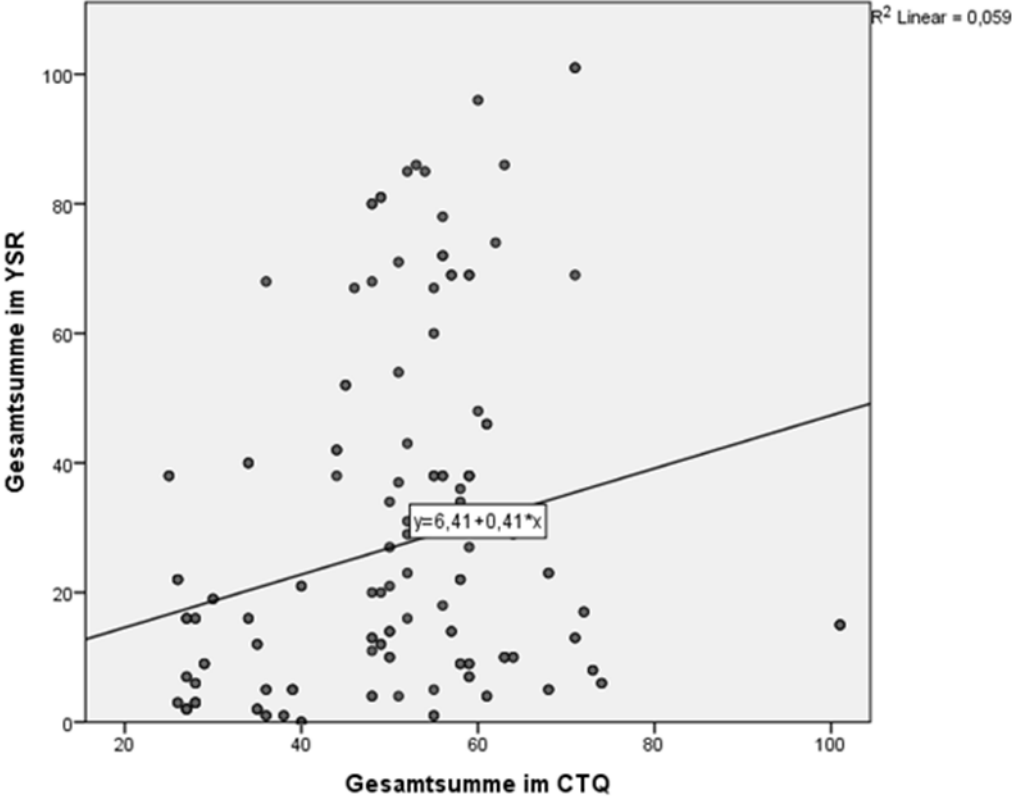
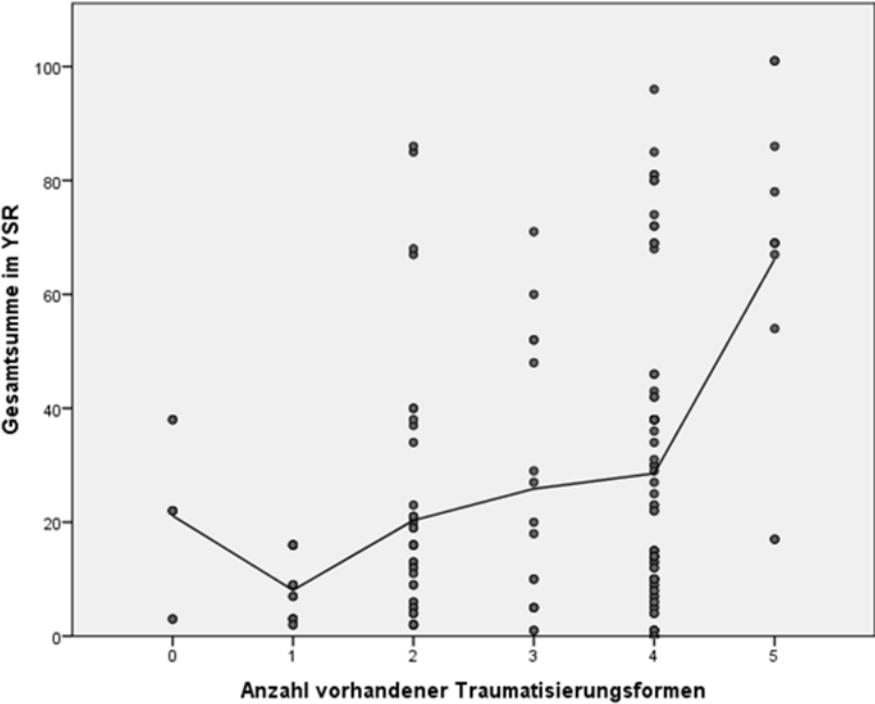


Abbildung 4 Streudiagramm: Anzahl vorhandener Traumatisierungsformen / Gesamtsumme im YSR



*Tabelle 5* Korrelation von Symptomskalen im YSR und Formen von Traumatisierung im CTQ

	Sozialer Rückzug	Körperliche Beschwerden	Ängstlich/Depressiv	Soziale Probleme	Schizoid/Zwanghaft	Aufmerksamkeitsprobleme	Dissoziales Verhalten	Aggressives Verhalten
<b>Emotionaler Missbrauch</b>	<b>.337***</b>	<b>.262**</b>	<b>.357***</b>	<b>.267**</b>	<b>.264**</b>	<b>.256**</b>	<b>.194*</b>	<b>.166*</b>
<b>Physischer Missbrauch</b>	.148	.145	<b>.157*</b>	.063	<b>.189*</b>	.039	.045	-.039
<b>Sexueller Missbrauch</b>	.142	.081	<b>.240**</b>	.122	<b>.207**</b>	<b>.157*</b>	-.002	.028
<b>Emotionale Vernachlässigung</b>	.129	.097	-.058	-.040	-.096	.126	<b>.258**</b>	<b>.172*</b>
<b>Physische Vernachlässigung</b>	<b>.185*</b>	<b>.186*</b>	.141	.049	.078	<b>.194*</b>	<b>.197*</b>	<b>.177*</b>

\*\*\* p < .001, \*\* p < .01, \* p < .05

*Tabelle 6* Korrelation zwischen Problemskalen im YSR und Traumatisierung vom Typ Missbrauch oder Vernachlässigung

	Internalisierende Störungen			Externalisierende Störungen			Gemischte Störungen		
	Gesamt	Weiblich	Männlich	Gesamt	Weiblich	Männlich	Gesamt	Weiblich	Männlich
<b>Missbrauch</b>	<b>.310***</b>	<b>.459*</b>	.149	.098	-.165	.151	<b>.241**</b>	.321	.119
<b>Vernachlässigung</b>	.086	.102	.081	<b>.226**</b>	-.114	<b>.322***</b>	.075	-.076	.131

\*\*\* p < .001, \*\* p < .01, \* p < .05



Emotionaler Missbrauch korrelierte signifikant mit allen Symptomskalen im YSR (Tab. 5). Physischer und sexueller Missbrauch korrelierten signifikant mit ängstlich/depressiver und schizoid/zwanghafter Symptomatik, sexueller Missbrauch zusätzlich mit Aufmerksamkeitsproblemen. Signifikante positive Korrelationen fanden sich zudem zwischen emotionaler Vernachlässigung und dissozialem und aggressivem Verhalten. Physische Vernachlässigung korrelierte ebenfalls signifikant mit dissozialem und aggressivem Verhalten, außerdem mit sozialem Rückzug, körperlichen Beschwerden und Aufmerksamkeitsproblemen.

#### 4.3.1 Zusammenhang zwischen Missbrauchserfahrungen und Internalisierung

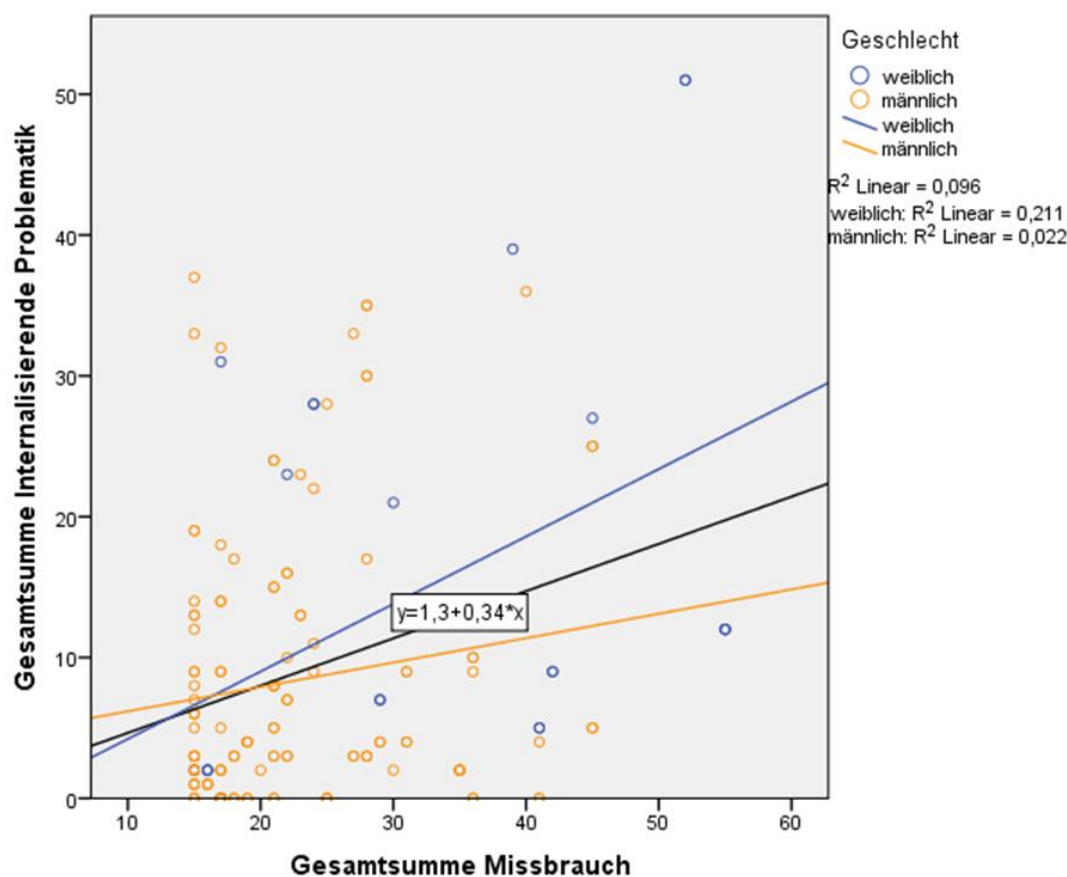
Es fanden sich signifikant positive Korrelationen zwischen früher Traumatisierung vom Typ Missbrauch und internalisierenden sowie gemischten psychischen Störungen (Tab. 6). Wenn man weibliche und männliche Straftäter\*innen getrennt betrachtete, korrelierte Missbrauch nur noch bei den Mädchen signifikant mit internalisierenden Störungen. Die lineare Regressionsanalyse (Tab. 7) ergab, dass 9% der Varianz internalisierender Störungen bei den jugendlichen Straftäter\*innen durch Missbrauchserfahrungen erklärbar waren ( $p < .001$ ). Für jeden zusätzlichen Punkt in den CTQ-Items, die Missbrauch erfragten, stieg die Gesamtsumme im YSR um 0,34 (Abb. 5). Bei den Mädchen erklärte die Gesamtsumme der Missbrauchsformen 17,9% der Varianz internalisierender Störungen ( $p < .05$ , Tab. 8). Bei der Regression mit den drei Arten von Missbrauch (Tab. 9) ergab sich ein korrigiertes  $R^2$  von .438 ( $p < .001$ ). Es zeigte sich, dass emotionaler Missbrauch mit Abstand den größten Einfluss auf internalisierende Störungen hatte ( $B = 3,057$ ,  $p < .001$ ) und dass physischer Missbrauch sogar einen negativen Einfluss hatte ( $B = -2,265$ ,  $p < .01$ ). Sexueller Missbrauch trug nicht signifikant zur Vorhersage internalisierender Störungen bei.

**Tabelle 7** Regression Missbrauch / Internalisierende Störung

gesamt	Internalisierende Störung (Summenwert)		
	Unstandardisiert	Standardisiert	Standardfehler
<b>Konstante</b>	1.297		2.137
<b>Missbrauch (Summenwert)</b>	.336***	.310	.082
<b>R<sup>2</sup></b>	.096		
<b>Korr. R<sup>2</sup></b>	.090		
<b>F-Statistik</b>	16.758*** (p < .001)		

\*\*\* p < .001, \*\* p < .01, \* p < .05

**Abbildung 5** Streudiagramm: Missbrauch / Internalisierende Problematik



**Tabelle 8** Regression Missbrauch / Internalisierende Störung bei weiblichen Straftäterinnen

weiblich	Internalisierende Störung (Summenwert)		
	Unstandardisiert	Standardisiert	Standardfehler
<b>Konstante</b>	-.573		6.360
<b>Missbrauch (Summenwert)</b>	.479*	.459	.185
<b>R<sup>2</sup></b>	.211		
<b>Korr. R<sup>2</sup></b>	.179		
<b>F-Statistik</b>	6.684* (p = .016)		

\*\*\* p < .001, \*\* p < .01, \* p < .05

**Tabelle 9** Regression Missbrauchsformen / Internalisierende Störung bei weiblichen Straftäterinnen

weiblich	Internalisierende Störung (Summenwert)		
	Unstandardisiert	Standardisiert	Standardfehler
<b>Konstante</b>	-.246		6.210
<b>Emotionaler Missbrauch</b>	3.057***	1.484	.738
<b>Physischer Missbrauch</b>	-2.265**	-1.035	.766
<b>Sexueller Missbrauch</b>	-.518	-.110	.798
<b>R<sup>2</sup></b>	.503		
<b>Korr. R<sup>2</sup></b>	.438		
<b>F-Statistik</b>	7.748 (p = .001)		

\*\*\* p < .001, \*\* p < .01, \* p < .05

#### 4.3.2 Zusammenhang zwischen Vernachlässigungserfahrungen und Externalisierung

Traumatisierung vom Typ Vernachlässigung korrelierte signifikant ( $p < .001$ ) mit externalisierenden Störungen (Tab. 6). Bei geschlechtergetrennter Betrachtung zeigte sich diese Korrelation nur noch für die männlichen Straftäter signifikant, bei den weiblichen Straftäterinnen zeigte sich sogar ein negativer Zusammenhang, der jedoch nicht signifikant war. 4,5% der Varianz externalisierender Störungen bei allen Studienteilnehmer\*innen waren durch Vernachlässigung erklärbar ( $p < .01$ , Tab. 10, Abb. 6), bei den Jungen 9,7% ( $p < .001$ , Tab. 11). Der Einfluss emotionaler Vernachlässigung war größer ( $B = .440$ ,  $p < .01$ ) und im Gegensatz zu physischer Vernachlässigung signifikant ( $p < .01$ , Tab. 12).

**Tabelle 10** Regression Vernachlässigung / Externalisierende Störung

gesamt	Externalisierende Störung (Summenwert)		
	Unstandardisiert	Standardisiert	Standardfehler
<b>Konstante</b>	4.675		2.230
<b>Vernachlässigung (Summenwert)</b>	.242**	.226	.083
<b>R<sup>2</sup></b>	.051		
<b>Korr. R<sup>2</sup></b>	.045		
<b>F-Statistik</b>	8.556** (p < .01)		

\*\*\* p < .001, \*\* p < .01, \* p < .05

Abbildung 6 Streudiagramm: Vernachlässigung / Externalisierende Problematik

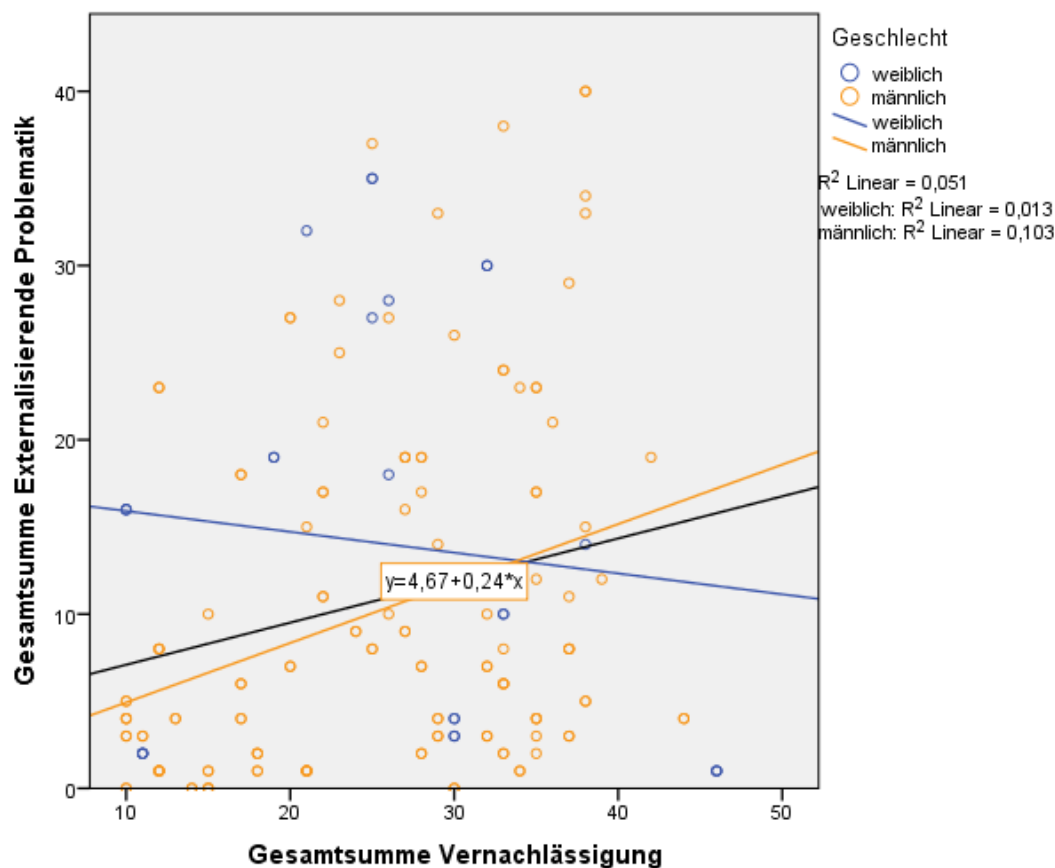


Tabelle 11 Regression Vernachlässigung / Externalisierende Störung bei männlichen Straftätern

männlich	Externalisierende Störung (Summenwert)		
	Unstandardisiert	Standardisiert	Standardfehler
Konstante	1.520		2.346
Vernachlässigung (Summenwert)	.341***	.322	.087
R <sup>2</sup>	.103		
Korr. R <sup>2</sup>	.097		
F-Statistik	15.229 (p < .001)		

\*\*\* p < .001, \*\* p < .01, \* p < .05

Tabelle 12 Regression Vernachlässigungsformen / Externalisierende Störung bei männlichen Straftätern

männlich	Externalisierende Störung (Summenwert)		
	Unstandardisiert	Standardisiert	Standardfehler
Konstante	2.221		2.560
Emotionale Vernachlässigung	.440**	.290	.167
Physische Vernachlässigung	.141	.051	.302
R <sup>2</sup>	.107		
Korr. R <sup>2</sup>	.093		
F-Statistik	7.824 (p = .001)		

\*\*\* p < .001, \*\* p < .01, \* p < .05

## 5. Diskussion

### 5.1 Prävalenz psychopathologischer Auffälligkeit in Bezug zur Literatur

Ziel dieser Studie war es, die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei jugendlichen Straftäter\*innen in der Jugendarrestanstalt in Worms zu erheben, um die Datenlage zum Einen in Deutschland generell und zum Anderen zu weiblichen Straftäterinnen und zu Straftäter\*innen mit geringem kriminellem Risiko (Ersttäter\*innen, leichte Vergehen) für eine größere Breite psychischer Auffälligkeiten zu erweitern. Bisherige Forschungsergebnisse zu diesem Thema legten eine hohe Prävalenz psychischer Störungen nahe, da in mehreren internationalen Studien über 70% der befragten Delinquenten psychopathologische Auffälligkeiten zeigten (Odgers, Burnette et al. 2005, Plattner, Aebi et al. 2011, Aebi, Linhart et al. 2015).

Die mittels YSR in unserer Studie ermittelte Prävalenz von 40,4% für psychische Auffälligkeiten liegt deutlich unter den Ergebnissen o.g. Studien zu dieser Fragestellung bei straffälligen Jugendlichen.

Dies kann auf verschiedene Ursachen zurückzuführen sein: Es besteht ein Unterschied zwischen dem Jugendarrest, der spezifisch in Deutschland für leichtere Vergehen als Erziehungsmaßnahme verhängt wird und dem Jugendjustizvollzug, in dem Jugendliche, die in anderen Studien mit ähnlicher Fragestellung untersucht wurden, eine Strafe verbüßen. Möglicherweise weisen Jugendliche, die schwerere Straftaten begangen haben bzw. bei denen schon andere vor einer Haftstrafe greifende Hilfesysteme versagt haben höhere Prävalenzen psychischer Störungen auf. Möglich wäre auch, dass das Verbüßen einer Haftstrafe als potentiell traumatisierendes Ereignis das Risiko für die Entwicklung psychopathologischer Störungen steigert, sodass unterschiedliche Ergebnisse je nach Zeitpunkt der Befragung in Relation zur Haft auftreten könnten. Jugendliche in Haft oder im Arrest befinden sich außerhalb ihrer gewöhnlichen Lebenssituation und -umstände und der Einfluss des Befragungssettings auf die Untersuchungsergebnisse gerade bei schriftlichen Umfragen ist von nicht zu vernachlässigender Bedeutung (Prüß, von Widdern et al. 2005). Zu berücksichtigen ist auch, dass der YSR ein breites Spektrum an psychischen Auffälligkeiten erfasst, aber einige bei jugendlichen Straftäter\*innen häufig beschriebene Störungen wie Posttraumatische Belastungsstörungen, Substanzmissbrauch, Depressionen und Psychopathie womöglich nicht ausreichend valide misst. Auch die Erhebung psychischer Auffälligkeiten ausschließlich anhand des Selbstberichts ist an dieser Stelle kritisch zu hinterfragen, auch wenn Studien zeigen,

dass Jugendliche selbst eher mehr Probleme berichten als ihre Eltern oder Lehrkräfte (Plück, Döpfner et al. 1997). Dennoch könnten insbesondere Jugendliche in einer Arrestanstalt aus Sorge vor negativen Konsequenzen ihrer Antworten psychopathologische Symptome unzureichend kommunizieren und zu sozial erwünschten Antworten tendieren. Eine Kombination von Selbstbeurteilungsfragebögen mit standardisierten klinischen Interviews und Fremdbeurteilungsfragebögen z.B. für die Eltern könnte den Einfluss dieser Faktoren in zukünftigen Untersuchungen aufdecken. Auch das mit 18,48 Jahren eher junge mittlere Alter der Befragten könnte eine Rolle spielen, da etwa die Hälfte der über die Lebenszeit auftretenden psychischen Störungen im mittleren Teenageralter beginnt, viele psychische Störungen sich aber auch erst später manifestieren können (Kessler, Amminger et al. 2007).

Dennoch bestätigen auch unsere Ergebnisse, dass delinquente Jugendliche häufiger psychopathologische Auffälligkeiten aufweisen als Jugendliche aus der Allgemeinbevölkerung. Die von uns bei jugendlichen Straftäter\*innen erhobene Prävalenz von 40,4% ist dabei etwa doppelt so hoch wie die in der Literatur beschriebene Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Jugendlichen aus der Allgemeinbevölkerung (Klasen, Meyrose et al. 2017, Klipker, Baumgarten et al. 2018). Im Konsens mit anderen Studien (Dierkhising, Ko et al. 2013, Bessler, Stiefel et al. 2019, Beaudry, Yu et al. 2020) fanden wir hohe Prävalenzen für dissoziales (28%) und aggressives Verhalten (28%) sowie für Aufmerksamkeitsprobleme (17,4%) unter jugendlichen Straftäter\*innen.

Die Erhebung dissozialen bzw. rechtswidrigen Verhaltens und die Einbeziehung dieser Symptomskala in die Betrachtung der gesamten psychischen Auffälligkeit bei einer Population von jugendlichen Straftäter\*innen ist allerdings, wie auch in anderen Studien beschrieben (Köhler, Heinzen et al. 2009), kritisch zu hinterfragen, da die Brechung von Gesetzen ein Diagnosekriterium darstellt. Dadurch erscheint die Beziehung zwischen dissozialen Verhaltensstörungen und Straffälligkeit tautologisch und ohne erklärenden Wert. Umso überraschender ist die wenn auch im Vergleich zu den anderen Symptomskalen hohe, jedoch im Literaturvergleich niedrige Prävalenz, die wir für dissoziales Verhalten fanden.

In Übereinstimmung mit anderen Studien fanden wir im YSR höhere Gesamtscores für psychische Auffälligkeiten (im Schnitt 37,96 versus 24,22;  $p < .01$ ) bei Mädchen als bei Jungen (Dierkhising, Ko et al. 2013), die Häufigkeit psychopathologischer Auffälligkeiten unterschied sich jedoch nicht signifikant zwischen den Geschlechtern

(51,9% bei den Mädchen versus 38,1% bei den Jungen,  $p = .18$ ). Dennoch hatten die weiblichen Straftäterinnen in unserer Studie im Schnitt auf allen Symptomskalen außer bei dissozialem Verhalten und schizoid/zwanghafter Symptomatik signifikant höhere Werte. Die Studienlage zu den geschlechtsspezifischen Unterschieden psychischer Auffälligkeiten bei Jugendstraftäter\*innen ist recht uneinheitlich: Plattner et al. (2011) fanden keine unterschiedliche Prävalenz psychischer Störungen insgesamt (Plattner, Aebi et al. 2011), Na et al. (2019) ermittelten sogar eine höhere Prävalenz bei den Jungen (Na and Cho 2019). In der Studie von Pecchorro (2013) ergab sich keine geschlechtsspezifisch unterschiedliche Prävalenz für Verhaltensstörungen (Pecchorro, Vieira et al. 2013). In anderen Studien zeigten sich nur für manche Störungen wie Depression, PTBS (Na and Cho 2019, Beaudry, Yu et al. 2020), Angsterkrankungen, affektive Störungen und Substanzmissbrauch (Plattner, Aebi et al. 2011) eine höhere Prävalenz bei weiblichen Straftäterinnen.

Interessanterweise hatten die weiblichen Straftäterinnen in unserer Studie auch auf der Symptomskala für aggressives Verhalten signifikant höhere Werte als die männlichen Straftäter (8,70 versus 5,53;  $p = .02$ ), auch wenn eine Metaanalyse beschreibt, dass Aggression vor allem physischer Art bei Männern aller Altersstufen und Kulturen stärker verbreitet ist als bei Frauen (Archer 2004). Jedoch beschrieb auch Archer (2004), dass indirekte Aggression je nach Messmethode in der späten Kindheit und Jugend häufiger bei Mädchen vorkommt und Pecchorro (2013) fand bei Mädchen mehr emotionale Symptome und weniger gefühllos-unemotionale Eigenschaften (Pecchorro, Vieira et al. 2013). Bei einer Einteilung aggressiven Verhaltens in gefühllos-kalt und emotional-heiß bzw. in proaktiv und reaktiv ist es also von großem Interesse, herauszufinden, welche Form jugendliche Straftäterinnen und Straftäter zeigen und die Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen für diese bei Straftäter\*innen häufige Verhaltensstörung tiefergehend zu erforschen, da therapeutische Maßnahmen nicht unbedingt für beide Formen und folglich nicht für unterschiedliche Täter\*innen gleichermaßen effektiv sind.

In der Erhebung der ADHS-Symptomatik mittels WR-SB hatten die weiblichen Straftäterinnen neben einer höheren Gesamtsumme auch in mehreren Domänen signifikant höhere Mittelwerte. Diese Ergebnisse stehen der häufigeren Diagnosestellung einer ADHS bei Jungen im Kindesalter und einer Angleichung des Geschlechterverhältnisses im Erwachsenenalter entgegen (Retz-Junginger, Sobanski et al. 2008). Zwischen den Geschlechtern zeigten sich in früheren Studien zur adulten ADHS keine Unterschiede in der Häufigkeit der Subtypen kombiniert, unaufmerksam

und hyperaktiv (Grevet, Bau et al. 2006). Auffällig ist, dass die weiblichen Straftäterinnen im Vergleich zu den männlichen nicht in den Domänen, welche die klassische triadische Leitsymptomatik Aufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität erfassen, höhere Scores erreichen, sondern in denen, welche die in den Utah-Kriterien breiter gefasste emotionale Symptomatik erfragen: Temperament, Affektive Labilität und Emotionale Reaktivität; außerdem in den Domänen Desorganisiertheit, Akademische Probleme und Soziale Einstellung. Dies entspricht auch den Ergebnissen einer retrospektiven Datenanalyse, die die geschlechterspezifischen Unterschiede bei Erwachsenen mit ADHS in zwei großen Multicenter-Studien untersuchte und bei den Frauen eine höhere Beeinträchtigung auf den ADHS-Skalen sowie eine stärkere Ausprägung emotionaler Symptomatik fand. Die komplexere Präsentation von ADHS-Symptomatik bei Frauen im Gegensatz zu Männern wurde als Erschwernis für die Diagnosestellung herausgestellt (Robison, Reimherr et al. 2008). Auch im Hinblick auf Komorbidität und Verhaltensweisen konnten zwischen Männern und Frauen mit ADHS Unterschiede festgestellt werden (Grevet, Bau et al. 2006), die es bei der Diagnosestellung zu berücksichtigen gilt.

ADHS erwies sich in einer Langzeitstudie über 15 Jahre mit inhaftierten jungen Männern als Modulator einer kriminellen Laufbahn mit einer höheren Rückfall- und Reinhaftierungsrate sowie einer deutlich kürzeren Zeit bis zum kriminellen Rückfall bei Straffälligen mit ADHS im Vergleich zu Straffälligen ohne ADHS (Philipp-Wiegmann, Rösler et al. 2017). Der frühzeitigen Diagnostik und gezielten Therapie dieses Störungsbildes muss somit insbesondere unter Berücksichtigung der geschlechterspezifischen Unterschiede nicht nur in der Allgemeinbevölkerung, sondern gerade bei jungen Ersttäter\*innen am Beginn einer kriminellen Laufbahn besondere Bedeutung zukommen. Weitere Forschung zur Wirksamkeit psycho- und sozialtherapeutischer Maßnahmen, die auch in Einrichtungen wie der Jugendarrestanstalt Anwendung finden können, ist notwendig.

## 5.2 Prävalenz früher Traumatisierungen in Bezug zur Literatur

Mit 95,7% fanden wir eine hohe Prävalenz von Traumatisierung in der Kindheit und konnten daher die in anderen Studien gefundenen Ergebnisse replizieren, die bei jugendlichen Straftäter\*innen ebenfalls eine Prävalenz von über 90% feststellten (Aebi, Linhart et al. 2015, Bielas, Barra et al. 2016). Gegen eine Überschätzung der Prävalenz traumatisierender Kindheitserfahrungen sprechen mehrere Argumente, die zum Teil in unserer Methodik liegen: So wird im Childhood Trauma Questionnaire in



der Short Form, den wir zur Erhebung der frühen Traumatisierungen verwendet haben, nicht das gesamte Spektrum an potentiell traumatisierenden Kindheitserfahrungen abgefragt. Der Verlust oder die Trennung von einem Elternteil, die Inhaftierung eines Haushaltsmitglieds, psychische Erkrankungen bei Haushaltsmitgliedern, Substanzmissbrauch im Haushalt oder das Miterleben bzw. Beobachten von häuslicher Gewalt sind einige der möglichen Auslöser von Traumatisierungen, für die in anderen Studien hohe Prävalenzen gefunden wurden (Bielas, Barra et al. 2016), die jedoch mit dem CTQ-SF nicht erfasst werden. Zudem beschränkten wir uns für die Bearbeitung unserer Fragestellung auf die Erhebung von fünf Formen der Traumatisierung und beschrieben diese lediglich mit „vorhanden“ oder „nicht vorhanden“. Das Ausmaß der Betroffenheit wurde so nur durch die Anzahl der erlebten Formen von Traumatisierung und durch die Gesamtsummenwerte erfasst. Für weitere Fragestellungen und ein tiefergehendes Verständnis ist es sicherlich sinnvoll, an dieser Stelle genauer zu differenzieren und weitere Kriterien herauszuarbeiten, um beispielsweise milde und schwere Formen von Traumatisierung unterscheiden zu können. Andere Studien bildeten beispielsweise durch Klassenanalysen Gruppen wie „kein oder mildes Trauma“, „emotionales und physisches Trauma“ und „emotionales, physisches und sexuelles Trauma“ und kamen zu dem Ergebnis, dass mit etwa einem Viertel der Befragten nur die Minderheit schwere Misshandlung aufwies (Aebi, Linhart et al. 2015). Auch die Dichotomisierung der Items in „vorhanden“ bei Beantwortung eines Items mit „manchmal“ oder häufiger und „nicht vorhanden“ bei Beantwortung eines Items mit „nie“ oder „selten“ führt eher zu einer Unterschätzung der Traumatisierung, da auch „selten“ oder sogar einmalig erlebte negative Kindheitserfahrungen unter Umständen zu Traumatisierung und Traumafolgestörungen führen können.

Außerdem ist auch für diese Fragestellung die ausschließliche Erfassung der Daten über die Selbstauskunft per schriftlichem Fragebogen eine Limitation in der Auswertung, da die Hemmschwelle, in dieser Form über Traumatisierungen zu berichten, aufgrund von Scham und Stigmatisierung als hoch anzusehen ist.

In dieser Studie hatten die weiblichen Straftäterinnen signifikant höhere Mittelwerte für alle drei Formen von Missbrauch, außerdem eine signifikant höhere Summe für Missbrauch und eine höhere Gesamtsumme für alle Formen von Traumatisierung. Allerdings berichteten die männlichen Straftäter insgesamt häufiger über irgendeine Form von Traumatisierung (97,0% versus 88,9%,  $p = .06$ ), wenn auch nicht signifikant, und etwa gleich häufig über physischen Missbrauch (58,2% versus 55,6%,  $p = .80$ ).

Signifikant häufiger wurde lediglich sexueller Missbrauch von Mädchen als von Jungen berichtet (33,3% der Mädchen versus 7,5% der Jungen,  $p < .01$ ). Damit konnten wir die Angaben in der Literatur nur teilweise bestätigen, da in einigen Studien mehr Mädchen als Jungen über traumatische Erlebnisse insgesamt berichteten und mehr Mädchen als Jungen physischen Missbrauch erfahren hatten (Brosky and Lally 2004, King, Abram et al. 2011). Alle uns bekannten Studien kamen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass weibliche Jugendliche häufiger sexuellen Missbrauch erfahren hatten als männliche (Brosky and Lally 2004, King, Abram et al. 2011). Farina et al. (2018) fand ebenfalls bei weiblichen Straftäterinnen höhere Scores für emotionalen und sexuellen Missbrauch, nicht jedoch für physischen Missbrauch (Farina, Holzer et al. 2018).

Neben Missbrauch, der häufig im Fokus der allgemeinen Aufmerksamkeit und der Forschung liegt, untersucht der CTQ-SF auch emotionale und physische Vernachlässigung als Form der Misshandlung und Traumatisierung.

Während einige Studien häufiger Misshandlung in jeglicher Form bei Mädchen fanden (Vitopoulos, Peterson-Badali et al. 2018), berichteten in unserer Studie männliche Straftäter häufiger über emotionale Vernachlässigung (86,6% versus 74,1%,  $p = .10$ ), und ähnlich häufig über physische Vernachlässigung (91,8% versus 88,9%,  $p = .63$ ), was die am häufigsten berichtete Form von Traumatisierung in unserer Studie darstellte. Die Unterschiede waren jedoch nicht signifikant und auch die Mittelwerte beider Formen von Vernachlässigung sowie die Gesamtsumme für Vernachlässigung unterschieden sich nicht signifikant zwischen den Geschlechtern. Dennoch war die Prävalenz für Vernachlässigung emotionaler oder physischer Art bei neun von zehn männlichen Arrestierten enorm hoch und überstieg deutlich die Ergebnisse anderer Studien, in denen nur jeder fünfte männliche inhaftierte Jugendliche über emotionale oder physische Vernachlässigung berichtete (Bielas, Barra et al. 2016).

Zusammenfassend berichteten die weiblichen Straftäterinnen insgesamt nicht häufiger als die männlichen Straftäter über irgendeine Form von Traumatisierung, wobei die signifikant höheren Mittelwerte auf allen Missbrauchssubskalen bei den jugendlichen Straftäterinnen darauf hindeuten, dass die Schwere der Missbrauchserfahrungen bei Mädchen höher war und Mädchen häufiger mehrere Formen von Missbrauch erlebt hatten bzw. gemischt traumatisiert waren, während die Jungen häufiger nur Vernachlässigung ohne begleitenden Missbrauch angaben.

Häufiger als körperlichen, emotionalen oder sexuellen Missbrauch hatten die jugendlichen Straftäter\*innen Vernachlässigung erfahren, sodass in ihrer Kindheit

nicht vernachlässigte Jugendliche eher die Ausnahme als die Regel unter den jugendlichen Delinquenten darstellten. Dieser Faktor muss nicht nur in der Ursachenforschung für delinquentes Verhalten, sondern auch in der Betreuung der jungen Straftäter\*innen in den Justizvollzugsanstalten unbedingt Beachtung finden.

### 5.3 Zusammenhang zwischen früher Traumatisierung und psychopathologischer Auffälligkeit bei jugendlichen Straftäter\*innen

Für das Auftreten psychopathologischer Auffälligkeiten sind etliche Risikofaktoren beschrieben und mehr oder weniger gut erforscht. Neben biologischen bzw. genetischen Faktoren zählen hierzu Umweltfaktoren, die mit erblichen Faktoren interagieren können (Gen-Umwelt-Interaktion). Ebenso sind Schutzfaktoren bekannt, die das Risiko eines Menschen minimieren, an einer psychischen Störung zu erkranken. Eine große Rolle bei beidem, wenn nicht die entscheidende Rolle aus Sicht der Entwicklungspsychologie, spielt die Kindheit und insbesondere die frühe Kindheit. Auch wenn Entwicklung und Veränderung beim Menschen ein lebenslang andauernder Prozess sind, ist die Kindheit die Lebensphase, in der das Lernen und die Entwicklung am schnellsten vorstattengehen und in der die Lernerfolge und Entwicklungsschritte kein „Bonus“, sondern essentiell für ein später selbstständiges Leben sind. Das Gehirn ist in dieser Phase am plastischsten und dadurch für stärkende sowie schädigende Einflüsse besonders vulnerabel. Während der Kindheit entsteht aus einem Neugeborenen, das im Übrigen schon eine gewisse Ausstattung an Erbmaterial und Erfahrungen aus dem Mutterleib mitbringt, ein Mensch mit Persönlichkeit und Charakter, Begabungen und Schwächen, Interessen und Kompetenzen, eigenen Zielen und Werten. All das wird in der Jugend weiterentwickelt, bis der Mensch im Erwachsenenalter vollständig mündig, geschäfts- und rechtsfähig ist, um seine eigenen Entscheidungen zu fällen und die Konsequenzen zu tragen. Kein anderes Tier durchlebt eine so lange Entwicklungsphase in Abhängigkeit von Eltern und Bezugspersonen (Wettig 2009).

An Eltern und Bezugspersonen lernen Kinder am Modell, wie sie ihr Leben aktiv gestalten und bewältigen können. Es ist erwiesen, dass frühkindliche Traumatisierung, die in den meisten Fällen durch Angehörige selbst in Form von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung an Kindern verübt wird oder von diesen nicht unterbunden wird, einen nachhaltig schädigenden Einfluss auf die Entwicklung des Kindes (Strüber, Strüber et al. 2014) und sein Verhalten (Hughes, Bellis et al. 2017)

sowie seine psychische und physische Gesundheit im Erwachsenenalter nehmen kann (Guha, Luebbers et al. 2019, Witt, Sachser et al. 2019).

Frühe und chronisch andauernde Stresserfahrungen des Kindes führen zu dauerhaft erhöhten Kortisolspiegeln, die während sensibler Entwicklungsphasen einen schädigenden Einfluss auf das Gehirn nehmen können (Lupien, McEwen et al. 2009). Es können bleibende strukturelle, hirnorganische Veränderungen, sogenannte biologische Stressnarben, entstehen. Bildgebende Studien weisen eine Volumenminderung des Hippocampus als Gedächtniszentrum und der Amygdala, die für die emotionale Verarbeitung zuständig ist, bei traumatisierten Patient\*innen nach (Teicher and Samson 2016). Diese Stressnarben beeinträchtigen die Anpassungsfähigkeit des Organismus lebenslang, woraus schwere, chronisch verlaufende psychische Erkrankungen resultieren können (Wettig 2009).

Studien fanden dosisabhängige Beziehungen zwischen Viktimisierung in der Kindheit und Selbstschädigung, HIV-Risiko, physischen Gesundheitsproblemen und Hospitalisierung im Jugend- und jungen Erwachsenenalter, vermittelt vor allem durch gesundheitliches Risikoverhalten in der Jugend (Odgers, Robins et al. 2010). Selbstverletzung wurde wiederum als Prädiktor für das Ausüben einer Gewaltstraftat ermittelt (Stephenson, Woodhams et al. 2014).

Belastende Kindheitserlebnisse sagen nicht nur depressive Störungen, Angststörungen, PTBS, Suizidalität (Bielas, Barra et al. 2016) und Psychopathie (Farina, Holzer et al. 2018) vorher, sondern auch das Risiko, nach einer Straftat einen Rückfall in die Kriminalität zu erleiden und erneut arrestiert zu werden (van der Put and de Ruitter 2016, Wolff, Baglivio et al. 2017, Vitopoulos, Peterson-Badali et al. 2018). Mädchen, die Misshandlung erlebt hatten, entwickelten 2,6 bis 10,7 mal häufiger psychische Störungen als Mädchen ohne Misshandlung (King, Abram et al. 2011).

Ob und wie psychopathologische Auffälligkeiten bei jugendlichen Straftäter\*innen mit frühen Traumatisierungen assoziiert sind, ist eine Frage, zu deren Beantwortung wir mit dieser Studie beitragen wollen. Die Literatur legte die Hypothese nahe, dass jugendliche Delinquente, die über belastende Kindheitserlebnisse berichten, mehr psychopathologische Auffälligkeiten aufweisen als die Vergleichsgruppe ohne traumatisierende Kindheitserfahrungen.

Unsere Korrelationsanalysen ergaben einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen der Gesamtsumme im CTQ und der Gesamtsumme im YSR. Mit höherer Anzahl an erlebten Formen von Traumatisierung stieg auch die Gesamtsumme im YSR. Wer also in der Kindheit mehrere Traumatisierungserfahrungen aus

unterschiedlichen Kategorien gemacht hatte, hatte auch höhere Werte für psychopathologische Auffälligkeiten.

Bei der Betrachtung der drei Unterformen von Missbrauch (emotional, physisch und sexuell) fanden wir signifikant positive Korrelationen zwischen emotionalem Missbrauch und allen acht Symptomskalen des YSR. Physischer und sexueller Missbrauch korrelierte ebenfalls positiv signifikant mit ängstlich/depressiver Symptomatik und schizoid/zwanghafter Symptomatik, sexueller Missbrauch zusätzlich mit Aufmerksamkeitsproblemen.

Diese Korrelationen lieferten einen Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen Missbrauch und insbesondere internalisierenden Störungen (ängstlich/depressive Symptomatik, sozialer Rückzug und körperliche Beschwerden). Betrachtete man jedoch männliche und weibliche Straftäterinnen getrennt, zeigte sich diese Korrelation nur noch bei den Mädchen und der Einfluss, den Missbrauch auf die Entwicklung internalisierender Störungen hat, war bei den Mädchen deutlich ausgeprägter. Besonders emotionaler Missbrauch wirkte sich, mehr als physischer und sexueller Missbrauch, auf das Auftreten einer internalisierenden Problematik aus. Der Zusammenhang zwischen Missbrauchserfahrungen und internalisierenden Störungen kann jedoch nicht einfach unidirektional und kausal verstanden werden. Vorstellbar ist auch, dass Kinder und insbesondere Mädchen, die zur Internalisierung neigen, häufiger Opfer von Missbrauch werden. Jedes dritte Mädchen in unserer Studie zeigte klinisch signifikante Symptome einer internalisierenden Störung, außerdem stellten körperliche Beschwerden und ängstlich/depressive Symptomatik zwei der drei Symptomskalen dar, auf denen die weiblichen Straftäterinnen signifikant häufiger auffällig waren als die männlichen. Dadurch war die Wahrscheinlichkeit erhöht, verhältnismäßig mehr internalisierende Mädchen als Jungen mit Missbrauchserfahrungen zu finden. Dennoch ist es möglich, die Entwicklung einer internalisierenden Störung als Folge insbesondere von emotionalem Missbrauch als Anpassungsvorgang zu deuten. Beleidigungen, Bedrohungen, Ab- und Entwertungen durch die Bezugspersonen führen, womöglich insbesondere bei Mädchen, zu einem Rückzug in sich selbst, einem Selbstschutzmechanismus, der zunächst im Umgang mit der ständigen Bedrohung erneuter Viktimisierung funktional erscheint, sich jedoch außerhalb der missbrauchenden Verhältnisse dysfunktional auf das Selbstbild, die Beziehungen zu anderen Menschen und die aktive Lebensgestaltung auswirken kann. Bei der Untersuchung der beiden Formen von Vernachlässigung korrelierte emotionale Vernachlässigung ebenso wie physische Vernachlässigung signifikant positiv mit

dissozialem und aggressivem Verhalten. Physische Vernachlässigung korrelierte außerdem signifikant positiv mit Aufmerksamkeitsproblemen, sozialem Rückzug und körperlichen Beschwerden. Einen signifikanten Zusammenhang zwischen Vernachlässigung und besonders externalisierenden Störungen (dissoziales und aggressives Verhalten) zeigte auch unsere Korrelationsanalyse. Bei getrennter Betrachtung von weiblichen und männlichen Straftäter\*innen korrelierten Vernachlässigung und Externalisierung allerdings nur bei den Jungen signifikant miteinander. Bei den Mädchen ergab sich sogar ein negativer Zusammenhang, wenn auch nicht signifikant. Bei den Jungen war der Einfluss emotionaler Vernachlässigung ausgeprägter in der Regressionsanalyse und im Gegensatz zu physischer Vernachlässigung signifikant.

Auch für diesen Zusammenhang gilt, dass Traumatisierung vom Typ Vernachlässigung und psychopathologische Auffälligkeiten externalisierender Art mehrdimensional aufeinander einwirken können, da Eltern möglicherweise eher ein Kind vernachlässigen, das sie durch aggressives oder dissoziales Verhalten überfordert. Dennoch liegt auch hier ein pathogenetischer Einfluss der Vernachlässigung auf die Entwicklung externalisierender Störungen nahe: Das Vorenthalten von Achtsamkeit, Nähe und Zuwendung durch Bezugspersonen löst im Kind eine dauerhafte Stressreaktion aus. Besonders die Erfahrung emotionaler Kälte durch unsicher-vermeidende Bezugspersonen führt zu aggressivem Verhalten schon im Vorschulalter (Wettig 2009). Der Stress muss „entladen“ werden, außerdem generiert auffälliges Verhalten möglicherweise mehr Aufmerksamkeit durch die Bezugsperson und wird dadurch unbewusst belohnt und damit konditioniert. Für das Erlernen sowohl von Selbstkenntnis als auch von Einfühlungsvermögen in andere Personen sind sichere Bindungen laut Entwicklungspsychologie eine erforderliche Grundlage (Wettig 2009). Wenn Kinder innerhalb der Familie keinen Schutz und keine Geborgenheit erfahren, erscheint die Entwicklung von aggressivem und dissozialem Verhalten als Selbstbehauptungsmechanismus als ein logischer Anpassungsvorgang, der gepaart mit aufgrund der Vernachlässigung nicht erlerntem Einfühlungsvermögen eine unmittelbare Nähe zur Delinquenz aufweist.

Umso wichtiger ist es, zu bemerken, dass antisoziales Verhalten in Studien eher selten ein Leben lang persistiert. Häufiger ist ein auf das Jugendalter begrenztes Auftreten im Sinne einer Imitation antisozialen Verhaltens aus einer kriminogenen Umgebung aufgrund einer vorübergehenden persönlichen Reifelücke (Moffitt 1993).

Auch führen weder frühe Traumatisierungen noch psychopathologische Auffälligkeiten zwangsläufig zu Delinquenz, auch wenn für beides in jugendlichen und erwachsenen Straftäter\*innen hohe Prävalenzen gefunden wurden. Es gibt verschiedene Erklärungsansätze für das erhöhte Risiko traumatisierter Jugendlicher, straffällig zu werden. So wurde beispielsweise bei einer Untersuchung der Entscheidungsprozesse festgestellt, dass misshandelte Kinder langsamer Entscheidungen treffen als nicht misshandelte Kinder und dass sie, insbesondere wenn Entscheidungen mit einem potentiellen Verlust gekoppelt sind, übermäßige Risiken eingehen und unsensibel gegenüber Veränderungen im erwarteten Wert oder Nutzen dieser Entscheidungen waren (Weller and Fisher 2013). Eine hohe Risikobereitschaft kennzeichnet auch Störungen des Sozialverhaltens, die bei Straftäter\*innen häufig gefunden werden. Ein zusätzlich vermindertes Angstepfinden bewirkt, dass die möglichen oder sogar wahrscheinlichen negativen Konsequenzen einer Tat wie Haft oder andere Strafen unberücksichtigt bleiben (Wettig 2009). Bei aggressivem Verhalten reaktiv-impulsiver Art wird eine verminderte Kontrollfähigkeit des orbitofrontalen Kortex als Sitz ethischer Empfindungen und Bewertungsort emotionaler Stimuli angenommen (Plener and Fegert 2020). Die Kenntnis und Berücksichtigung dieser und weiterer Faktoren sind in der Betreuung und Therapie jugendlicher Straftäter\*innen überaus wichtig.

#### 5.4 Limitationen

Als Limitation unserer Studie in der Jugendarrestanstalt Worms ist die begrenzte Teilnehmeranzahl von 161 Jugendlichen anzusehen. Auch die Anzahl der untersuchten weiblichen Straftäterinnen ist mit 27 Personen sehr gering, sodass sich keine allgemeingültigen Schlussfolgerungen ziehen lassen. Dennoch war es möglich, in der vorliegenden Studie Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Studienteilnehmenden statistisch herauszuarbeiten. Ebenso ist als Einschränkung zu sehen, dass wir für die Beantwortung unserer Fragestellungen keine Vergleichsgruppe aus der Normalbevölkerung zur Verfügung hatten, sondern nur auf Literaturangaben zurückgreifen konnten.

Um die Auswirkungen von frühen Traumatisierungen bei jugendlichen Straftäter\*innen zu untersuchen, wäre außerdem eine höhere Anzahl an jugendlichen Straftäter\*innen ohne traumatisierende Erfahrungen notwendig gewesen. Diese Gruppe war in unserer Studie mit nur 7 Personen (4,3%) so klein, dass sich statistisch valide Vergleiche zwischen traumatisierten und nicht-traumatisierten Straftäter\*innen kaum durchführen ließen.

Aus den Studienergebnissen lassen sich auch keine Rückschlüsse hinsichtlich der Kausalität ziehen. Die Frage, in welchem Zusammenhang Traumatisierungserfahrungen in der Kindheit mit der Entwicklung psychischer Störungen und Delinquenz stehen, könnte nur allenfalls in einer prospektiven Längsschnittuntersuchung geklärt werden.

Die Datenerhebung ausschließlich über die schriftliche Selbstausskunft der Jugendlichen stellt eine weitere Limitation dar, weil insbesondere die untersuchten Themen der frühen Traumatisierung und psychopathologischen Auffälligkeit nicht nur stigmatisiert, sondern häufig auch mit Scham und Schuld behaftet sind, sodass die Bereitschaft, darüber in dieser Form zu berichten, nicht als selbstverständlich angenommen werden kann. Strukturierte klinische Interviews und Fremdbefragungen beispielsweise der Eltern oder Lehrkräfte können in zukünftigen Studiendesigns zu diesen Fragestellungen in Erwägung gezogen werden.

Jugendliche mit Migrationshintergrund haben ein höheres Risiko für Delinquenz als Jugendliche ohne Migrationshintergrund (Killias and Lukash 2019), auf die multidimensionalen Ursachen kann im Rahmen dieser Dissertation nicht eingegangen werden. Das Einschlusskriterium, nachdem Studienteilnehmer\*innen fließende Deutschkenntnisse aufweisen müssen, führt jedoch möglicherweise zu einer Unterrepräsentation dieser Gruppe und zu einer verzerrten Wahrnehmung der Realität in Jugendarrest- und Haftanstalten, da Sprachkenntnisse und Sprachverständnis als Voraussetzung für die Teilnahme an den meisten Studien möglicherweise bei einer erheblichen Anzahl an Strafgefangenen nicht gegeben sind. Auch ein niedriger IQ, einhergehend mit schlechten Schulleistungen, wurde als Risikofaktor für straffälliges Verhalten ermittelt (McGloin, Pratt et al. 2004) und es ist zu berücksichtigen, dass die Beantwortung schriftlicher Fragebögen über etwa eine Stunde ein Sprach- und Leseverständnis sowie eine Konzentration erfordern, die nicht bei allen Straftäter\*innen gegeben sind.

Die Datenerhebung zu der vorliegenden Studie erfolgte vor Ausbruch der COVID 19-Pandemie und der damit verbundenen sozialen Distanzierung. Frühe Studien untersuchen schon jetzt den Einfluss, den die einschneidenden Veränderungen im Leben von Kindern, Jugendlichen und Familien unter anderem auf die mentale Gesundheit von Kindern (Power, Hughes et al. 2020) und Eltern (Calvano, Engelke et al. 2021) sowie das Vorkommen und die Häufigkeit von häuslicher Gewalt und traumatisierenden Erfahrungen in der Kindheit (Bryant, Oo et al. 2020, Calvano, Engelke et al. 2021) haben. Es zeichnet sich bereits ab, dass die erwartbaren



negativen Auswirkungen insbesondere Kinder aus Familien mit niedrigem sozio-ökonomischem Status betreffen (Calvano, Engelke et al. 2021). Welchen Effekt diese neuartige und gesellschaftlich sowie global herausfordernde Situation langfristig auf die Entwicklung delinquenten Verhaltens bei Jugendlichen hat, ist noch nicht zu beantworten. Es ist zu erwarten, dass die COVID-19-Pandemie Einfluss auf sämtliche in der vorliegenden Studie gemessenen Outcomes hat. Hierfür ist langfristig weitere Forschung notwendig, um diesen Erlebnissen und Erfahrungen und den daraus resultierenden Veränderungen im Leben einer ganzen Generation Kinder und Jugendlicher angemessen begegnen zu können.

## 5.5 Ausblick

Ein entscheidender und praxisrelevanter Punkt in der Traumaforschung ist, dass traumatisierte Kinder nicht zu einem schlechten Entwicklungsergebnis verurteilt sind. Kindesmisshandlung kann zu Depressionen, antisozialen Verhalten und Persönlichkeitsstörungen führen, aber eben auch ein Leben in psychischer Gesundheit nach sich ziehen. Die Resilienz misshandelter Kinder resultiert vor allem aus einem positiven Selbstwertgefühl und einer moderaten Emotionskontrolle, während für Kinder ohne Misshandlungserfahrungen soziale und Beziehungsfaktoren wichtiger waren (Toth and Cicchetti 2013). Resilienz als einen nicht angeborenen, sondern erlernbaren Schutzfaktor zu verstehen, ist für die Therapie und Arbeit mit Menschen mit Traumatisierungserfahrungen auch in anderen Bereichen von großer Bedeutung. In einer älteren Langzeitstudie wurde eine Geburtskohorte von 1955 auf einer hawaiianischen Insel (Kauai) geborener Kinder in regelmäßigem Abstand bis ins Erwachsenenalter untersucht. Die Kinder waren durch Armut, niedrigen sozioökonomischen Status, eine durch chronische Disharmonie oder psychische Erkrankungen belastete familiäre Umgebung und andere Faktoren schwer belastet. Zwei Drittel dieser Teilnehmer\*innen fiel im Jugendalter durch Lernprobleme, psychische Auffälligkeiten, Drogensucht oder Kriminalität auf. Doch auch aus der Hochrisikogruppe fanden viele Teilnehmer\*innen besonders an bestimmten Wendepunkten in ihrem Leben einen Weg zur Anpassung und Reifung und wuchsen zu fähigen und einfühlsamen Erwachsenen heran. Eine Heirat oder beständige Beziehung, die Geburt des ersten Kindes, eine feste Arbeitsstelle, berufliche Weiterbildung oder religiöses Engagement wurden als solche Wendepunkte von vielen Teilnehmer\*innen beschrieben (Werner 1993). Frühzeitige Maßnahmen zur Prävention und zum Erwerb von Resilienz sind also folgerichtig. Da die Resilienz

misshandelter Kinder häufig aus dem Selbstwertgefühl und der Emotionskontrolle resultiert (Toth and Cicchetti 2013) und nicht davon auszugehen ist, dass diese Faktoren durch das familiäre Umfeld verstärkt werden, muss die Möglichkeit zum Erwerb dieser Schutzfaktoren andernorts gewährleistet werden. Die Verfügbarkeit von Bezugs- oder Vertrauenspersonen wie Großeltern, Lehrer\*innen, Sozialarbeiter\*innen oder Freund\*innen kann traumatisierten Jugendlichen dabei helfen, ihre Opferrolle zu verlassen und eine aktive Lebensgestaltung am Modell zu lernen und mit Unterstützung anzugehen (Wettig 2009).

Traumatisierung sollte nicht erst als „Nebenbefund“ bei bereits arrestierten oder inhaftierten Jugendlichen festgestellt werden, sondern von allen Akteuren im Bildungs- und Gesundheitswesen, die regelmäßig mit Kindern zu tun haben, mit besonderer Aufmerksamkeit, Wachsamkeit und Handlungsbereitschaft bedacht werden. Eine Zusammenarbeit aller Professionen und ein gemeinschaftliches Verantwortungsgefühl für benachteiligte Kinder ist hierfür von größter Bedeutung, da davon auszugehen ist, dass vernachlässigte und misshandelte Kinder nicht regelmäßig alle angebotenen Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen, sodass die ständige Aufmerksamkeit pädagogischer Fachkräfte und die möglicherweise seltenen Kontaktpunkte mit medizinischen Fachkräften wie z.B. die Schuleingangsuntersuchung umso wichtiger sind.

Wenn die Prävention von Traumatisierung, von psychopathologischer Auffälligkeit und von Delinquenz versagt hat, müssen effektive Maßnahmen zur Unterstützung der Jugendlichen angeboten werden. Ziel dieser Maßnahmen muss neben der Minderung des persönlichen Leidensdrucks die Prävention krimineller Rückfälle sein.

Hierfür ist das Verständnis wichtig, warum Jugendliche überhaupt straffällig werden, mit welchen Herausforderungen und Schwierigkeiten sie zu kämpfen haben, welche Fehlannahmen, Situationen oder auch persönlichen Eigenschaften sie zu delinquentem Verhalten verleitet haben.

Hierzu soll unsere Studie beitragen und mit Traumatisierungserfahrungen und psychopathologischen Auffälligkeiten zwei Aspekte genauer beleuchten, die viele straffällige Jugendliche betreffen und zum kriminellen Risiko entscheidend beitragen. Entscheidend ist, den individuellen Weg eines jeden Jugendlichen in die Kriminalität nachzuvollziehen und dabei wachsam, einfühlsam und respektvoll vorzugehen, denn Kinder sind erst Opfer, dann Täter (Wettig 2009). Professionelles pädagogisches und psychotherapeutisches Fachpersonal in Jugendarrest- und Jugendhaftanstalten ist hierfür eine unbedingte Voraussetzung.

Geeignete Maßnahmen können die dauerhafte Erfassung von psychopathologischen Symptomen und Traumatisierungserfahrungen per Fragebögen sein, wie es für diese Studie auch durchgeführt wurde. Natürlich dürfen auffällige Ergebnisse nicht ohne Konsequenz bleiben und die Unterstützung muss im Anschluss bedarfsgerecht angepasst werden. Schulungen in der Gruppe oder einzeln zur Emotionsregulation und Emotionserkennung (Hubble, Bowen et al. 2015), Aggressionsbewältigung, Psychoedukation, bildungs- und zukunftsorientiertes Coaching sowie regelmäßige Übungen und Interventionen aus der kognitiven Verhaltenstherapie zu Selbstwert, Achtsamkeit (Simpson, Mercer et al. 2018) und Konzentration können hier zielführend sein (Townsend, Walker et al. 2010).

Gruppen aggressiver und dissozialer Jugendlicher bergen die Gefahr einer negativen Gruppendynamik mit Verschlechterung der Symptome durch den Kontakt zu anderen aggressiven Peers und gesteigerten Substanzkonsum. Um dem vorzubeugen, müssen Interventionen in der Gruppe durch erfahrene Therapeut\*innen oder Trainer\*innen unter kontrollierten Bedingungen durchgeführt werden. Als ineffektiv zu bewerten sind einmalige, dramatische und kurzfristige Interventionen wie „Boot-Camps“ oder „Warnschuss-Arreste“ (Plener and Fegert 2020).

Bei Jugendlichen mit ausgeprägten oder klinisch signifikanten Symptomen können auch psychotherapeutische Gespräche oder das Einleiten einer nach der Haft oder dem Arrest fortzuführenden Psychotherapie vielversprechend sein. Eine Metaanalyse zeigte, dass bei erwachsenen Gewaltverbrechern das Risiko für gewalttätige oder nicht gewalttätige Rückfälle durch psychotherapeutische Behandlung reduziert werden konnte. Multimodale Therapiekonzepte waren hierbei am erfolgversprechendsten (Papalia, Spivak et al. 2019). Weitere Forschung, welche Behandlungskomponenten in welcher Kombination bei welchen Straftäter\*innen am effektivsten und hilfreichsten sind, wurden gefordert.

Nachdem wir neue Erkenntnisse über die psychopathologischen Auffälligkeiten und Traumatisierungserfahrungen der jugendlichen Straftäter\*innen in der Jugendarrestanstalt Worms gewonnen haben, steht die Erweiterung dieser Kenntnisse im Sinne einer Implementierung der regelmäßigen Ausgabe der Fragebögen an alle Neuzugänge an. Außerdem müssen diese theoretischen Kenntnisse Anwendung finden in der Entwicklung und Ausarbeitung von Angeboten und Behandlungskonzepten, die in weiteren Schritten auf ihre Wirksamkeit hin untersucht werden müssen. Die durchschnittliche Unterbringungsdauer von zwei Wochen in der Jugendarrestanstalt stellt für viele vielversprechende Maßnahmen eine

starke Limitation dar und eine deutliche Reduktion psychopathologischer Auffälligkeiten ist in einer so kurzen Zeitspanne leider kaum zu erwarten. Dennoch kann sich auch das Setzen von Impulsen langfristig positiv auf die Lebensgestaltung der jugendlichen Straftäter\*innen auswirken. Eine Auslagerung von für die Jugendlichen zugänglichen Maßnahmen oder langfristige Angebote über den Arrest hinaus, vielleicht sogar auf freiwilliger Basis, sind überlegenswert.

Eine Aktivierung der persönlichen und sozialen Ressourcen kann die Jugendlichen dazu befähigen, ihr Potential außerhalb der Kriminalität auszuschöpfen und muss insbesondere bei jungen Straftäter\*innen, die noch ganz am Anfang einer kriminellen Karriere stehen, im Vordergrund stehen, um ihnen eine Neuorientierung zu ermöglichen. Ein Aufenthalt im Jugendarrest kann also trotz kurzer Aufenthaltsdauer zum Ziel haben, einen Wendepunkt im Sinne der Kauai-Studie darzustellen, nachdem auch schwer belastete Jugendliche zu kompetenten und einfühlsamen Erwachsenen reifen können.

## 6. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigte sich mit der Fragestellung, wie hoch die Prävalenz psychopathologischer Auffälligkeiten und früher Traumatisierungen bei jugendlichen Straftäter\*innen in der Jugendarrestanstalt Worms ist und ob zwischen psychischer Auffälligkeit und Traumatisierung ein Zusammenhang besteht. Die Untersuchung erfolgte über die schriftliche Selbstauskunft der Jugendlichen mit den Fragebögen YSR, CTQ-SF und WR-SB.

Es zeigte sich eine Prävalenz von 40,4% für psychopathologische Auffälligkeiten. Am häufigsten traten dissoziales und aggressives Verhalten jeweils bei 28,0% der Jugendlichen auf, gefolgt von ängstlich/depressiver Symptomatik bei 18,6%, Aufmerksamkeitsproblemen bei 17,4%, sozialem Rückzug bei 15,5% und schizoid/zwanghafter Symptomatik bei 13,7%. Über Symptome einer internalisierenden Störung berichteten 21,2% der Jugendlichen, über Symptome einer externalisierenden Störung 14,3%. Bei dem Vergleich männlicher und weiblicher Straftäter\*innen zeigte sich, dass Mädchen insgesamt nicht häufiger psychopathologische Auffälligkeiten zeigten als Jungen. Bei Mädchen traten jedoch häufiger körperliche Beschwerden, ängstlich/depressive Symptomatik und Aufmerksamkeitsprobleme auf. Außerdem waren weibliche Straftäterinnen im Schnitt auf mehr Symptomskalen auffällig als die männlichen und hatten höhere Mittelwerte auf allen YSR-Symptomskalen mit Ausnahme von schizoid/zwanghafter Symptomatik und dissozialem Verhalten, höhere Summenwerte für internalisierende und gemischte Störungen sowie eine höhere Gesamtsumme im YSR. Auch im WR-SB hatten die weiblichen Straftäterinnen eine höhere Gesamtsumme und höhere Mittelwerte in den Domänen Temperament, Affektive Labilität, Emotionale Reaktivität, Desorganisiertheit, Akademische Probleme und Soziale Einstellung.

Für Traumatisierungen in der Kindheit ergab sich eine Prävalenz von 95,7%. Am häufigsten wurden von 91,3% der Jugendlichen über mindestens eine Erfahrung der physischen Vernachlässigung berichtet, von 84,5% der jugendlichen Straftäter\*innen wurde über emotionale Vernachlässigung berichtet. Physischen Missbrauch gaben 57,8%, emotionalen Missbrauch 55,3% und sexuellen Missbrauch 11,9% der Jugendlichen an. Nur 4,3% verneinten alle Formen von Traumatisierung, die Mehrheit (62,1%) berichtete sowohl über Vernachlässigungs- als auch Missbrauchserfahrungen. Beim Vergleich männlicher und weiblicher Straftäter\*innen ergab sich für Mädchen keine höhere Prävalenz früher Traumatisierungen insgesamt.

Lediglich sexuellen Missbrauch berichteten die weiblichen Straftäterinnen signifikant häufiger. Jedoch waren die Mittelwerte für alle Formen von Missbrauch sowie der Summenwert für Missbrauch und die Gesamtsumme im CTQ bei den Mädchen höher. Es konnten signifikante Zusammenhänge zwischen psychopathologischer Auffälligkeit und früher Traumatisierung festgestellt werden: Die Gesamtsumme im CTQ und die Gesamtsumme im YSR korrelierten positiv miteinander und für jede zusätzlich erfahrene Form von Traumatisierung konnte ein Anstieg der Gesamtsumme im YSR festgestellt werden. Alle Symptomskalen im YSR korrelierten mit emotionalem Missbrauch, ängstlich/depressive und schizoid/zwanghafte Symptomatik korrelierten zusätzlich mit physischem und sexuellem Missbrauch. Dissoziales und aggressives Verhalten korrelierte zusätzlich mit emotionaler und physischer Vernachlässigung, mit physischer Vernachlässigung korrelierten außerdem sozialer Rückzug und körperliche Beschwerden. Es zeigten sich positive Korrelationen zwischen Missbrauch und internalisierenden Störungen sowie Vernachlässigung und externalisierenden Störungen, wobei bei geschlechtergetrennter Betrachtung ersteres nur bei den weiblichen und letzteres nur bei den männlichen Straftäter\*innen signifikant war.

Missbrauch trug insgesamt 9,0% zur Varianzaufklärung internalisierender Störungen bei. Bei den weiblichen Straftäterinnen waren es immerhin 17,9% und bei getrennter Betrachtung der drei Formen von Missbrauch sogar 43,6%, wobei sich zeigte, dass emotionaler Missbrauch den größten Einfluss und physischer Missbrauch sogar einen negativen Einfluss auf Internalisierung hatte.

Vernachlässigung trug insgesamt 4,5% zur Varianzaufklärung externalisierender Störungen bei. Bei den männlichen Straftätern waren es 10,3% mit einem größeren Einfluss emotionaler Vernachlässigung auf Externalisierung.

Sowohl für psychopathologische Auffälligkeiten als auch für frühe Traumatisierungen fanden wir hohe Prävalenzen bei den jugendlichen Straftäter\*innen. Traumatisierungserfahrungen in der Kindheit sind eher die Regel als die Ausnahme bei jugendlichen Straftäter\*innen und wirken sich auf die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten aus. Diese Erkenntnisse müssen in einem aufmerksamen und sensiblen Umgang mit jugendlichen Straftäter\*innen sowie in der Entwicklung bedarfsgerechter, effektiver pädagogischer und therapeutischer Angebote und Maßnahmen Anwendung in der Jugendarrestanstalt finden. Das Verständnis und die Berücksichtigung des kriminellen Werdegangs sind essenziell, um jugendlichen Straftäter\*innen, die ganz am Anfang einer kriminellen Karriere stehen, Perspektiven zu eröffnen und mit ihnen gemeinsam Auswege aus der Kriminalität zu erarbeiten.

## Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mir mein Studium und die Anfertigung dieser Dissertation ermöglicht haben.

Herrn Prof. Dr. Wolfgang Retz danke ich für die Möglichkeit, in seinem Arbeitskreis meine Promotionsarbeit anfertigen zu dürfen und für die Bereitstellung des spannenden Themas.

Ein herzliches Dankeschön richte ich an Dr. rer. biol. hum. Dr. med. Daniel Turner für die zuverlässige und entgegenkommende Betreuung. Die Beratung und fachliche Unterstützung waren stets sehr bereichernd für mich und die Zusammenarbeit angenehm. Ich hätte es nicht besser treffen können.

Ein ganz großer Dank gilt meinen Eltern für all die Unterstützung während der letzten Jahre und schon immer. Ihr habt all das erst möglich gemacht und es bedeutet mir viel, dass ihr unermüdlich an mich glaubt und immer hinter mir steht.

Ein weiteres riesiges Danke richte ich an meine zwei Schwestern Nele und Rieke. Eure Liebe und euer Zuspruch ist zutiefst wertvoll für mich und fängt mich immer wieder auf.

Besonders meiner Schwester Nele bin ich unendlich dankbar für ihren Rat und ihre Hilfe, die zum Gelingen dieser Arbeit enorm beigetragen haben.

Auch meiner Oma Friedchen danke ich von Herzen für all die Unterstützung und die Gebete für mich in den letzten Jahren. Du bist mein Fels in der Brandung.

Bedanken möchte ich mich auch bei all meinen Freunden, die seit Jahren an meiner Seite sind und mit Humor, Rat, Hilfe und Gesprächen mein Leben so viel leichter und schöner machen.

Zuletzt möchte ich mich aufrichtig bei meinem Partner Lukas Scharfe bedanken, der in allen Höhen und Tiefen der letzten Jahre immer für mich da war und mich nach Kräften unterstützt hat. Danke.

# Tabellarischer Lebenslauf

## Persönliche Daten

Name Anne Jule Wolf  
Geburtsdatum 14. November 1994  
Geburtsort Bad Arolsen

## Schulbildung

2001 – 2005 Grundschule Goddelsheim  
2005 – 2013 Alte Landesschule Korbach, Allgemeine Hochschulreife

## Studium

10/2013 – 09/2020 Studium der Humanmedizin an der JGU Mainz  
09/2015 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung  
04/2019 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung  
09/2019 – 04/2020 Praktisches Jahr:  
Gynäkologie und Geburtshilfe im Diakonie Krankenhaus Bad Kreuznach  
Chirurgie im Kilimanjaro Christian Medical Center in Moshi (Tansania) und im Katholischen Klinikum Koblenz-Montabaur  
Innere Medizin im Diakonie Krankenhaus Bad Kreuznach  
05/2020 Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung, Approbation als Ärztin

## Promotion

„Psychopathologische Auffälligkeiten bei jugendlichen Straftäterinnen und Straftätern und ihr Zusammenhang mit Traumatisierungserfahrungen in der Kindheit“ bei Prof. Dr. med. Retz, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz

## Berufliche Tätigkeit

seit 10/2020 Assistenzärztin in Weiterbildung zur Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klinikum Darmstadt GmbH



## Literaturverzeichnis

1. Achenbach, T. M. and C. S. Edelbrock (1987). Manual for the youth self-report and profile, University of Vermont. Department of Psychiatry.
2. Aebi, M., S. Linhart, L. Thun-Hohenstein, C. Bessler, H. C. Steinhausen and B. Plattner (2015). "Detained Male Adolescent Offender's Emotional, Physical and Sexual Maltreatment Profiles and Their Associations to Psychiatric Disorders and Criminal Behaviors." Journal of Abnormal Child Psychology **43**(5): 999-1009.
3. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers and K. Heim (1998). Fragebogen für Jugendliche; deutsche Bearbeitung der Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist (YSR). Einführung und Anleitung zur Handauswertung. Köln, Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
4. Archer, J. (2004). "Sex Differences in Aggression in Real-World Settings: A Meta-Analytic Review." Review of General Psychology **8**: 291 - 322.
5. Asscher, J. J., C. E. van der Put and G. J. Stams (2015). "Gender Differences in the Impact of Abuse and Neglect Victimization on Adolescent Offending Behavior." Journal of Family Violence **30**: 215-225.
6. Barkmann, C. and M. Schulte-Markwort (2004). "Prävalenz psychischer Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - ein systematischer Literaturüberblick." Psychiatrische Praxis **31**(6): 278-287.
7. Beaudry, G., R. Yu, N. Långström and F. S. Fazel (2020). "An Updated Systematic Review and Meta-regression Analysis: Mental Disorders Among Adolescents in Juvenile Detention and Correctional Facilities." Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.
8. Bernstein, D. P., J. A. Stein, M. D. Newcomb, E. Walker, D. Pogge, T. Ahluvalia, J. Stokes, L. Handelsman, M. Medrano and D. Desmond (2003). "Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire." Child Abuse & Neglect **27**(2): 169-190.
9. Bessler, C., D. Stiefel, S. Barra, B. Plattner and M. Aebi (2019). "Psychische Störungen und kriminelle Rückfälle bei männlichen jugendlichen Gefängnisinsassen." Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie **47**(1): 73-88.
10. Bielas, H., S. Barra, C. Skrivanek, M. Aebi, H. C. Steinhausen, C. Bessler and B. Plattner (2016). "The associations of cumulative adverse childhood experiences and irritability with mental disorders in detained male adolescent offenders." Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health **10**: 34.
11. Brosky, B. A. and S. J. Lally (2004). "Prevalence of Trauma, PTSD, and Dissociation in Court-Referred Adolescents." Journal of Interpersonal Violence **19**(7): 801-814.

12. Brückl, T. M. and E. B. Binder (2017). "Folgen früher Traumatisierung aus neurobiologischer Sicht." Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie **11**(2): 118-132.
13. Bryant, D. J., M. Oo and A. J. Damian (2020). "The Rise of Adverse Childhood Experiences During the COVID-19 Pandemic." Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy **12**(S1): S193-S194.
14. Calvano, C., L. Engelke, J. Di Bella, J. Kindermann, B. Renneberg and S. M. Winter (2021). "Families in the COVID-19 pandemic: parental stress, parent mental health and the occurrence of adverse childhood experiences—results of a representative survey in Germany." European Child & Adolescent Psychiatry.
15. Caspar, F., I. Pjanic and S. Westermann (2018). Klinische Psychologie. Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden: 6-7.
16. Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie. (o. D.). "Was ist ein Trauma und wie entstehen Traumafolgestörungen?" Retrieved 25.08.2020, 15:00 Uhr, 2020, from <https://www.degpt.de/informationen/fuer-betroffene/trauma-und-traumafolgen/>.
17. Dierkhising, C. B., S. J. Ko, B. Woods-Jaeger, E. C. Briggs, R. Lee and R. S. Pynoos (2013). "Trauma histories among justice-involved youth: findings from the National Child Traumatic Stress Network." European Journal of Psychotraumatology **4**.
18. Döpfner, M., P. Melchers, J. M. Fegert, G. Lehmkuhl, U. Lehmkuhl, K. Schmeck, H.-C. Steinhausen and F. Poustka (1994). "Deutschsprachige Konsensus-Versionen der Child Behavior Checklist (CBCL 4-18), der Teacher Report Form (TRF) und der Youth Self Report Form (YSR)." Kindheit und Entwicklung **3**(7): 54-59.
19. Ebert, D., J. Krause and C. Roth-Sackenheim (2003). "ADHS im Erwachsenenalter - Leitlinien auf der Basis eines Expertenkonsensus mit Unterstützung der DGPPN." Der Nervenarzt **74**(10): 939-945.
20. Farina, A. S. J., K. J. Holzer, M. DeLisi and M. G. Vaughn (2018). "Childhood Trauma and Psychopathic Features Among Juvenile Offenders." International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology **62**(14): 4359-4380.
21. Gräf, C., I. Hoffmann, C. Diefenbach, J. König, M. F. Schmidt, K. Schnick-Vollmer, M. Huss, M. S. Urschitz and ikidS.Project Group (2019). "Mental health problems and school performance in first graders: results of the prospective cohort study ikidS." European Child & Adolescent Psychiatry **28**(10): 1341-1352.
22. Grevet, E. H., C. H. D. Bau, C. A. I. Salgado, A. G. Fischer, K. Kalil, M. M. Victor, C. R. Garcia, N. O. Sousa, L. A. Rohde and P. Belmonte-de-Abreu (2006). "Lack of gender effects on subtype outcomes in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder." European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience **256**(5): 311-319.

23. Guha, A., S. Luebbers, N. Papalia and J. R. P. Ogloff (2019). "A follow-up study of mental health service utilisation in a cohort of 2433 sexually abused Australian children utilising five years of medical data." Child Abuse & Neglect **90**: 174-184.
24. Guleritsch, E. (o. D.). "Kurzinformation über Jugendarrest und die Jugendarrestanstalt Worms." Retrieved 07.09.2020, 12:00, 2020, from <https://jaawo.justiz.rlp.de/de/wir-ueber-uns/>.
25. Hölling, H., R. Schlack, F. Petermann, U. Ravens-Sieberer, E. Mauz and KiGGS Study Group (2014). "Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland - Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012): Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1)." Bundesgesundheitsblatt **57**(7): 807-819.
26. Hubble, K., K. L. Bowen, S. C. Moore and S. H. van Goozen (2015). "Improving Negative Emotion Recognition in Young Offenders Reduces Subsequent Crime." PLoS One **10**(6): e0132035.
27. Hughes, K., M. A. Bellis, K. A. Hardcastle, D. Sethi, A. Butchart, C. Mikton, L. Jones and M. P. Dunne (2017). "The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis." The Lancet Public Health **2**(8): e356-e366.
28. Karos, K., N. Niederstrasser, L. Abidi, D. P. Bernstein and K. Bader (2014). "Factor structure, reliability, and known groups validity of the German version of the Childhood Trauma Questionnaire (Short-form) in Swiss patients and nonpatients." Journal of Child Sexual Abuse **23**(4): 418-430.
29. Kessler, R. C., G. P. Amminger, S. Aguilar-Gaxiola, J. Alonso, S. Lee and T. B. Ustün (2007). "Age of onset of mental disorders: A review of recent literature." Current Opinion in Psychiatry **20**(4): 359-364.
30. Kessler, R. C., K. A. McLaughlin, J. G. Green, M. J. Gruber, N. A. Sampson, A. M. Zaslavsky, S. Aguilar-Gaxiola, A. O. Alhamzawi, J. Alonso, M. Angermeyer, C. Benjet, E. Bromet, S. Chatterji, G. de Girolamo, K. Demyttenaere, J. Fayyad, S. Florescu, G. Gal, O. Gureje, J. M. Haro, C. Y. Hu, E. G. Karam, N. Kawakami, S. Lee, J. P. Lepine, J. Ormel, J. Posada-Villa, R. Sagar, A. Tsang, T. B. Ustun, S. Vassilev, M. C. Viana and D. R. Williams (2010). "Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys." The British Journal of Psychiatry **197**(5): 378-385.
31. Killias, M. and A. Lukash (2019). "Migration, not migrants, is the problem: Delinquency among migrants and non-migrants in Switzerland and ex-Yugoslavia." European Journal of Criminology: 1477370819828329.
32. King, D. C., K. M. Abram, E. G. Romero, J. J. Washburn, L. J. Welty and L. A. Teplin (2011). "Childhood Maltreatment and Psychiatric Disorders Among Detained Youths." Psychiatric Services **62**(12): 1430-1438.
33. Klasen, F., A. K. Meyrose, C. Otto, F. Reiss and U. Ravens-Sieberer (2017). "Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland:

- Ergebnisse der BELLA-Studie." Monatsschrift Kinderheilkunde **165**(5): 402-407.
34. Klipker, K., F. Baumgarten, K. Göbel, T. Lampert and H. Hölling (2018). "Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends." Journal of Health Monitoring **3**.
  35. Köchl, B. and S. Völkl-Kernstock (2016). Kinder und Jugendliche als Opfer von Gewalt. Forensische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Praxishandbuch für die interdisziplinäre Zusammenarbeit: Psychologie – Medizin – Recht – Sozialarbeit. S. Völkl-Kernstock and C. Kienbacher. Wien, Springer: 11-22.
  36. Köhler, D. (2010). Psychische Auffälligkeiten bei straffälligen jungen Menschen. Achtung (für) Jugend! D. V. f. J. u. J. e. V.-. Schriftenreihe.
  37. Köhler, D., H. Heinzen, G. Hinrichs and C. Huchzermeier (2009). "The Prevalence of Mental Disorders in a German Sample of Male Incarcerated Juvenile Offenders." International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology **53**(2): 211-227.
  38. Kölch, M., P. L. Plener and J. M. Fegert (2020). Psychopathologie und Klassifikationssysteme - Grundlegende Aspekte. Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. M. Kölch, M. Rassenhofer and J. M. Fegert. Berlin, Springer. **3**: 1-8.
  39. Lieb, K. (2019). Einführung Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie. K. Lieb and S. Frauenknecht. München, Elsevier: 5-14.
  40. Lupien, S. J., B. S. McEwen, M. R. Gunnar and C. Heim (2009). "Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition." Nature Reviews Neuroscience **10**(6): 434-445.
  41. Marchant, B. K., F. W. Reimherr, P. H. Wender and T. E. Gift (2015). "Psychometric properties of the Self-Report Wender-Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Scale." Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists **27**(4): 267-277; quiz 278-282.
  42. McGloin, J. M., T. C. Pratt and J. Maahs (2004). "Rethinking the IQ-delinquency relationship: A longitudinal analysis of multiple theoretical models." Justice Quarterly **21**(3): 603-635.
  43. Moffitt, T. E. (1993). "Adolescence-Limited and Life-Course-Persistent Antisocial Behavior: A Developmental Taxonomy." Psychological Review **100**(4): 674.
  44. Na, K.-S. and S. E. Cho (2019). "Prevalence of Mental Disorders Among Juvenile Offenders: Systematic Review and Meta-Analysis." Available at SSRN 3321503.
  45. Odgers, C. L., M. L. Burnette, P. Chauhan, M. M. Moretti and N. D. Reppucci (2005). "Misdiagnosing the Problem: Mental Health Profiles of Incarcerated

- Juveniles." The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review **14**(1): 26-29.
46. Odgers, C. L., S. J. Robins and M. A. Russell (2010). "Morbidity and Mortality Risk Among the "Forgotten Few": Why Are Girls in the Justice System in Such Poor Health?" Law and Human Behavior **34**(6): 429-444.
47. Papalia, N., B. Spivak, M. Daffern and J. R. P. Ogloff (2019). "A meta-analytic review of the efficacy of psychological treatments for violent offenders in correctional and forensic mental health settings." Clinical Psychology: Science and Practice **26**(2): e12282.
48. Pechorro, P. S., D. N. Vieira, C. A. Poiares, R. X. Vieira, J. Marôco, S. Neves and C. Nunes (2013). "Psychopathy and behavior problems: A comparison of incarcerated male and female juvenile delinquents." International Journal of Law and Psychiatry **36**(1): 18-22.
49. Philipp-Wiegmann, F., M. Rösler, O. Clasen, T. Zinnow, P. Retz-Junginger and W. Retz (2017). "ADHD modulates the course of delinquency: a 15-year follow-up study of young incarcerated man." European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience **268**(4): 391-399.
50. Plattner, B., M. Aebi, H.-C. Steinhausen and C. Bessler (2011). "Psychopathologische und komorbide Störungen inhaftierter Jugendlicher in Österreich." Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie **39**(4): 231-240; quiz 241.
51. Plener, P. L. and J. M. Fegert (2020). Externalisierende Störungsbilder - Störungen des Sozialverhaltens. Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. M. Kölch, M. Rassenhofer and J. M. Fegert. Berlin, Springer. **3**: 25-38.
52. Plück, J., M. Döpfner, W. Berner, J. M. Fegert, M. Huss, K. Lenz, K. Schmeck, U. Lehmkuhl, F. Poustka and G. Lehmkuhl (1997). "Die Bedeutung unterschiedlicher Informationsquellen bei der Beurteilung psychischer Störungen im Jugendalter - ein Vergleich von Elternurteil und Selbsteinschätzung der Jugendlichen." Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie **46**.
53. Power, E., S. Hughes, D. Cotter and M. Cannon (2020). "Youth mental health in the time of COVID-19." Irish Journal of Psychological Medicine **37**(4): 301-305.
54. Prüß, U., S. von Widdern, C. von Ferber, L. von Ferber and G. Lehmkuhl (2005). "Wie beeinflussen unterschiedliche Befragungssettings die Prävalenz von Symptomen? Ein Methodenvergleich am Beispiel des Youth Self Report." Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie **33**(4): 295-305.
55. Retz-Junginger, P., L. Giesen, F. Philipp-Wiegmann, M. Rösler and W. Retz (2017). "Der Wender-Reimherr-Selbstbeurteilungsfragebogen zur adulten ADHS." Der Nervenarzt **88**(7): 797-801.

56. Retz-Junginger, P., E. Sobanski, B. Alm, W. Retz and M. Rösler (2008). "Alters- und geschlechtsspezifische Besonderheiten der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung." Der Nervenarzt **79**(7): 809-819.
57. Robison, R. J., F. W. Reimherr, B. K. Marchant, S. V. Faraone, L. A. Adler and S. A. West (2008). "Gender differences in 2 clinical trials of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a retrospective data analysis." Journal of Clinical Psychiatry **69**(2): 213-221.
58. Simpson, S., S. Mercer, R. Simpson, M. Lawrence and S. Wyke (2018). "Mindfulness-Based Interventions for Young Offenders: a Scoping Review." Mindfulness (N Y) **9**(5): 1330-1343.
59. Steinhausen, H.-C. and H. Jakobsen (2019). "Incidence Rates of Treated Mental Disorders in Childhood and Adolescence in a Complete Nationwide Birth Cohort." The Journal of Clinical Psychiatry **80**(3).
60. Stephenson, Z., J. Woodhams and C. Cooke (2014). "Sex Differences in Predictors of Violent and Non-Violent Juvenile Offending." Aggressive Behavior **40**(2): 165-177.
61. Strüber, N., D. Strüber and G. Roth (2014). "Impact of early adversity on glucocorticoid regulation and later mental disorders." Neuroscience & Biobehavioral Reviews **38**: 17-37.
62. Teicher, M. H. and J. A. Samson (2016). "Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect." Journal of Child Psychology and Psychiatry **57**(3): 241-266.
63. Toth, S. L. and D. Cicchetti (2013). "A Developmental Psychopathology Perspective on Child Maltreatment." Child Maltreatment **18**(3): 135-139.
64. Townsend, E., D. M. Walker, S. Sargeant, P. Vostanis, K. Hawton, O. Stocker and J. Sithole (2010). "Systematic review and meta-analysis of interventions relevant for young offenders with mood disorders, anxiety disorders, or self-harm." Journal of Adolescence **33**(1): 9-20.
65. van der Put, C. E. and C. de Ruiter (2016). "Child maltreatment victimization by type in relation to criminal recidivism in juvenile offenders." BMC Psychiatry **16**: 24.
66. Vitopoulos, N. A., M. Peterson-Badali, S. Brown and T. A. Skilling (2018). "The Relationship Between Trauma, Recidivism Risk, and Reoffending in Male and Female Juvenile Offenders." Journal of Child and Adolescent Trauma **12**(3): 351-364.
67. Weller, J. A. and P. A. Fisher (2013). "Decision-Making Deficits Among Maltreated Children." Child Maltreatment **18**(3): 184-194.
68. Wender, P. H. (1998). "Attention-deficit hyperactivity disorder in adults." Psychiatric Clinics of North America **21**(4): 761-774.

69. Werner, E. E. (1993). "Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study." Development and Psychopathology **5**(4): 503-515.
70. Wettig, J. (2009). Schicksal Kindheit - Kindheit beeinflusst das ganze Leben: Fakten statt Mythen, verständlich und klar. Heidelberg, Springer Medizin Verlag.
71. Wingenfeld, K., C. Spitzer, C. Mensebach, H. J. Grabe, A. Hill, U. Gast, N. Schlosser, H. Höpp, T. Beblo and M. Driessen (2010). "Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten." PPmP - Psychotherapie - Psychosomatik - Medizinische Psychologie **60**(11): 442-450.
72. Witt, A., C. Sachser, P. L. Plener, E. Brahler and J. M. Fegert (2019). "Prävalenz und Folgen belastender Kindheitserlebnisse in der deutschen Bevölkerung." Deutsches Ärzteblatt **116**(38): 635-642.
73. Wolff, K. T., M. T. Baglivio and A. R. Piquero (2017). "The Relationship Between Adverse Childhood Experiences and Recidivism in a Sample of Juvenile Offenders in Community-Based Treatment." International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology **61**(11): 1210-1242.
74. Ziegert, B., A. Neuss, B. Herpertz-Dahlmann and W. Kruse (2002). "Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in der allgemeinärztlichen Praxis." Deutsches Ärzteblatt **99**(21): 1436-1440.