



Forensische Psychiatrie

Dr. Maria Penteker

FÄ. f. Psychiatrie – Abteilung f. Psychiatrie
mit forensischem Schwerpunkt

Kepleruniklinikum Linz - Neuromedcampus

Überblick

- Forensische Psychiatrie – Jugendforensik
- Fall 1
- Juvenile Schizophrenie
- Gesetzliche Grundlagen aktuell
- Fall 2
- Dissoziale Persönlichkeitsstörung
- Risikofaktoren Jugenddelinquenz
- Fragen & Antworten

Die forensische Psychiatrie ist ein Teilgebiet der Psychiatrie. Sie befasst sich mit den rechtlichen Fragen, die sich im Zusammenhang mit psychisch kranken Menschen stellen. Darunter fällt die Begutachtung, in der juristische Fragestellungen beantwortet werden, etwa zur Schuldfähigkeit oder Kriminalprognose.... Auftraggeber für Gutachten sind z. B. Richter oder Staatsanwälte. Zudem zählt die Behandlung von psychisch kranken Straftätern zur Aufgabe der forensischen Psychiatrie und Psychotherapie (Maßnahmenvollzug). Straftäter, die Gerichte aufgrund ihrer psychischen Erkrankung als nicht schuldig erklären, werden in forensisch-therapeutischen Zentren zur fachgerechten Behandlung untergebracht. Die Voraussetzungen dazu sind im Strafgesetzbuch (§21/1 und §21/2 StGB) geregelt.

DEFINITION FORENSISCHE PSYCHIATRIE IN ANLEHNUNG AN DGPPN

Vorurteile vs. Realität

- „Die werden dort alle nur mit Medikamenten ruhiggestellt!“
- „Da ist man für immer weggesperrt.“
- „Das ist schlimmer wie im Knast.“
- „Die sind alle so gefährlich, dass die im Zimmer weggesperrt oder festgebunden sind.“
- Evidenzbasierte medizinische und therapeutische Behandlung.
- Lockerungsschritte möglich
- Arbeit an unserer Abteilung ohne die ständige Anwesenheit von Justizwache, nur med. und therapeutisches Personal.
- Patienten leben gemeinsam auf der Station. Station jedoch mit erhöhten Sicherheitsstandards.
- Einschränkungen bei Gefährlichkeit

Juvenile Schizophrenie

PRÄVALENZ

1% vor dem 10. LJ

4% vor 15. LJ

10% 14-20. LJ

42% 21-30 LJ

In Kinder u Jugendpsychiatrie:

1-2 % der Kinder

2-3 % der Jugendlichen

Bis 12. LJ keine Unterschiede betr. Geschlecht, in Pubertät mehr Knaben betroffen

VERLAUF

50 % persistierend symptomatisch

25% Teilremission

25% Vollremission

(ähnlich Erwachsenen, tendenziell schlechter)

Verlauf Abhängig von:

- Erkrankungsalter
- Prämorbide soziale Anpassung
- Dauer der unbehandelten Psychose
- Akuität des Erkrankungsbeginn

Juvenile Schizophrenie - Symptome

Prodromalstadium:

Negativsymptome: Rückzug, Adynamie, Vernachlässigung der Hygiene, bizarre Gedankengänge, Schlaf- und Appetitlosigkeit, abnehmende Schulleistungen, Misstrauen, unmotivierter Aggressivität mit Wut und Zornausbrüchen

Bei Ausbruch zwischen 3. und 8. Lj. Zuordnung nur retrospektiv, durchschnittlich 2-jähriges Intervall zwischen Erstmanifestation und Diagnose, häufigste Diagnosen bis dahin: Persönlichkeits(entwicklungs)störung, dissoziale Störung

Juvenile Schizophrenie - Symptome

Vor dem 10. LJ: Antrieb (Apathie oder Impulsdurchbrüche), Emotionen (Ängste, Reizbar, gleichgültig) Motorik (Stereotypien, Schaukeln) Sprache (Stereotypie, Wortneubildungen) Kontaktverhalten , KAUM Wahn, Halluzinationen

Die Fähigkeit zur Produktion psychotischer Symptome, die denjenigen Erwachsener ähneln oder gleichen, hat ein differenziertes Entwicklungsniveau mit Ich-Reife zur Voraussetzung (Entstehen von Ich-Fremdheit, Schuldgefühlen,...)

10-14 LJ: Wahn: zunächst Leib-bezogen -> Abstraktionsvermögen -> Wahninhalte werden präziser, Thematik weniger Leib-bezogen, abstrakter und ähnlicher denen des Erwachsenen; vor 12. LJ flüchtige Wahnideen, ab 12. LJ Systematisierung, Denkstörungen: unkonzentriert, sprunghaft, Denkhemmung, erste Halluzinationen v.a. optisch, szenisch

Pubertät: Sexuelle Themen, religiöse Themen, Halluzinationen wie bei Erwachsenen

Diagnose umso schwieriger je Jünger Betroffene/r. Oft nur retrospektiv zuordenbar. Oft als Dissozialität diagnostiziert.

Juvenile Schizophrenie - Symptome

- Halluzinationen (72% akustisch, meist imperativ, beschimpfend, beleidigend, 44% optisch,...)
- Motorische Störungen (bizarre Bewegungen, Stereotypien, weniger Mimik...)
- Sprache
- Antriebsstörung (verlangsamt, lustlos,..)
- Zwangssymptome
- Sozialer Rückzug
- Kognitive Störungen bei 75%
- Beeinträchtigung der sozialen Kompetenz



Gesetzliche Grundlagen – Wer kommt zu uns?

- Vorläufige Anhaltung nach § 431 StPO
- Einweisung nach § 21/1
 - Schwerwiegende und nachhaltige psychische Störung
 - Zurechnungsunfähigkeit zum Zeitpunkt der Anlasstat - Wer unfähig ist, das Unrecht ihrer/seiner Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, handelt nicht schuldhaft und ist somit unzurechnungsfähig.
 - hohe Wahrscheinlichkeit weiterer Straftaten.
 - Strafandrohung mind. 3 Jahre, oder 1 Jahr und Prognosestat (gegen Leib und Leben, sex. Integrität,)
 - **BEI JUGENDLICHEN /JUNGEN ERWACHSENEN ABWEICHENDE REGELUNG !**
- Behandlungsbedürftige StraftäterInnen und Untergebrachte nach § 21/2 StGB aus diversen Justizanstalten Oberösterreichs
- ab Strafmündigkeit.

Gesetzesänderungen 2023 - Jugend

- Anlasstat vor Vollendung des 21. Lj.
- Unterbringung im Maßnahmenvollzug nur bei Straftat welche mit lebenslanger Freiheitsstrafe oder einer Freiheitsstrafe im Höchstmaß von mind. 10 Jahren bedroht ist.
- Lücke zwischen Unterbring nach Ubg und Strafgesetz
- ~~max. 15 Jahre Anhaltung~~ → stattdessen Fallkonferenzen >10 Jahre Unterbringungsdauer
- Begutachtung durch Kinder- und Jugendpsychiater/in (Psychologe/in)
- ~~unbedingte Entlassung aller bereits eingewiesenen Jugendlichen, die die Kriterien nicht erfüllen mit 1.9.2023~~ NEU seit 09/23: keine zwingende Entlassung aber Fallkonferenz bis Dezember, dann mind. alle 3 Jahre

Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Diagnosestellung PS vor 16./17. Lj eher unangemessen – ev. Wenn gewisse Züge andauernd und nicht auf Entwicklungsperiode beschränkt vorhanden sind. Einschränkungen in mehreren Lebensbereichen (Schulisch, Sozial, Beruflich,)

Diagnosekriterien nach ICD-10:

1. Kaltes Unbeteiligt sein und Rücksichtslosigkeit gegenüber Gefühlen Anderer.
2. Grobe und andauernde Verantwortungslosigkeit und Missachtung sozialer Normen, Regeln, Verpflichtungen
3. Unvermögen zur Beibehaltung längerfristiger Beziehungen, aber keine Schwierigkeiten Beziehungen einzugehen
4. Sehr geringe Frustrationstoleranz und niedrige Schwelle für aggressives und gewalttätiges Verhalten
5. Unfähigkeit zum Erleben von Schuldbewusstsein oder zum Lernen aus Erfahrung besonders aus Bestrafung.
6. Ausgeprägte Neigung Andere zu beschuldigen oder einleuchtende Rationalisierungen für das eigene Verhalten anzubieten durch welches die Person in den Konflikt mit der Gesellschaft geraten ist.

Risikofaktoren für delinquentes Verhalten

Risikofaktoren in der Familie:

- Geschichte von Problemverhalten in der Familie (Gewalt, Alkohol, Drogen, Schulabbruch, kriminelle Vergangenheit..)
- Probleme mit Familienmanagement: Eltern haben keine klaren Vorgaben, wenig Betreuung, Inkonsequente Erziehung)
- Konflikte in der Familie (häusliche Gewalt, ständige Konfliktsituationen..)
- Verharmlosende Haltung zu Problemverhalten durch Eltern

Schulbezogene Risikofaktoren:

- frühes antisoziales Verhalten
- Lernrückstand schon in VS
- fehlende Bindung zur Schule (schlechte Schulorganisation, didaktische Mängel, fehlenden Wertschätzung wirken verstärkend.)

Risikofaktoren für delinquentes Verhalten

Interpersonell / Peer Group:

- Entfremdung / Auflehnung (Gefühl kein Teil der Gesellschaft zu sein, Auflehnung, Diskriminierung!)
- Peer Group mit Problemverhalten
- prodelinquente Einstellung der Peer Group
- Früher Beginn des Problemverhaltens
- Biologische Faktoren

Umgebungsfaktoren:

- Verfügbarkeit von Drogen
- Verfügbarkeit von Waffen
- Normen der sozialen Umgebung
- Gewalt in den Medien
- Fluktuation
- Wenig Bindung in Nachbarschaft
- schlechte sozioökonomische Situation

