

ADHD und Störung des Sozialverhaltens im Kindesalter als Prädiktoren aggressiver Sexualdelinquenz?

ADHD and Conduct Disorder in Childhood as Predictors for aggressive Sexual Delinquency?

S. R. Vaih-Koch, J. Ponseti, H.A.G. Bosinski

Zusammenfassung

Diese Studie untersucht den Zusammenhang zwischen Verhaltensstörungen im Kindesalter, wie „Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung“ (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD), „Störung des Sozialverhaltens“ (SSV) und „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“ entsprechend DSM-IV-Kriterien und späterer Sexualdelinquenz. Hierzu wurden Akten von 175 Sexualstraftätern im Alter zwischen 15 und 85 Jahren, die in den Jahren 1991 bis 2000 forensisch begutachtet wurden, retrospektiv aufgearbeitet, hinsichtlich der DSM-IV Diagnosekriterien ausgewertet und die einzelnen Deliktgruppen miteinander verglichen. Die Stichprobe besteht aus 20 Sexualstraftätern, die Tötungen von Erwachsenen begangen hatten, 38 Tätern mit versuchter oder vollzogener Vergewaltigung, 13 Exhibitionisten, 91 Tätern mit sexuellem Kindesmißbrauch und 13 mit verschiedenen sexuell motivierten Straftaten. Die Gruppe mit sexuellem Kindesmißbrauch wurde nach Tathergang differenziert in gewaltlose, verbal aggressive und körperlich gewalttätige Delinquenten, darunter auch Tötungen von Kindern. Es zeigte sich eine signifikante positive Korrelation sowohl zwischen ADHD mit gleichzeitiger „Störung des Sozialverhaltens“ in der Kindheit und Vergewaltigung ($p = 0,040$ und $p = 0,002$) sowie körperlich gewalttätigem sexuellem Kindesmißbrauch ($p = 0,024$ und $p < 0,001$). Das Vorliegen von ADHD allein korreliert mit keiner der Deliktgruppen, während sich bei Komorbidität von ADHD und SSV deutliche Zusammenhänge zu gewalttätigem Sexualverhalten herauskristallisierten. In der Gruppe der Exhibitionisten bestanden in keinem Fall Symptome dieser Störungen in der Kindheit. Den Ergebnissen zufolge haben Kinder mit ADHD eine erhöhte Disposition zu sexuell gewalttätigem Verhalten im Erwachsenenalter, wenn sie ebenfalls Störungen des Sozialverhaltens aufweisen.

Schlüsselwörter: Sexualstraftäter, Gewalt, ADHD, Störung des Sozialverhaltens, Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten

Abstract

This study considers a correlation between adult sex offending and childhood behavioral disorders like Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), Conduct Disorder (CD) and Oppositional Defiant Disorder according to DSM-IV diagnostic criteria. File records of 175 sex offenders, age 15 to 85 years, who were subject to forensic expert opinion from 1991 to 2000, were investigated retrospectively concerning symptoms of the above diagnoses. The sample consists of 20 delinquents who committed sexual homicide of adults, 38 rapists, 13

exhibitionists, 91 sex offenders against minors, and 13 men who committed various other sexually motivated crimes. The group of child sexual abusers was further split into non-violent, verbally aggressive, and physically aggressive delinquents, the latter including lethal crimes. A positive correlation of childhood ADHD and Conduct Disorder to rape ($p = .040$ and $p = .002$) and violent sexual assault against minors ($p = .024$ and $p < .001$) was found. While there was no relation between any of the specific delinquencies and childhood ADHD alone, the co-morbidity of ADHD and CD showed a high significant correlation to violent sexual delinquency. Hence, children with ADHD seem to have a higher risk for involvement in violent sexual delinquency in adulthood if they also show symptoms of Conduct Disorder.

Keywords: sex offenders, violence, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), Conduct Disorder, Oppositional Defiant Disorder

Einleitung – Stand der Forschung

Bis heute bestehen keine empirisch verifizierten Erkenntnisse über die Ätiologie von sexuell delinquentem Verhalten. Es existieren insbesondere keine empirischen Untersuchungen bezüglich möglicher Verhaltensstörungen im Kindesalter, die eine Entwicklung zu strafrechtlich relevantem Sexualverhalten im späteren Leben begünstigen könnten. In der Literatur wird eine Vielzahl unspezifischer Verhaltens- und Entwicklungsstörungen in der Kindheit und Adoleszenz späterer Sexualdelinquenten diskutiert, u.a. selbst erlebter sexueller Missbrauch, Gewalt und Alkoholismus in der Primärfamilie, aggressives Verhalten gegen Menschen, Tierquälerei etc. (Faller 1989, Stattin & Magnusson 1989, Rubinstein et al. 1993, Freund & Kuban 1994, Worling 1995, Haapasalo & Kankkonen 1997, Curtin & Niveau 1998, Fergusson & Horwood 1998, Johnson & Knight 2000). Verallgemeinernd kann sicherlich davon ausgegangen werden, dass delinquentes Verhalten im Erwachsenenalter häufig die Konsequenz einer kontinuierlichen Entwicklung von Verhaltensproblemen und Fehlverhalten ist, die in ihren Anfängen bereits in der Kindheit oder frühen Jugend erkennbar sind. Klinische Einzelfallbeobachtungen ließen eine Häufung besonderer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter bei späteren Sexualstraftätern erkennen. Diese sind im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV) als „Störungen der Aufmerksamkeit, der Aktivität und des Sozialverhaltens“ klassifiziert. Es handelt sich hierbei insbesondere um „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“ (DSM-IV 314.00 / 314.01), um die „Störung des Sozialverhaltens“ (DSM-IV 312.8) sowie um die „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“ (DSM-IV 313.81). Nach DSM-IV besteht das Hauptmerkmal einer Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung in einem durchgehenden Muster von Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität und Impulsivität, das häufiger und schwerwiegender ist, als es bei Kindern auf vergleichbarer Entwicklungsstufe typischerweise beobachtet wird. Das Hauptmerkmal der Störung des Sozialverhaltens ist ein sich wiederholendes und durchgängiges Verhaltensmuster, bei dem die grundlegenden Rechte anderer sowie wichtige altersentsprechende soziale Normen und Regeln verletzt werden, während die Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten durch ein Muster von wiederkehrenden negativistischen, trotzigem, ungehorsamen und feindseligen Verhaltensweisen gegenüber Autoritätspersonen charakterisiert ist, das mindestens sechs Monate andauert (Details siehe Anhang Diagnosekriterien).

Diese Gruppe von Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter sind ebenfalls in der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD-10) beschrieben, hier in der Kategorie „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ F90-F98. Im Unterschied zur o.g. Klassifikation des DSM-IV, wird im ICD-10 unterschieden zwischen der „hyperkinetischen Störung“ (F90) und der „Störung des Sozialverhaltens“ (F91). Erstere umfasst die Diagnosen „einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ (F90.0), „hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“ (F90.1), „sonstige hyperkinetische Störungen“ (F90.8) und „nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung“ (F90.9). Die „Störung des Sozialverhaltens“ wird weiter differenziert in „auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens“ (F91), „Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen“ (F91.1), „Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen“ (F91.2) und „Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten“ (F91.3).

Die vorgenannten Verhaltensstörungen im Kindesalter werden in beiden Klassifikationssystemen nach den führenden Symptomen vergleichbar eingeordnet: „Das Hauptmerkmal einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ist ein durchgehendes Muster von Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität und Impulsivität...“ (DSM-IV), „Gleichwohl ist unter Verhaltensgesichtspunkten klar, dass Aufmerksamkeitsprobleme ein zentrales Merkmal der hyperkinetischen Syndrome sind.“ (ICD-10). Dennoch unterscheiden sich beide, wie oben dargestellt, in der differenzierteren Diagnostik der Störungsbilder. Um die Problematik der sich teils überlappenden, teils einander ausschließenden Diagnosekriterien beider Klassifikationssysteme bei der Beurteilung der Probanden zu vermeiden, beschränkte sich diese Untersuchung auf die Anwendung des internationalen Klassifikationssystems DSM-IV, um eine bessere Vergleichbarkeit mit den zu diesem Thema relevanten Studien aus dem anglo-amerikanischen Raum zu gewährleisten.

Zahlreiche dieser Untersuchungen haben gezeigt, dass Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ein erhöhtes Risiko zur Entwicklung von antisozialen Verhalten haben, ebenso zu Substanzmißbrauch, schlechterer Ausbildung und Kriminalität im Vergleich zu verhaltensunauffälligen Kindern (Satterfield et al. 1982, Gittleman et al. 1985, Lambert 1988, Lie 1992, Mannuzza et al. 1993, Mannuzza & Klein 2000). Gittleman und Mitarbeiter (1985) fanden in einer Nachuntersuchung von 101 männlichen Jugendlichen mit ADHD in der Kindheit und einer gleichen Anzahl unauffälliger Kontrollpersonen ein Persistieren hyperkinetischer Symptome bis ins Erwachsenenalter bei 31% der Probanden. In der Übersichtsarbeit von Krause und Mitarbeitern (1998) werden Prävalenzen von 0,3% bis 11% von persistierendem ADHD im Erwachsenenalter angegeben. In einer Longitudinalstudie an 399 Kindern mit psychischen Störungen fanden Esser und Mitarbeiter (2000) bei 30% der Kinder mit hyperkinetischen Symptomen im Alter von 25 Jahren noch deutliche psychische Auffälligkeiten. Damit einhergehend zeigte sich eine deutlich erhöhte Vorkommen sozialer Störungen sowie Alkohol- und Drogenkonsum. Mannuzza und Mitarbeiter (1993) ermittelten in einer prospektiven Studie an 91 Männern mit ADHD in der Kindheit und 95 männlichen gleichaltrigen Kontrollpersonen ohne diese Verhaltensauffälligkeiten, dass die Kinder mit ADHD später eine schlechtere Ausbildung hatten, signifikant häufiger von Alkohol- und Drogenproblemen betroffen waren und antisoziales Verhalten zeigten als die Kontrollgruppe. Diese Ergebnisse wurden in einer späteren erneuten Untersuchung der Autorengruppe mit ähnlicher Fragestellung an 85 erwachsenen männlichen Probanden mit ADHD in der Kindheit und einer

Kontrollgruppe von 73 Männern bestätigt (Mannuzza et al. 1998). Andere Autoren argumentieren, dass der alleinige Einfluss dieser frühen Verhaltensstörungen auf die spätere Entwicklung kleiner sei als allgemein hin angenommen (Loney et al. 1983, Hechtmann et al. 1993). Eine mögliche Erklärung für diese widersprüchlichen Resultate hinsichtlich des Einflusses des „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom“ bzw. ADHD könnte dadurch begründet sein, dass die Diagnose ADHD, ebenso wie die Terminologie, im Laufe der Zeit zahlreichen Wandlungen und Modifikationen unterworfen war. Lynam (1996) spricht von einer „diagnostischen und historischen Heterogenität“. „Diagnostische Heterogenität“ bezieht sich darauf, dass die diagnostischen Kriterien für das Hyperkinetische Syndrom unscharf und mit anderen Störungsbildern u.U. überlappend sind und dass es Kinder mit Subtypen von ADHD gibt, die ein höheres Risiko zur Entwicklung delinquenten Verhaltens haben, so etwa Kinder mit ADHD und Störung des Sozialverhaltens gleichzeitig (Forehand 1991, Lynam 1996), oder solche mit ADHD und Aggression (Hinshaw 1987). Der Begriff „historische Heterogenität“ bezieht sich auf den Wechsel, den diagnostische Kriterien für das ADHD durchlaufen haben, seit diese Störung erstmals im Fokus der Kinder- und Jugendpsychiater auftauchte. Eine Reihe von Autoren argumentierten, dass Kinder mit ADHD eine heterogene Gruppe darstellen, deren Risiko für späteres kriminelles Verhalten stark variiert und abhängig davon sei, welche frühen Symptome vorherrschend sind (Hinshaw 1987, Satterfield et al. 1994, Babinski et al. 1999). Lilienfeld und Waldman (1990) kritisierten in ihrer Literaturübersicht über den Zusammenhang zwischen ADHD und Antisozialem Verhalten im Erwachsenenalter, dass die Mehrzahl der Studien, die Zusammenhänge zwischen ADHD und späterer krimineller Entwicklung darstellen, nicht die Komorbidität von Aggression und Verhaltensproblemen bei Kindern mit ADHD einbeziehen.

Die wenigen Studien, welche die Rolle von Aggression und Verhaltensproblemen bezüglich der Entwicklung von antisozialem Verhalten untersuchten, zeigten, dass Kinder mit Verhaltensproblemen *und* ADHD sehr viel wahrscheinlicher in kriminelles Verhalten verwickelt werden als Kinder, die nur eine Anamnese von ADHD in der Kindheit vorwiesen *ohne* dissoziale Verhaltensauffälligkeiten zu haben. So konnten Mannuzza und Mitarbeiter (1989) darstellen, dass 68% ihrer Probanden mit ADHD und Verhaltensstörungen in der Nachuntersuchung Haftaufenthalte verbüßt hatten, während diejenigen mit ADHD ohne Verhaltensstörungen nur zu 28% derart auffielen, was einer hinsichtlich ADHD unauffälligen Kontrollgruppe entsprach (in der 22% Haftaufenthalte verbüßt hatten). Satterfield und Shell (1997) beschrieben ein Kontinuum von stattgehabten Inhaftierungen aufgrund schwerwiegender Delikte bei 43% von Probanden mit ADHD und hohem Aggressionspotential in der Kindheit, verglichen mit 26% von Probanden mit ADHD und niedrigem Aggressionspotential und lediglich 8% der Kontrollgruppe ohne diese Auffälligkeiten im Kindesalter. Lilienfeld und Waldman (1990) kamen ebenso wie Patterson und Mitarbeiter (2000) zu dem Schluß, dass ADHD in der Kindheit, wenn es nicht von dissozialem Verhalten oder Aggression begleitet ist, nicht in Zusammenhang steht mit Antisozialem Verhalten im Erwachsenenalter.

Obwohl eine Reihe von Autoren davon ausgeht, dass Personen mit Symptomen der Hyperaktivität und Impulsivität ein höheres Risiko für Antisoziale Verhaltensstörungen haben (Lahey et al. 1984, Barkley 1990, Barkley et al 1990, Windle 1992), gibt es bislang keine Studien, welche die Rolle von ADHD in der Kindheit bei der Entstehung von Sexualdelinquenz untersucht haben, insbesondere nicht hinsichtlich mit der Koinzidenz von

Störungen des Sozialverhaltens bzw. mit Oppositionellem Trotzverhalten in der Kindheit. Die Identifizierung von Risikogruppen mit erhöhter Prädisposition zur Entwicklung sexuell delinquenten Verhaltens könnte die Möglichkeit früher präventiver Maßnahmen beinhalten. Kafka und Prentky (1998) untersuchten 42 Männer mit Paraphilien entsprechend den DSM-III-R Kriterien und 18 mit Verhaltensauffälligkeiten, welche die Autoren als „Paraphilie-verwandt“ bezeichneten. Die letzte Gruppe beinhaltete Auffälligkeiten des Sexualverhalten wie „zwanghaftes Masturbieren“, „ausgedehnte Promiskuität“, „Abhängigkeit von Pornographie oder Telefonsex“, „Mißbrauch von Substanzen zur sexuellen Befriedigung“ und „Fetischismus“. Sie konnten bei 50% (21/42) der „Paraphilien“-Gruppe und bei 17% (3/18) der Gruppe mit den „Paraphilie-verwandten“ Störungen ADHD in der Kindheit feststellen. Die Diagnose erfolgte retrospektiv durch Selbstschilderung der Probanden sowie durch einen validierten Fragebogen, der Wender Utah Rating Scale (WURS). Unter einer Reihe von DSM- III-R Komorbiditäten war ADHD in der Kindheit die einzige Diagnose, die statistisch signifikant die „Paraphilien“ von den „Paraphilie-verwandten“ unterschied ($p=0,01$). Entgegen ihrer ursprünglichen Hypothese fanden die Autoren keinen Hinweis darauf, dass ADHD in der Kindheit zwischen paraphilen Straftätern und paraphilen Nichtstraftätern unterscheidet. Lahey und Loeber (1997) beschrieben das gleichzeitige Vorhandensein von ADHD, Störung des Sozialverhaltens und Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten in der Kindheit als den relevantesten Parameter bei der Entwicklung erwachsenen antisozialen Verhaltens.

Anliegen der vorliegenden Studie ist es, das frühe Verhaltensprofil von Männern zu bestimmen, die als Erwachsene strafbare sexuelle Handlungen begehen. Von besonderem Interesse dabei war, zu klären, ob es einen nachweisbaren Zusammenhang gibt zwischen ADHD, Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten sowie Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit und Sexualdelinquenz einerseits und den einzelnen, phänomenologisch sehr unterschiedlichen, Delikten „sexuell motivierte Tötung“, „Vergewaltigung“, „sexueller Kindesmißbrauch“ und „Exhibitionismus“ andererseits.

Methode

Die Stichprobe besteht aus 175 Sexualstraftätern, die in den Jahren 1991 bis 2000 in der Sexualmedizinischen Forschungs- und Beratungsstelle der Universitätsklinik der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel forensisch begutachtet worden sind. Dabei handelte es sich in erster Linie um Schuldfähigkeitsbegutachtungen gemäß §§ 20 und 21 StGB und Begutachtungen zur Legalprognose und Unterbringung in einer Psychiatrischen Klinik nach § 63 StGB. Ein geringerer Teil wurde zur Frage der vorzeitigen Entlassung aus der Haft und der Aussetzung der Maßregel zur Bewährung begutachtet. Es wurden alle forensischen Gutachten aus dem Zehnjahreskontingent in die Untersuchung aufgenommen, sofern das Indexdelikt eindeutig eine (oder mehrere) Sexualstraftat(en) waren. Die Akten der Straftäter wurden retrospektiv aufgearbeitet und jeweils alle Informationen der Kindheit (Alter bis ca. 14 Jahre) erfaßt, die den Diagnosekriterien des DSM-IV hinsichtlich Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (DSM-IV 314.), Störung des Sozialverhaltens (DSM-IV 312.) sowie Störung mit oppositionellem Trotzverhalten (DSM-IV 313.81) betrafen. Die Straftäter waren zum Begutachtungszeitpunkt zwischen 15 und 85 Jahre alt (M:38,25; SD:13,37). Die Altersspanne zum Zeitpunkt des zur Begutachtung führenden Delikts lag zwischen 15 und 82 Jahren (M: 34,87; SD: 12,33).

Zwanzig (11,4%) der Begutachteten verübten sexuell motivierte Tötungen von Erwachsenen bzw. Tötungen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit sexuellen Handlungen standen. 38 (21,7%) begingen aggressive Sexualdelikte an Erwachsenen wie Vergewaltigung und versuchte Vergewaltigung. 91 (52,0%) begingen sexuellen Kindesmißbrauch, 13 (7,4%) Exhibitionismus (vor Erwachsenen), und weitere 13 (7,4%) verübten verschiedene sexuell motivierte Straftaten, wie Beleidigung auf sexueller Basis, sexuelle Nötigung, Fettschdiebstähle, Hausfriedensbruch (bei Voyeurismus) oder Brandstiftung. Die letztgenannten Taten wurden aufgrund der geringen Einzelfallzahlen nicht gesondert untersucht. Bei Vorliegen mehrerer Sexualstraftaten wurde das jeweils schwerwiegendste Delikt als Zuordnungskriterium zugrunde gelegt. Die Akten der Delinquenten enthielten in allen Fällen nicht nur das Gutachten selbst, sondern eine Fülle von Zusatzinformationen, die im Begutachtungsprozeß erhoben wurden. Darunter fallen neben den Eigendarstellungen der Probanden auch Angaben von Eltern und Pädagogen, Erziehungsberichte, Krankenakten, testpsychologische Untersuchungen etc. Alle Informationen über die Kindheit und Jugend wurden in Skalen, entsprechend den DSM-IV Kriterien für ADHD, Störung des Sozialverhaltens und Störung mit oppositionellem Trotzverhalten, erfasst. Bei Vorliegen hinreichender Kriterien wurde, falls nicht bereits in den Akten als solche dokumentiert, retrospektiv die entsprechende Diagnose gestellt.

Methodenkritisch ist anzumerken, dass jede retrospektive Untersuchung naturgemäß mit methodischen Mängeln behaftet ist, da das ausgewertete Material ursprünglich nicht im Hinblick auf die aktuelle Fragestellung erhoben wurde. Es wurde hier versucht, diese Fehlerquelle so gering wie möglich zu halten, indem alle vorhandenen Unterlagen von einer einzigen Person unter denselben Gesichtspunkten durchgesehen wurden. Die vorausgegangen Begutachtungen selbst erfolgten im wesentlichen durch zwei Gutachter, u.a. unter Verwendung eines standardisierten Erhebungsbogens, so dass hier die Voraussetzung für eine weitgehend einheitliche Befragungs- und Bewertungsgrundlage gegeben waren.

Statistik

Die Ergebnisse erlaubten die Anwendung der deskriptiven und Inferenzstatistik zur Darstellung von Häufigkeiten und Korrelationen. Statistische Analysen wurden mit SPSS (Statistical Package for Social Sciences), Version 9.0 für Windows, durchgeführt. Die Häufigkeiten von ADHD, Störung des Sozialverhaltens und oppositionellem Trotzverhalten sowie die Zuordnung zu Deliktgruppen wurden in Prozentzahlen angegeben. Die Dokumentation der erfüllten Diagnosekriterien erfolgte in Form einer dichotomen Ja/Nein-Skala von 1 und 2. Abhängigkeiten der kategorialen Variablen wurden durch Kreuztabellen und Chi-Quadrat Test (χ^2) ermittelt. Die Korrelation zwischen gestellten Diagnosen und einzelnen Deliktgruppen wurde mit dem Korrelationskoeffizienten Phi 0 bis 1 ermittelt, deren Richtung wurde überprüft durch die Spearmansche Rangkorrelation. Die Ergebnisse beider Tests waren jeweils erwartungsgemäß identisch. Alpha-Level wurde festgelegt auf 5% , d.h. $p \leq 0,05$ wurde bewertet als statistisch signifikant, $p \leq 0,01$ als hoch signifikant und $p \leq 0,001$ als höchst signifikant.

Ergebnisse

I. Sexualstraftaten insgesamt: Von allen untersuchten Delinquenten erfüllten 28,0% (49) die diagnostischen Kriterien des ADHD, 35,4% (62) diejenigen einer „Störung des Sozialverhaltens“ und (SSV) 2,9% (5) die der „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“ (SOTV). 24,6% (43) der Täter erfüllten sowohl die Kriterien des ADHD als auch für Störung des Sozialverhaltens. Lediglich 4,6% (8) zeigten ausschließlich Symptome für ADHD, weitere 11,4% (20) nur die für Störung des Sozialverhaltens und 1,1% (2) zeigten nur Symptome für Störung mit oppositionellem Trotzverhalten.

Tab. 1: Häufigkeiten der DSM-IV Diagnosen in unterschiedlichen Kategorien von Sexualdelinquenz (Abk. siehe Text)

| Delikte | Insgesamt (n=175) | Tötungsdelikte (n=20) | Vergewaltigung (n=38) | Kindesmißbrauch (n=91) | Exhibitionismus (n=13) |
|----------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|
| ADHD | 28,0% (49) | 15% (3) | 42,1% (16) | 28,6% (26) | 0 |
| SSV | 35,4% (62) | 25% (5) | 57,9% (22) | 34,1% (31) | 0 |
| ADHD ohne SSV | 4,0% (7) | 0 | 5,3% (2) | 4,4% (4) | 0 |
| SSV ohne ADHD | 11,4% (20) | 10% (2) | 21,1% (8) | 9,9% (9) | 0 |
| ADHD und SSV | 24,6% (43) | 15% (3) | 39,5% (15) | 24,2% (22) | 0 |
| SOTV | 2,9% (5) | 0 | 0 | 4,4% (4) | 7,7% (1) |
| Keine Diagnose | 60,6% (106) | 75% (15) | 39,5% (15) | 61,5% (56) | 92,3% (12) |

Es besteht ein statistisch höchst signifikanter Zusammenhang zwischen ADHD und Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit bei Sexualstraftätern ($\chi^2 = 81,454$; $df = 1$; $p < 0,001$; $\Phi = 0,682$). Nur drei der Delinquenten mit ADHD in der Kindheit erfüllten ebenfalls die Kriterien für „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“ (6,1%). Zwischen diesen beiden Störungen besteht kein bedeutsamer Zusammenhang ($\chi^2 = 2,614$; $df = 1$; $p = 0,135$; $\Phi = 0,122$). Die Diagnosen „Störung des Sozialverhaltens“ und „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“ schließen sich gemäß DSM-IV Kriterien aus. 106 (60,6%) Täter konnten keiner der genannten Störungen zugeordnet werden.

II. Tötungsdelikte: In der Tätergruppe, die sexuell motivierte Tötungen begangen haben, zeigten 15% (3/20) Symptome von ADHD in ihrer Kindheit. 25% (5/20) hatten eine „Störung des Sozialverhaltens“, während keiner der Fälle als „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“ diagnostiziert werden konnte. Es ist beachtlich, dass alle in dieser Gruppe, die ADHD in ihrer Kindheit aufwiesen, ebenfalls als „Störung des Sozialverhaltens“ diagnostiziert werden konnten, d.h. 15% (3/20) derer, die Mord oder Totschlag an Erwachsenen begangen haben, wiesen Symptome beider Störungen in der Kindheit auf. Keiner von ihnen hatte ausschließlich die Diagnose ADHD. Daneben fand sich bei 10% (2/20) eine „Störung des Sozialverhaltens“ ohne ADHD. 75% (15/20) erfüllten keine der Diagnosekriterien. Es besteht statistisch kein signifikanter Zusammenhang zwischen sexuell motivierter Tötung und ADHD oder „Störungen des Sozialverhaltens“ in der Kindheit.

III. Vergewaltigung: In der Gruppe der Delinquenten mit versuchter oder vollzogener Vergewaltigung zeigten 42,1% (16/38) Symptome von ADHD in der Kindheit. 57,9% (22/38) der Vergewaltiger wurden retrospektiv als „Störung des Sozialverhaltens“ diagnostiziert, mit einer Überlappung von 15/38 (39,5%) beider Diagnosen, ADHD und „Störung des Sozialverhaltens“. Das bedeutet, dass 93,8% (15/16) der ADHD-Probanden in dieser Kategorie eine Komorbidität aufwiesen. Nur einer (6,2%) zeigte ausschließlich Symptome von ADHD. 18,4% (7/38) hatten lediglich Symptome von Störung des Sozialverhaltens ohne ADHD-Symptome, 39,5% (15/38) erfüllten keines der ADHD-Kriterien. Es besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Vergewaltigung und ADHD in der Kindheit ($c^2 = 4,790$; $df = 1$; $p = 0,04$; $\Phi = 0,165$). Störung des Sozialverhaltens und Vergewaltigung korrelieren hoch signifikant ($c^2 = 10,709$; $df = 1$; $p = 0,002$; $\Phi = 0,247$). Der Zusammenhang der Komorbidität von ADHD und „Störung des Sozialverhaltens“ und Vergewaltigung ist ebenfalls signifikant, dies deutlicher als bei Vorliegen von ADHD allein ($c^2 = 5,816$; $df = 1$; $p = 0,02$; $\Phi = 0,182$). Keiner der Täter aus der Vergewaltiger-Gruppe zeigte Symptome der „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“ in der Kindheit.

Tab. 2: Zusammenhang zwischen Sexualdelikten und DSM-IV Diagnosen

| | Tötungsdelikte | | | Vergewaltigung | | | Kindesmißbrauch | | | Exhibitionismus | | |
|----------------|----------------|----------|--------|----------------|----------|--------|-----------------|----------|--------|-----------------|----------|-------|
| | p | χ^2 | Phi | p | χ^2 | Phi | p | χ^2 | Phi | p | χ^2 | Phi |
| ADHD | 0,197 | 1,893 | -0,104 | 0,040* | 4,790 | 0,165 | 0,868 | 0,031 | 0,013 | / | / | / |
| SSV | 0,334 | 1,073 | -0,078 | 0,002** | 10,709 | 0,247 | 0,753 | 0,154 | -0,030 | / | / | / |
| ADHD ohne SSV | / | / | / | 0,646 | 0,202 | 0,034 | 1,000 | 0,077 | 0,021 | / | / | / |
| SSV ohne ADHD | 1,000 | 0,046 | -0,016 | 0,045* | 4,442 | 0,159 | 0,636 | 0,443 | -0,050 | / | / | / |
| ADHD und SSV | 0,411 | 1,116 | -0,080 | 0,020* | 5,816 | 0,182 | 1,000 | 0,016 | -0,010 | / | / | / |
| SOTV | / | / | / | / | / | / | 0,370 | 1,617 | 0,096 | 0,323 | 1,183 | 0,082 |
| Keine Diagnose | 0,225 | 1,968 | 0,106 | 0,004** | 9,047 | -0,227 | 0,877 | 0,074 | 0,021 | 0,017** | 5,922 | 0,184 |

* = signifikant; ** = hoch signifikant; *** = höchst signifikant

IV. Sexueller Mißbrauch von Kindern: Unter den Tätern mit sexuellem Kindesmißbrauch fanden sich 28,6% (26/91) mit ADHD in der Kindheit. 34,1% (31/91) der Kindesmißbraucher wiesen Symptome der „Störung des Sozialverhaltens“ auf und 4,4% (4/91) die der „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“. 24,2% (22/91) zeigten ein Zusammentreffen beider Diagnosen, ADHD und „Störung des Sozialverhaltens“. Betrachtet man die Täter mit Kindheits- ADHD in dieser Kategorie, so zeigten 84,6% (22/26) davon ebenfalls „Störung des Sozialverhaltens“ im gleichen Alter. 4,4% (4/91) der Sexualsträtfäter mit sexuellem Kindesmißbrauch zeigten ausschließlich ADHD-Sym-

ptome, während 9,9% (9/91) allein die Kriterien für „Störung des Sozialverhaltens“ erfüllten. In der Gruppe der Kindesmißbraucher erfüllten 61,5% (56/91) keines der Diagnosekriterien für ADHD oder „Störung des Sozialverhaltens“. Zusammenfassend besteht kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen ADHD, „Störung des Sozialverhaltens“ oder „Störung mit oppositionellem Trotzverhalten“ in der Kindheit und sexuellem Kindesmißbrauch im Erwachsenenalter.

Für eine differenziertere Betrachtung wurde diese Gruppe nach der Art der Tatausübung unterteilt in 39 gewaltlose Täter (42,9%), 27 Täter (29,3%) *verbal aggressive* und 25 *körperlich aggressive* Täter (27,5%). Die gewaltlosen Täter übten auf ihre Opfer keinen Druck aus, sondern nutzten das spielerische Verhalten, die Neugierde oder die Sympathie der Kinder zu sexuellen Handlungen aus. In dieser Kategorie wurden daneben auch Exhibitionisten vor Kindern erfasst. Kennzeichen der verbal aggressiven Täter war hingegen das Androhen körperlicher Gewalt sowie psychische Einschüchterungen, d.h. Drohen, den Eltern des Opfers zu berichten mit negativen Konsequenzen für das Kind, Androhung von Heimunterbringung des Kindes oder auch Hervorrufen von Schuldgefühlen: „Wenn du etwas verrätst, komme ich ins Gefängnis und du bist schuld.“ Die Kategorie der körperlich aggressiven Täter beinhaltet alle Delinquenten, die den Opfern zum Erreichen der sexuellen Handlungen körperliche Schmerzen oder Verletzungen zugefügt haben, darunter in vier Fällen mit Todesfolge.

Unter den gewaltlosen Tätern erfüllten jeweils 15,4% (6/39) die Diagnosekriterien für ADHD und „Störung des Sozialverhaltens“ und 5,1% (2/39) die der „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“. 12,8% (5/39) zeigten eine Komorbidität von ADHD und „Störung des Sozialverhaltens“, während 79,5% (31/39) keiner der Diagnosen zuzuordnen war. In der Gruppe der verbal aggressiven Sexualstraftäter gegen Kinder wiesen 40,7% (11/27) ADHD, 29,6% (8/27) „Störung des Sozialverhaltens“ und 7,4% (2/27) „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“ auf. 29,6% (8/27) zeigten Komorbidität von ADHD und „Störung des Sozialverhaltens“ in der Kindheit. 59,3% (16/27) erfüllten keine der untersuchten Diagnosen.

Von den Tätern, die körperliche Gewalt gegen Kinder anwandten, waren 36,0% (9/25) als ADHD und 68,0% (17/25) als „Störung des Sozialverhaltens“ einzuordnen. Kein Delinquent aus dieser Kategorie erfüllte die Diagnosekriterien für „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“. Es zeigte sich eine Überschneidung von 36,0% (9/25) der Symptome von ADHD und „Störung des Sozialverhaltens“. 36,0% (9/25) erfüllten keine der Diagnosen (vgl. Tabelle 3).

Es besteht ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen gewaltlosem Vorgehen und dem Fehlen der Symptome von ADHD, „Störung des Sozialverhaltens“ oder „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“ in der Kindheit ($c^2 = 9,290$; $df = 1$; $p = 0,003$; $\Phi = 0,320$), sowie ein höchst signifikanter Zusammenhang zwischen körperlicher Gewalt gegen Kinder und „Störung des Sozialverhaltens“ des Täters ($c^2 = 17,672$; $df = 1$; $p < 0,001$; $\Phi = 0,441$) (vgl. Tabelle 4).

V. Exhibitionismus: Keiner der Exhibitionisten zeigte Symptome von ADHD oder „Störung des Sozialverhaltens“, lediglich einer von 13 (7,7%) hatte Symptome der „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“ in der Kindheit. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen Exhibitionismus und dem Fehlen von ADHD, „Störung des Sozialverhaltens“ und „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“ in der Kindheit ($c^2 = 5,922$; $df = 1$; $p = 0,017$; $\Phi = 0,184$) (vgl. Abbildung 1 und 2).

Tab. 3: Häufigkeiten von DSM-IV Diagnosen nach Tathergang bei sexuellem Kindesmißbrauch

| Kindesmißbrauch: (n=91) | gewaltlos (n=39) | verbale Gewalt (n=27) | körperliche Gewalt (n=25) |
|------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| ADHD | 15,4% (6) | 40,7% (11) | 36,0% (9) |
| SSV | 15,4% (6) | 29,6 % (8) | 68,0% (17) |
| ADHD ohne SSV | 2,6% (1) | 11,1% (3) | 0 |
| SSV ohne ADHD | 2,6% (1) | 0 | 32,0% (8) |
| ADHD und SSV | 12,8% (5) | 29,6 % (8) | 36,0% (9) |
| SOTV | 5,1% (2) | 7,4% (2) | 0 |
| Keine Diagnose | 79,5% (31) | 59,3% (16) | 36,0% (9) |

Tab. 4: Zusammenhänge zwischen DSM-IV Diagnosen und Tathergang bei sexuellem Kindesmißbrauch

| Kindesmißbrauch: | gewaltlos | | | verbale Gewalt | | | körperliche Gewalt | | |
|-------------------------|------------------|----------|--------|-----------------------|----------|--------|---------------------------|----------|--------|
| | p | χ^2 | Phi | p | χ^2 | Phi | p | χ^2 | Phi |
| ADHD | 0,020* | 5,815 | -0,253 | 0,128 | 2,786 | 0,175 | 0,436 | 0,932 | 0,101 |
| SSV | 0,002** | 10,604 | -0,341 | 0,634 | 0,336 | -0,061 | <0,001*** | 17,674 | 0,441 |
| ADHD ohne SSV | 0,632 | 0,545 | -0,077 | 0,077 | 4,120 | 0,213 | 0,572 | 1,585 | -0,132 |
| SSV ohne ADHD | 0,073 | 4,110 | -0,213 | 0,053 | 4,214 | -0,215 | <0,001*** | 18,908 | 0,456 |
| ADHD und SSV | 0,046* | 4,801 | -0,230 | 0,434 | 0,623 | 0,083 | 0,168 | 0,269 | 0,170 |
| SOTV | 1,000 | 0,087 | 0,031 | 0,579 | 0,829 | 0,095 | 0,572 | 1,585 | -0,132 |
| Keine Diagnose | 0,003** | 9,290 | 0,320 | 0,816 | 0,084 | -0,030 | 0,003** | 9,498 | -0,323 |

*= signifikant; **= hoch signifikant; ***= höchst signifikant

Abb. 1: DSM-IV Diagnosen in der Kindheit in Abhängigkeit vom Delikt

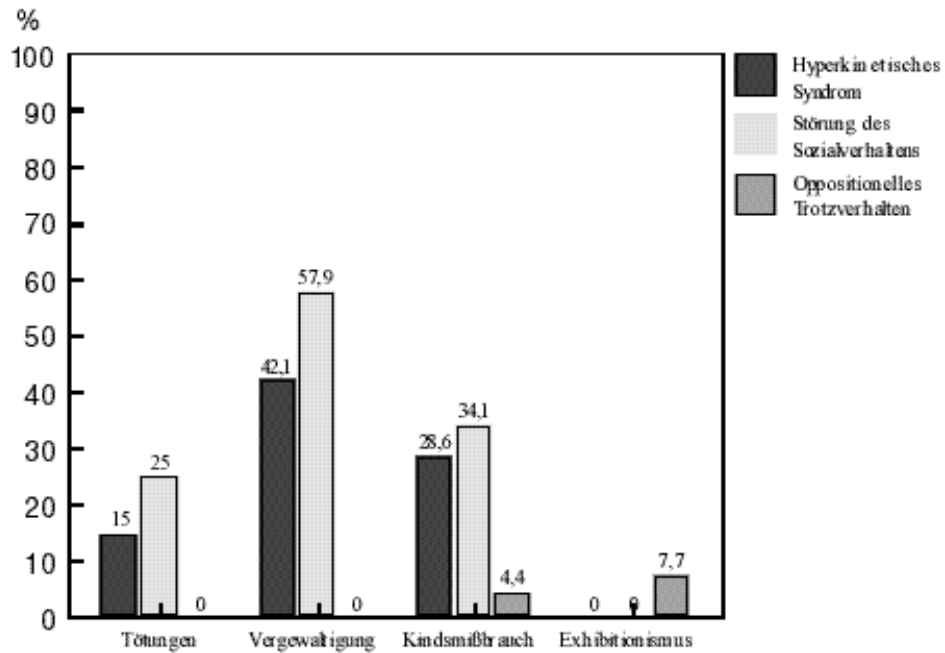
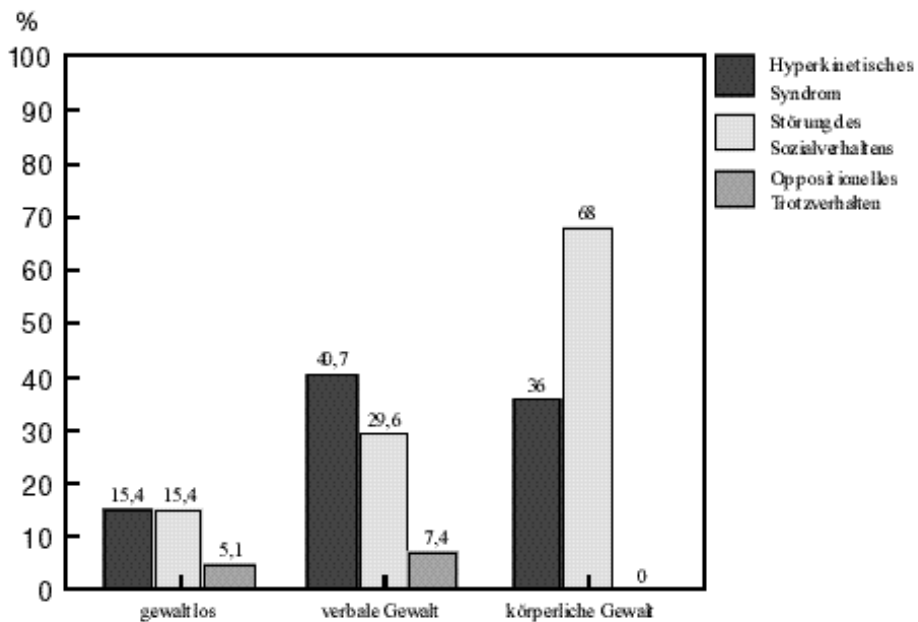


Abb. 2: DSM-IV Diagnosen in der Kindheit bei sexuellem Kindesmißbrauch in Abhängigkeit vom Tathergang



Diskussion

Die Prävalenz der „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“ bei Schulkindern wird auf 3%-5% geschätzt, die Raten für „Störung des Sozialverhaltens“ im Kindesalter schwanken zwischen 6% und 16% und die für „Störungen mit Oppositionellem Trotzverhalten“ zwischen 2% und 16% (American Psychiatric Association 1994). Andere Autoren geben ADH mit einer Häufigkeit von unter drei Prozent an (s. Schubert et al. 2001). Von allen hier untersuchten Sexualstraftätern erfüllten 28% retrospektiv die Diagnosekriterien für ADHD in ihrer Kindheit, 35,4% zeigten die Symptome der „Störung des Sozialverhaltens“ und 2,9% von „Störung mit oppositionellem Trotzverhalten“. Das bedeutet, dass Verhaltensstörungen im Kindesalter in Form von ADHD und Störung des Sozialverhaltens in der Biographie von Sexualstraftätern auffällig häufiger sind, als aufgrund der Prävalenzraten der Durchschnittsbevölkerung zu erwarten wäre.

Die Resultate der vorliegenden Untersuchung zeigen einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen ADHD und „Störung des Sozialverhaltens“ in der Kindheit und körperlich aggressiver Sexualdelinquenz wie Vergewaltigung und gewalttätigem sexuellem Kindesmissbrauch im Erwachsenenalter. Den Ergebnissen zufolge könnte das Vorhandensein von ADHD und/oder „Störung des Sozialverhaltens“ in der Kindheit ein Prädiktor sein für die Entwicklung späterer gewalttätiger Sexualdelinquenz. Dagegen zeigte die Diagnose der „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“ keinen Zusammenhang mit späterem Auftreten strafbaren Sexualverhaltens, unabhängig vom Tathergang.

In allen Kategorien zeigen sich signifikant höhere Prävalenzen der Komorbidität von ADHD und „Störung des Sozialverhaltens“ als das Auftreten der Diagnosen ohne überlappende Symptomatik. Diese Beobachtungen bestätigen die Vermutung von Lynam (1996) und Hinshaw (1987), dass Kinder mit ADHD ein höheres Risiko haben, später antisoziales Verhalten zu entwickeln, wenn sie gleichzeitig Störungen des Sozialverhaltens und Aggression zeigen.

Wie bereits Hinshaw (1987) konstatierten auch andere Autoren (Wallander 1988, Lilienfeld & Waldman 1990, Satterfield et al. 1994), dass die weitere Entwicklung von Kindern mit ADHD einer großen Varianz unterliegt, abhängig von den vorhandenen frühen Symptomen. Betrachtet man die Ergebnisse der vorliegenden Studie, so beinhaltet die Diagnose von ADHD und/oder Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit nicht nur ein allgemein erhöhtes Risiko für die Entwicklung antisozialen und delinquenten Verhaltens, wie Mannuzza und Mitarbeiter (1989) und Satterfield und Mitarbeiter (1994) postulierten, sondern sind auch prädisponierende Faktoren für die Entwicklung insbesondere gewalttätiger Sexualdelinquenz im Erwachsenenalter.

Weller (1988) wies auf das aggressive Verhalten als das prognostisch schwerwiegendste Symptom sowohl bei Kindern mit ADHD als auch bei Störungen des Sozialverhaltens hin. Lilienfeld und Waldman (1990) kamen zu dem Schluß, dass die alleinige „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“, wenn sie nicht begleitet wird von Symptomen der „Störung des Sozialverhaltens“ oder Aggression, kein erhöhtes Risiko zur Entwicklung späteren antisozialen Verhaltens mit sich bringt. Die in der vorliegenden Studie ermittelten Ergebnisse zeigen ebenfalls keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem alleinigen Auftreten von ADHD in der Kindheit und späterer Sexualdelinquenz, ebensowenig wie zu einer der einzelnen Deliktategorien. Dagegen zeigte das gleichzeitige Auftreten von ADHD und Störung des Sozialverhaltens einen signifikanten Zusam-

menhang mit Vergewaltigung, während die Störung des Sozialverhaltens, entweder isoliert oder in Komorbidität mit ADHD, auch statistisch signifikant mit gewalttätigem sexuellem Kindesmißbrauch korreliert. Fergusson und Mitarbeiter (1997) zielten in dieselbe Richtung, als sie in einer groß angelegten Längsschnittuntersuchung belegen konnten, dass frühe Probleme des Sozialverhaltens ein herausragendes prognostisches Merkmal für eine spätere antisoziale Entwicklung sind. In einer vergleichenden prospektiven Studie an hyperaktiven Jungen mit Problemen des Sozialverhaltens und verhaltensunauffälligen Jungen bestätigten Satterfield und Schell (1997), dass das Risiko für eine spätere kriminelle Entwicklung eng assoziiert ist mit Störungen des Sozialverhaltens in der Kindheit und gravierenden antisozialen Verhaltensauffälligkeiten in der Adoleszenz. Hyperaktive Kinder ohne Störungen des Sozialverhaltens hätten demnach *per se* kein erhöhtes Risiko, antisoziales oder delinquentes Verhalten zu entwickeln. Diese Ergebnisse decken sich mit der Untersuchung von Patterson und Mitarbeitern (2000), die einen deutlichen Zusammenhang von delinquentem Verhalten und Hyperaktivität bei gleichzeitigem Vorliegen einer Störungen des Sozialverhaltens bestätigten, nicht jedoch bei Hyperaktivität allein. Im Gegensatz hierzu kamen Taylor und Mitarbeiter (1996) in ihrer Nachuntersuchung von Kindern mit Hyperaktivität oder Problemen des Sozialverhaltens bzw. der Komorbidität beider Störungen sowie einer Kontrollgruppe ohne Verhaltensauffälligkeiten zu dem Schluß, dass Hyperaktivität in der Kindheit die Wahrscheinlichkeit erhöht für Gewalttätigkeit und fehlende soziale Anpassung, unabhängig von der Überlappung von Störungen des Sozialverhaltens in der Kindheit. Diese widersprüchlichen Ergebnisse empirischer Studien bezüglich des Entwicklungseinflusses von Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter lässt erkennen, wie schwierig bereits das Einordnen der Primärsymptome zu einer der umschriebenen Störungen und wie problematisch die Abgrenzung einzelner Symptome und deren prognostische Aussage hinsichtlich der Weiterentwicklung eines Kindes sind.

Während die hier erhobenen Daten einen deutlichen Zusammenhang zwischen aggressiven Sexualstraftaten wie sexuellem Kindesmissbrauch mit körperlicher Gewalt oder Vergewaltigung zeigen, findet sich keine statistische Relation zwischen Sexualstraftätern, die Tötungsdelikte an Erwachsenen begangen haben und Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter. Dies könnte Ausdruck sein einer ausgeprägteren Heterogenität dieser Delinquenten-Gruppe im Vergleich zu Vergewaltigern oder Tätern mit sexuellem Kindesmißbrauch. Dies wäre eine Hypothese, die weiterer Untersuchungen bedarf.

Es stellt sich die Frage, ob der aus dieser Untersuchung hervorgehende Zusammenhang zwischen ADHD und Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit und gewalttätigem Sexualverhalten im Erwachsenenalter Ausdruck einer allgemeinen antisozialen Entwicklungstendenz dieser Probanden ist, oder ob diese Beobachtungen auf eine gesonderte psychopathologische Dynamik hinweisen, die ihre Ausprägung im Sexualverhalten findet. Weitere Aufschlüsse hierzu soll eine Untersuchung verschiedener Straftätergruppen (Ponseti et al., in Vorb.) erbringen.

Selbstverständlich müssen die Rückschlüsse vor dem Hintergrund der methodischen Nachteile einer retrospektiven Studie betrachtet werden. Es ist deshalb geplant, die erhobenen Daten in einer Nachuntersuchung der Sexualstraftäter zu validieren sowie durch eine follow-up Studie zu ergänzen. Die beschriebenen Zusammenhänge zwischen bestimmten kindlichen Verhaltensstörungen und spezifischen Sexualdelikten im Erwachsenenalter erlauben jedoch in der Zusammenschau mit den referierten Befunden anderer

Autoren – bei allen methodischen Vorbehalten- schon jetzt die Feststellung, dass die adäquate Behandlung derart betroffener Kinder (auch unter Einbeziehung medikamentöser Optionen s. Schubert et al. 2001) unter delinquenzpräventiven Gesichtspunkten ein Desideratum ist.

Literatur:

- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington DC: 78 – 91.
- Babinski, L.M.; Hartsough, C.S.; Lambert, N.M. (1999): Childhood conduct problems, hyperactivity-impulsivity, and inattention as predictors of adult criminal activity. *J Child Psychol Psychiatry* 40 (3): 347 – 55.
- Barkley, R.A.; Du Paul, G.J.; Mc Murray, M.B. (1990): Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *J Consult Clin Psychol* 58: 775 – 789.
- Barkley, R.A. (1990): The Adolescent Outcome of Hyperactive Children Diagnosed by Research Criteria: I. An 8-Year Prospective Follow-up Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29 (4): 546 – 557.
- Curtin, F.; Niveau, G. (1998): Psychosocial profile of Swiss sexual offenders. *J Forensic Sci* 43 (4): 755 – 759.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. H. (2000): Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Verlag Hans Huber, Bern.
- Esser, G.; Ihle, W.; Schmidt, M. H.; Blanz, B. (2000): Der Verlauf psychischer Störungen vom Kindes- zum Erwachsenenalter. *Z Klin Psychol Psychoth* 29 (4): 276 – 283.
- Faller, K.C. (1989): Why sexual abuse? An exploration of the intergenerational hypothesis. *Child Abuse Negl* 13 (4): 543 – 548.
- Fergusson, D.M.; Lynskey, M.T.; Horwood, L.J. (1997): Attentional Difficulties in Middle Childhood and Psychosocial Outcomes in Young Adulthood. *J Child Psychol Psychiat* 38 (6): 633 – 644.
- Fergusson, D.M.; Horwood, L.J. (1998): Exposure to interparental violence in childhood and psychosocial adjustment in young adulthood. *Child Abuse Negl* 22 (5): 339 – 357.
- Forehand, R.; Wierson, M.; Frame, C.; Kempton, T.; Armistead, L. (1991): Juvenile Delinquency and Persistence: Do Attention Problems contribute to Conduct Problems? *J Behav Ther & Exp Psychiat* 22 (4): 261 – 264.
- Freund, K.; Kuban, M. (1994): The basis of the abused abuser theory of pedophilia: a further elaboration on an earlier study. *Arch Sex Behav* 23 (5): 553 – 563.
- Gittelman, R.; Mannuzza, S.; Shenker, R.; Bonagura, N. (1985): Hyperactive Boys Almost Grown Up. *Arch Gen Psychiatry* 42: 937 – 947.
- Haapasalo, J.; Kankkonen, M. (1997): Self-reported childhood abuse among sex and violent offenders. *Arch Sex Behav* 26 (4): 421 – 431.
- Hechtmann, L.; Weiss, G.; Perlman, T. (1993): Young adult outcome of hyperactive children who received long-term stimulant treatment. *J Am Acad Child Psychiat* 23: 261 – 269.
- Hinshaw, S. (1987): On the distinction between attention deficit / hyperactivity and conduct problems / aggression in child psychopathology. *Psychol Bull* 101: 43 – 46 .
- Johnson, G.M. Knight, R.A. (2000): Developmental antecedents of sexual coercion in juvenile sexual offenders. *Sex Abuse* 12 (3): 165 – 178.
- Kafka, M.P.; Prentky, R.A. (1998): Attention-deficit / hyperactivity in males with paraphilias and paraphilia-related disorders: a comorbidity study. *J Clin Psychiat* 59: 388 – 396.
- Krause, K.-H.; Krause, J.; Trott, G.-E. (1998): Das hyperkinetische Syndrom (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) des Erwachsenenalters. *Nervenarzt* 69: 543 – 556.
- Lahey, B.B.; Loeber, R. (1997): Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder, and Adult Antisocial Behavior: A Life Span Perspective. In: Stoff, D.M. (Hrsg.) *Handbook of Antisocial Behavior*. New York: Wiley, 51 – 59.
- Lahey, B.B.; Schaughency, E.A.; Strauss, C.C.; Frame, C.L. (1984): Are attention deficit disorders with and without hyperactivity similar or dissimilar disorders? *J Am Acad Child Psychiat* 23: 302 – 309.
- Lambert, N.M. (1988): Adolescent Outcomes for Hyperactive Children. *Am Psychol* 43(10): 786 – 799.
- Lie, N. (1992): Follow-ups of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Acta Psychiat Scand* 368 (85): 1 – 40.

- Lilienfeld, S.O.; Waldman, I.D. (1990): The relation between childhood attention-deficit hyperactivity disorder and adult antisocial behaviour re-examined; The problem of heterogeneity. *Clin Psychol Rev* 10: 699 – 725.
- Loney, J.; Whaley-Klahn, M.A.; Kosier, T.; et al (1983): Hyperactive boys and their brothers at 21: Predictors of aggressive and antisocial outcomes. In: Van Dusen, K.T., Mednick, S.A. (Hrsg.) *Prospective studies of crime and delinquency*. Hingham, Nijhoff Publishers: 181 – 206.
- Lynam, D.K. (1996): Early Identification of Chronic Offenders: Who Is the Fledgling Psychopath? *Psychol Bull* 120: 209 – 234.
- Mannuzza, S.; Gittleman-Klein, R.G.; Konig, P.H.; Giampino, T.L. (1989): Hyperactive boys almost grown up: IV. Criminality and its relationship to psychiatric status. *Arch Gen Psychiat* 46: 1073 – 1079.
- Mannuzza, S.; Klein, R.G.; Bessler, A.; Malloy, P.; Lapadula, M. (1993): Adult Outcome of Hyperactive Boys. *Arch Gen Psychiatry* 50: 565 – 576.
- Mannuzza, S.; Klein, R.G.; Bessler, A.; Malloy, P.; LaPadula, M. (1998). Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *Am J Psychiatry* 155 (4): 493 – 498.
- Mannuzza S.; Klein, R.G. (2000): Long-term prognosis in attention-deficit /hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 9 (3): 711 – 726.
- Patterson, G.R.; DeGarp, G.S; Knutson, N. (2000): Hyperactive and antisocial behaviors: comorbid or two points in the same process? *Dev Psychopathol* 12 (1): 91 – 106.
- Rubinstein, M.; Yeager, C.A.; Goodstein, C.; Lewis, D.O. (1993): Sexually assaultive male juveniles: a follow-up. *Am J Psychiatry* 150 (2): 262 – 265.
- Satterfield, J.; Swanson, J.; Schell, A.; Lee, F. (1994): Prediction of antisocial behaviour in attention-deficit hyperactivity disorder boys from aggression / defiance scores. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 33: 185 – 190.
- Satterfield, J.H.; Hoppe, C.M.; Schell, A.M.; (1982): A prospective study of delinquency in 110 adolescent boys with attention deficit disorder and 88 normal adolescent boys. *Am J Psychiat* 139: 795 – 798.
- Satterfield, J.H.; Schell, A.; (1997): A Prospective Study of Hyperactive Boys With Conduct Problems and Normal Boys: Adolescent and Adult Criminality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36 (12): 1726 – 1735.
- Stattin, H.; Magnusson, D. (1989): The role of early aggressive behavior in the frequency, seriousness, and types of later crime. *J Consult Clin Psychol* 57 (6): 710 – 718.
- Schubert, I; Lehmkuhl, G; Spengler, A; Döpfner, M.; Ferber, L. von (2001): Methylphenidat bei hyperkinetischen Störungen: Verordnungen in den 90er-Jahren. *Dt Arztebl* 98: A 541–544.
- Taylor, E.; Chadwick, O.; Heptinstall, E.; Dankaerts, M. (1996): Hyperactivity and Conduct Problems as Risk Factors for Adolescent Development. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35 (9): 1213 – 1226.
- Wallander, J.L. (1988): The Relationship Between Attention Problems in Childhood and Antisocial Behavior Eight Years Later. *J Child Psychol Psychiat* 29 (1): 53 – 61.
- Weller, E.B.; Rowan, A.; Elia, J.; Weller, R.A. (1999): Aggressive Behavior in Patients with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder, Conduct Disorder, and Pervasive Developmental Disorders. *J Clin Psychiatry* 60 (15): 5 – 11.
- Windle, M.(1992): A retrospective Measure of Childhood Behavior Problems and its Use in Predicting Adolescent Problem Behaviors. *J Stud Alcohol* 54: 422 – 431.
- Worling, J.R. (1995): Sexual abuse histories of adolescent male sex offender: differences on the basis of the age and gender of their victims. *J Abnorm Psychol* 104 (4): 610 – 613.

Anhang Diagnosekriterien:

Diagnostische Kriterien für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (DSM-IV 314.00 / 314.01)

A. Entweder Punkt (1) oder Punkt (2) müssen zutreffen:

(1) sechs (oder mehr) der folgenden Symptome von **Unaufmerksamkeit** sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen

- a. beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten,
- b. hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten,
- c. scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen
- d. führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen,
- e. hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren,
- f. vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die längerandauernde geistige Anstrengungen erfordern
- g. verliert häufig Gegenstände, die für aufgaben oder Aktivitäten benötigt werden
- h. lässt sich oft durch äußere Reize ablenken,
- i. ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich;

(2) sechs (oder mehr) der folgenden Symptome der **Hyperaktivität und Impulsivität** sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen:

- a. zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum,
- b. steht in der Klasse oder in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird, häufig auf,
- c. läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben),
- d. hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen,
- e. ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getrieben“,
- f. redet häufig übermäßig viel
- g. platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist,
- h. kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist,
- i. unterbricht und stört andere häufig

B. Einige Symptome der Hyperaktivität-Impulsivität oder Unaufmerksamkeit, die Beeinträchtigungen verursachen, treten bereits von dem Alter von sieben Jahren auf.

C. Beeinträchtigungen durch dieses Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Bereichen (z.B. Schule und zu Hause).

D. Es müssen deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen vorhanden sein.

E. Die Symptome treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Tiefgreifenden Entwicklungsstörung auf, Schizophrenie oder einer anderen Psychotischen Störung auf und können auch nicht durch einen andere psychische Störung besser erklärt werden.

Diagnostische Kriterien für Störung des Sozialverhaltens (DSM-IV 312.8)

A. Es liegt ein repetitives und anhaltendes Verhaltensmuster vor, durch das die grundlegenden Rechte anderer und wichtige altersentsprechende gesellschaftliche Normen oder Regeln verletzt werden. Dies manifestiert sich durch das Auftreten von mindestens drei Kriterien während der letzten zwölf Monate, wobei mindestens ein Kriterium in den letzten sechs Monaten aufgetreten sein muss:

Aggressives Verhalten gegenüber Menschen und Tieren

- a. bedroht oder schüchtert andere häufig ein,
- b. beginnt häufig Schlägereien,
- c. hat Waffen benutzt, die anderen schweren körperlichen Schaden zufügen können,
- d. war körperlich grausam zu Menschen,
- e. quälte Tiere,
- f. hat in Konfrontation mit dem Opfer gestohlen,
- g. zwang andere zu sexuellen Handlungen;

Zerstörung von Eigentum

- h. beging vorsätzlich Brandstiftung mit der Absicht, schweren Schaden zu verursachen,
- i. zerstörte vorsätzlich fremdes Eigentum (jedoch nicht durch Brandstiftung);

Betrug oder Diebstahl

- j. brach in fremde Wohnungen, Gebäude oder Autos ein,
- k. lügt häufig, um sich Güter oder Vorteile zu verschaffen oder um Verpflichtungen zu entgehen („legt andere herein“),
- l. stahl Gegenstände von erheblichen Wert ohne Konfrontation mit dem Opfer;

Schwere Regelverstöße

- m. bleibt schon vor dem Alter von 13 Jahren trotz elterlicher Verbote häufig über Nacht weg,
- n. lief mindestens zweimal über Nacht von zu Hause weg, während er /sie noch bei den Eltern oder bei einer anderen Bezugsperson wohnte (oder nur einmal mit Rückkehr erst nach längerer Zeit),
- o. schwänzt schon vor dem Alter von 13 Jahren häufig die Schule.

B. Die Verhaltensstörung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen.

C. Beeinträchtigungen durch dieses Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Bereichen (z.B. Schule und zu Hause).

Diagnostische Kriterien für Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten (DSM-IV 313.81)

A. Ein mindestens sechs Monate anhaltendes Muster von negativistischem, feindseligem und trotzigem Verhalten, wobei vier (oder mehr) der folgenden Symptome auftreten:

- a. wird schnell ärgerlich,
- b. streitet sich häufig mit Erwachsenen/widersetzt sich häufig aktiv den Anweisungen oder Regeln von Erwachsenen oder weigert sich, diese zu befolgen

- c. verärgert andere häufig absichtlich,
- d. schiebt häufig die Schuld für eigene Fehler oder eigenes Fehlverhalten auf andere,
- e. ist häufig empfindlich oder lässt sich von anderen leicht verärgern
- f. ist häufig wütend und beleidigt.,
- g. ist häufig boshaft und nachtragend.

B. Die Verhaltensstörung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen.

C. Beeinträchtigungen durch dieses Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Bereichen (z.B. Schule und zu Hause).

Anschrift der Autoren

Dr. med. Sabine R. Vaih-Koch; Dipl.-Psych. Jorge Ponseti; PD Dr. med. Hartmut A.G. Bosinski
Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle; Universitätsklinikum der Christian-Albrechts-Universität; Arnold-Heller-Str. 12; 24105 Kiel