

Aus dem Institut für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie  
Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar  
Direktor: Prof. Dr. Michael Rösler

**Die Aufmerksamkeitsdefizit-/  
Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Patienten  
einer forensisch-psychiatrischen Klinik  
und ihre möglichen Folgen**

*Dissertation zur Erlangung des Grades  
eines Doktors der Medizin*  
der Medizinischen Fakultät  
der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES  
2013

vorgelegt von: Aloysius Annen  
geb. am 11.12.1959 in Pellingen



# Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Zusammenfassung/Summary</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Einleitung</b>	
2.1.	Epidemiologie	7
2.2.	Terminologie	7
2.3.	Ätiologie	8
2.4.	Symptomatik und Diagnostik der ADHS im Kindesalter	9
2.5.	Symptomatik und Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter	11
2.6.	ADHS und Komorbidität	15
2.7.	ADHS und Delinquenz	16
2.8.	Ziel der Arbeit	18
<b>3.</b>	<b>Material und Methodik</b>	
3.1.	Stichprobenbeschreibung	19
3.2.	Untersuchungsinstrumente	19
3.3.	Patientendatengewinnung	21
3.4.	Statistische Verfahren	22
<b>4.</b>	<b>Ergebnisse</b>	
4.1.	Deskriptive Statistik	22
4.2.	Vergleich Patienten mit ADHS versus Patienten ohne ADHS	27
<b>5.</b>	<b>Diskussion</b>	<b>37</b>
<b>6.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>42</b>
<b>7.</b>	<b>Dank</b>	<b>48</b>
<b>8.</b>	<b>Lebenslauf</b>	<b>49</b>

## 1. Zusammenfassung

Die im Kindes- und Jugendalter mit einer Prävalenz von 3-5 % häufig vorkommende Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) mündet in bis zu 60 % der Fälle in eine Erwachsenenform mit einer abgewandelten Symptomatik. In Straftäter-Populationen sind sowohl Jugendliche als auch Erwachsene mit einer ADHS sowohl national als auch international deutlich überrepräsentiert. Die vorliegende Arbeit untersucht eine spezielle Gruppe von straffällig gewordenen Menschen, nämlich forensisch-psychiatrische Patienten einer Maßregelvollzugsklinik, hinsichtlich des Merkmals ADHS und geht insbesondere der Frage des Einflusses einer ADHS-Belastung auf die Behandlung dieser Patienten nach. Zu diesem Zweck wurde das Patientengut der einzigen Maßregelvollzugsklinik eines Bundeslandes untersucht. Nach Wegfall von Ausschlusskriterien nahmen 102 erwachsene Patientinnen und Patienten an der Untersuchung teil.

Nach Anwendung des ADHS-Selbstbeurteilungsbogens (ADHS-SB), des Wender-Reimherr-Interviews (deutsche Bearbeitung) sowie der deutschen Kurzform der Wender Utah Rating Scale (WURS-k) konnte bei 3 % der Patienten eine persistierende (adulte) ADHS diagnostiziert und bei 24 % der Patienten eine kindliche ADHS-Psychopathologie erhoben werden.

Beim Vergleich der Patienten mit ADHS-Belastung (27 %) mit der Patienten ohne ADHS-Belastung zeigte sich kein signifikanter Unterschied im Hinblick auf die Merkmale Schulbildung, strafrechtliche Voraussetzungen der Unterbringung, Unterbringungsdelikt, Anzahl der früheren Verurteilungen, Unterbringungsdauer, Erwerbstätigkeit, Unterbringungsdiagnose, Alter bei der Begehung der letzten Straftat sowie hinsichtlich der Anzahl der besonderen Vorkommnisse während der Unterbringungszeit.

Lediglich bei der Begehung der Ersttat waren die Patienten mit ADHS-Belastung deutlich jünger (7,4 Jahre) als die Patienten ohne ADHS-Belastung.

Hinsichtlich der Entwicklung des primären psychiatrischen Krankheitsbildes und der forensisch-psychiatrischen Problematik während der Unterbringungszeit (Behandlungserfolg) zeigten die beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede.

Zusammenfassend lässt sich feststellen: Die untersuchten forensisch-psy-chiatrischen Patienten zeigten - wie andere Gruppen von straffällig gewordenen Menschen - eine erhöhte Prävalenz von ADHS.

Ein Einfluss von ADHS auf die Behandlung während der forensisch-psychiatrischen Unterbringung konnte nicht nachgewiesen werden.

Trotzdem sollten Patienten zu Beginn der Unterbringung auf das Vorliegen einer ADHS untersucht werden, damit im Einzelfall nach entsprechender Behandlung die Aufenthaltsdauer verkürzt bzw. die Prognose verbessert werden kann.

## Summary

Does the attention deficit-/ hyperactivity disorder (ADHD) have an impact on the treatment of patients in a forensic-psychiatric clinic?

The during infancy and adolescence with a prevalence of 3 - 5% often occurring deficiency of hyperactivity/ hyperactivity disorder (ADHD) leads in up to 60% of all cases to an adult form with a modified symptomatology. In a population of criminal offenders, juveniles and adults with ADHD are clearly over-represented, nationally as well as internationally.

The present paper examines a particular group of individuals with a criminal record, namely forensic-psychiatric patients in an order treatment hospital, with regard to the feature of ADHD and examines specifically the question of the impact of an ADHD-ailment on the treatment of the patients concerned. For this purpose the patient population of the only order treatment hospital of a federal state has been examined. After the elimination of certain criteria for exclusion 102 adult patients took part in the study.

After the application of the self-assessment questionnaire for ADHD (ADHD-SB) from the Wender-Reimer-Interview (German version) plus the German short version of the Wender-Utah-Rating-Scale (WURS-k), 3% of the patient population could be diagnosed with a persistent (adult) ADHD and 24% of the patient population could be diagnosed with a childhood ADHD psychopathology.

During the comparison of the patients with an ADHD-ailment (27%) and the patients without an ADHD-ailment, with regard to features like the scholastic education, the legal basis for the admission to the order treatment hospital, the delinquency causing the commitment, the number of past convictions, the duration of the confinement in the hospital, occupation, referral diagnosis, age at the point in time of the last commission of a crime, as well as the number of special incidents occurring during the confinement in the psychiatric hospital, no significant differences could be discerned.

Merely at the time in which the patients' first offense was committed, those with an ADHD-ailment were reportedly younger (7.4 years) than those patients without an ADHD-ailment.

In consideration of the development of the primary psychiatric clinical picture and the forensic-psychiatric set of problems during the confinement in a psychiatric hospital (success of the therapy), the two groups did not show any significant differences.

In summary: The examined forensic-psychiatric patients showed an increased prevalence of ADHD, just like other populations of criminal offenders. The influence of ADHD on the treatment during the confinement in the forensic-psychiatric hospital could not be proven. However, at the beginning of the confinement in a forensic-psychiatric hospital, the patients should be examined with a focus on an existing ADHD symptomatology, in order to shorten by means of a targeted therapy in individual cases (where appropriate) the duration of the confinement in the clinic or rather to improve the respective prognoses.

## **2. Einleitung**

### **2.1 Epidemiologie**

Als eine der häufigsten psychiatrischen Erkrankungen im Kinder- und Jugendalter kann die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung gelten. Die Prävalenz wird meist mit 5 % angegeben (Faraone et al.; 2003; Groß et al., 1999). Eine höhere Prävalenz bis zu 10 % wird jedoch auch beschrieben (Wender, 2000). Das männliche Geschlecht ist dabei deutlich bevorzugt (3:1). Für Deutschland wird eine Prävalenz von 4,8 % angegeben, wobei die Störung bei Jungen mit 7,9 % gegenüber Mädchen mit 1,8 % deutlich häufiger diagnostiziert wird (Schlack et al., 2007). In bis zu 60 % der Fälle bleibt bei in der Kindheit Erkrankten die ADHS-Symptomatik ganz oder teilweise im Erwachsenenalter erhalten (Mannuzza et al., 1998; Mahomedy et al., 2007; Hechtmann, 1992). Dementsprechend werden bei Erwachsenen folgende Prävalenzen bei Zugrundelegung der DSM-IV-Kriterien für ADHS im Erwachsenenalter vorgefunden: Für die US-amerikanische Bevölkerung 4,4 % (Kessler et al., 2006), für Deutschland 3,1 %, international 3-4 % (Fayyad et al., 2007; Ron de Graaf et al., 2008). Niedrigere Prävalenzzahlen ergeben sich bei der Verwendung der ICD-10-Kriterien in der diagnostischen Erfassung (Rösler & Retz, 2004).

### **2.2 Terminologie**

Die hier beschriebene Störung, die bereits unter dem Begriff „Minimale cerebrale Dysfunktion“ (MCD) oder auch unter „Psychorganisches Syndrom“ (POS) eher unscharf beschrieben wurde, wurde erstmals 1978 in der ICD-9 bzw. 1980 im DSM-III operationalisiert. Das Krankheitsbild mit den Leitsymptomen Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsdefizit und Impulsivität ist in der aktuellen ICD-10 mit zwei Subtypen als hyperkinetische Störung (HKS) und im aktuellen DSM-IV mit drei Subtypen als Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) vertreten.

### **2.3. Ätiologie**

Wurden früher Umwelteinflüsse, z. B. bestimmte Nahrungsmittel oder Zusätze in Nahrungsmitteln bzw. ungünstiges Milieu für das Zustandekommen einer ADHS angesehen, so kann heute davon ausgegangen werden, dass es sich bei der ADHS um eine im Wesentlichen erblich vermittelte Erkrankung handelt. Zu diesem Schluss kamen zahlreiche Familienstudien (Sprich et al., 2000; Smidt et al., 2003). Dabei handelt es sich nicht um einen einfachen monogenetischen Erbgang, vielmehr kann davon ausgegangen werden, dass viele Gene an der Entstehung der ADHS mit seinen verschiedenen Varianten bzw. Ausprägungen beteiligt sind. Verschiedene Gene, die u. a. für das dopaminerge bzw. serotonerge Transmitter-System verantwortlich sind, kommen hier in Frage. So konnte z. B. eine Beziehung zwischen ADHS und dem Serotonintransporter-Gen (5 HTTLPR) (Retz et al., 2002), dem Dopamintransporter-Gen (DAT1) sowie dem Dopaminrezeptor-Genen (DRD2, DRD4) (Faraone et al., 2001) beschrieben werden.

Auf neurochemischer Ebene wird eine Störung im Dopamin-System angenommen. Es konnte sowohl eine verminderte Dopa-Decarboxylase-Aktivität im präfrontalen Cortex bei erwachsenen ADHS-Patienten (Ernst et al., 1998) als auch eine Erhöhung der Dopamin-Transporterdichte im Striatum bei entsprechenden Patienten (Dougherty et al., 1999) gut beschrieben werden, die sich unter Gabe von Methylphenidat wieder deutlich normalisieren ließ (Krause & Dresel, 2004). Auf neuroanatomischer Ebene findet sich bei ADHS-Patienten eine Volumenminderung des Frontallappens (Hesslinger et al., 2002), aber auch Auffälligkeiten der Basalganglien und des Corpus callosum.

Vor dem Hintergrund der neurochemischen und neuroanatomischen Auffälligkeiten zeigen ADHS-Patienten gehäuft Störungen in der Aufnahme und Verarbeitung von neuen Informationen (Armstrong Cl. et al., 2001). Es werden hierfür Störungen der entsprechenden Bahnen (mesocorticaler Regelkreis, mesolimbisches Belohnungssystem) mit der Folge der Beeinträchtigung von Hemmmechanismen, von Kontrolle und Planung, aber auch der Beeinträchti-

gung bzw. Störung der Motivation als Erklärungsmodell herangezogen (Sonuga-Barke, 2002).

## 2.4 Symptomatik und Diagnostik der ADHS im Kindesalter

Eines der Leitsymptome der ADHS ist die Störung der Aufmerksamkeit. Beim Kind äußert sich diese im Alltag z. B. durch die mangelnde Fähigkeit, sich längere Zeit in der Schule, bei den Hausaufgaben oder beim Spielen konzentrieren zu können oder Aufgaben zu Ende zu bringen. Leichte Ablenkbarkeit bei äußeren Reizen, Begehen von Flüchtigkeitsfehlern, Vergesslichkeit sowie Probleme beim Zuhören zählen genauso dazu (Krause & Krause, 2005).

Ebenso bedeutsam bei dem Störungsbild sind Symptome der Hyperaktivität und der Impulsivität. Diese imponieren beim Kind z. B. durch Herumrutschen auf dem Stuhl, Zappeln mit Händen oder Füßen, häufigem Herumklettern auf Gegenständen, übermäßigem Rededrang, in der Unfähigkeit, ruhig zu sitzen usw.. Neben diesen Hauptsymptomen sind häufig emotionale Labilität, Stresstoleranz sowie Störungen im Sozialverhalten nachweisbar.

Bei den diagnostischen Kriterien unterscheiden sich die Klassifikationssysteme DSM-IV (American Psychiatric Association, 2003) und ICD-10 (Dilling et al., 2000).

Das DSM-IV führt folgende Subtypen auf:

1. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Mischtypus (314.01)
2. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, vorwiegend unaufmerksamer Typus (314.00)
3. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus (314.01)

Ferner wird noch ein residueller Typ (314.8) aufgeführt.

In Bezug auf die Diagnosestellung führt das DSM-IV neun Symptome des Aufmerksamkeitsdefizits und neun Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität

auf. Um den Mischtyp zu diagnostizieren, müssen jeweils sechs der neun Symptome aus beiden Bereichen über mindestens sechs Monate nachweisbar sein. Beim vorwiegend unaufmerksamen Typus müssen mindestens sechs Symptome des Aufmerksamkeitsdefizits nachweisbar sein, aber weniger als sechs Symptome aus dem Bereich Hyperaktivität/Impulsivität über den entsprechenden Zeitraum nachweisbar sein. Beim vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Typus müssen entsprechend sechs Symptome aus dem Bereich Hyperaktivität/Impulsivität, aber weniger als sechs Symptome des Aufmerksamkeitsdefizits über sechs Monate nachweisbar sein. Zudem verlangt das DSM-IV, dass die beeinträchtigenden Symptome bereits ab dem 7. Lebensjahr aufgetreten sind und die Beeinträchtigungen sich mindestens in zwei Bereichen (z. B. Schule, Ausbildung, häuslicher Bereich) zeigen. Außerdem verlangt das DSM-IV, dass es infolge der Symptomatik zu einer relevanten klinischen Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit in mindestens zwei Bereichen gekommen ist. Zudem wird verlangt, dass die Symptome nicht im Verlauf einer „tiefgreifenden Entwicklungsstörung, Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung“ auftreten und „auch nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden (z. B. affektive Störung, Angststörung, dissoziative Störung oder eine Persönlichkeitsstörung)“.

In den diagnostisch-klinischen Leitlinien der ICD-10 (Dilling et al., 2000) werden zwei Subtypen aufgeführt:

1. Einfache Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0): Diese entspricht am ehesten der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Mischtypus im DSM-IV.
2. Hyperaktive Störung des Sozialverhaltens (F90.10). Diese findet ihre Entsprechung in der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, hyperaktiv-impulsiver Typus nach DSM-IV.

Für die Diagnose der einfachen Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) verlangt die ICD-10 das Vorliegen von mindestens sechs der neun aufgeführten Symptome des Aufmerksamkeitsdefizits, drei der insgesamt fünf aufgeführten Hyperaktivitäts-Symptome und mindestens eins von vier aufge-

fürten Impulsivitätssymptomen. Die ICD-10 trennt hier die Symptome der Hyperaktivität und der Impulsivität, während sie beim DSM-IV zu einem Symptomkomplex zusammengefasst sind.

Neben der ADHS-Symptomatik müssen bei der hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens auch Symptome wie destruktives Verhalten, Dissozialität, Schule schwänzen, Lügen, Aggressivität usw. vorhanden sein und die diagnostischen Voraussetzungen einer Störung des Sozialverhaltens (F91) nachweisbar sein. Ebenso wie das DSM-IV verlangt die ICD-10 für die Diagnosestellung einer ADHS: Die Symptomatik muss mindestens über einen Zeitraum von sechs Monaten nachweisbar sein, vor dem 7. Lebensjahr beginnen und Beeinträchtigungen in mindestens zwei Lebensbereichen nach sich ziehen. Zudem soll die Störung nicht durch eine andere schwere seelische Erkrankung erklärbar sein.

## **2.5 Symptomatik und Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter**

Die Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV unterscheiden nicht ausdrücklich zwischen kindlicher ADHS und einer ADHS im Erwachsenenalter. Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde verlangen zur Diagnose ADHS im Erwachsenenalter grundlegend, dass die Kriterien einer ADHS durchgehend sowohl in der Kindheit und Jugend erfüllt waren als auch jetzt im Erwachsenenalter erfüllt sind (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2003). D. h. auch beim Erwachsenen sind Störungen der Aufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität Leitsymptome einer ADHS. Die einzelnen Symptome finden naturgemäß entsprechend des Alters andere Ausdrucksformen: So tritt z. B. an die Stelle der motorischen Unruhe bei Kindern, im Erwachsenenalter häufig eine innere Unruhe.

Die folgende Übersicht (Krause & Krause, 2005) stellt die Symptome im Kindesalter dem Symptomwandel im Erwachsenenalter gegenüber:

Symptome des Aufmerksamkeitsdefizits nach DSM-IV	Symptomwandel im Erwachsenenalter
Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten	Mangelnde Konzentration beim Durchlesen schriftlich fixierter Aufgaben und Arbeitsanweisungen; bei mündlicher Auftragserteilung Unfähigkeit, so lange konzentriert zu bleiben, bis die Handlungsanweisung verinnerlicht ist.
Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten	Subjektiv langweilige Aufgaben wie Routinearbeiten am Arbeitsplatz, regelmäßige Arbeitsabläufe oder uninteressant erscheinende Aufträge lösen eine erhöhte Ablenkbarkeit aus und führen damit zum Wechsel der Tätigkeit, wichtige und unwichtige Dinge sind gleichrangig.
Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen.	Erwachsene sind häufig mit eigenen Gedanken beschäftigt, oft noch von Vorkommnissen beeindruckt, bei denen scheinbar etwas schlecht gelungen ist, und haben deshalb kein Ohr für die Umgebung.
Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen.	Erwachsene erfassen die Aufgabenstellung nur unvollständig und fühlen sich schnell von zu erledigender Arbeit überfordert; weil keine Gliederung der Arbeit vorgenommen werden kann, wechseln sie deshalb zu anderer "interessant" erscheinender Tätigkeit.
Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.	Mangelhafter Überblick bei der Organisation von Arbeiten, Wichtig und Unwichtig werden bei der Planung von Arbeitsabläufen nicht beachtet.
Vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengung erfordern	Mangelnde Fähigkeit zur Gliederung von Arbeitsabläufen führt zu schnell eintretenden Überforderungsgefühlen, häufiger Stimmungswechsel verhindert konstante Arbeitsleistung, dies bedingt eine oft zu beobachtende Selbstentwertung.
Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt.	Unfähigkeit, sich an Handlungen zurückzuerinnern (z. B. Wo habe ich meinen Schlüssel abgelegt?), bei starker Reizoffenheit; Verlust der Fähigkeit, geplant vorzugehen; keine Erinnerung an Ausgangssituationen, damit verbunden der Eindruck, sich ständig in einer unvorhergesehenen Situation zu befinden.
Lässt sich öfter durch äußere Reize leicht ablenken.	Hohe Ablenkbarkeit bei großer Reizoffenheit durch schlecht steuerbare Konzentration und Fokussierung auf die Gesprächs- oder Arbeitssituation.
Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.	Häufig vorhandenes Gefühl, an vorzeitigem "Alzheimer" zu leiden, weil der Tagesablauf als eine Aneinanderreihung von unvorhersehbaren Ereignissen wahrgenommen wird und damit die eigentlich geplanten Vorhaben in Vergessenheit geraten.

**Tabelle 1a:**

Symptome des Aufmerksamkeitsdefizits nach DSM-IV und Symptomwandel im Erwachsenenalter (Krause & Krause, 2005)

Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität nach DSM-IV	Symptomwandel im Erwachsenenalter
Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum.	Erwachsene wippen mit den Füßen, lassen häufig das ganze Bein zittern, trommeln mit den Fingern auf Tischplatten oder Armlehnen von Stühlen, gelegentlich verknoten sie ihre Beine oder schlingen sie um Stuhlbeine, um die motorische Unruhe zu kontrollieren, sie schlagen beim Sitzen ein Bein unter und haben oft Probleme mit Nägelkauen
Steht in der Klasse oder in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird, häufig auf.	Erwachsene vermeiden Langstreckenflüge, weil sie die erzwungene körperliche Ruhe nicht ertragen; Restaurant-, Theater- und Kinobesuche führen zu großer innerer Anspannung, weil wenig Gelegenheit zu Bewegung existiert.
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)	Erwachsene lieben Berufe mit der Möglichkeit sich zu bewegen; sie sind häufig in Außendienstpositionen mit wechselnden Gesprächspartnern oder Orten zu finden, sie verzichten ungern auf ihr Handy, sie brauchen viele Reizquellen, sie möchten sich durch Außenreize stimulieren.
Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen	Erwachsene treiben gerne Sportarten, die mit Risiko verbunden sind, wie Drachenfliegen, Bungee-Jumping oder Motorradfahren; die extreme Reizsituation führt zu einer intensiven Konzentrationsleistung, was von den Betroffenen als angenehm erlebt wird.
Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getrieben“.	Hektisches Rennen vermittelt ein Gefühl von Lebendigkeit, deshalb auch der Versuch, ständig mehrere Arbeiten gleichzeitig zu bewältigen; das Hasten von Arbeit zu Arbeit entlastet von starker innerer Unruhe.
Redet häufig übermäßig viel.	Die Sprechweise ist oft schnell und undeutlich, wird von der Umgebung häufiger als aggressiv erlebt, Gesprächspartner kommen kaum zu Wort, da der Betroffene schnell auf ein Thema hyperfokussiert ist, „Smalltalk“ wird als langweilig empfunden.
Platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.	Die überbordenden Ideen müssen schnell formuliert werden, bevor sie vergessen sind, es fehlt wie bei Kindern das „Stop – Listen – Go“.
Kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist.	Die andauernde innere Spannung äußert sich in Ungeduld gegenüber der Langsamkeit anderer, betroffene Mütter leiden unter der langsamen Auffassungsgabe ihrer Kinder bei den Hausaufgaben; Schlangestehen oder Stau beim Autofahren führen zu aggressiven Verhaltensweisen.
Unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder in Spiele anderer hinein)	Mischt sich ungefragt in Gespräche ein. Wenn ein Betroffener selbst nicht handeln soll, kommt in ihm schnell eine innere Unruhe auf, die dazu verleitet, die Arbeit selbst zu übernehmen. Beispiel: die tüchtige Mutter, deren Tochter keine Chance erhält, eigene Fertigkeiten zu entwickeln.

**Tabelle 1b:**

Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität nach DSM-IV und Symptomwandel im Erwachsenenalter (Krause & Krause, 2005)

Bei Erwachsenen stellen sich für den Diagnostiker zwei Probleme: Zum einen müssen die erwachsenenspezifischen Symptome, die sich von den kindlichen Symptomen unterscheiden, genau herausgearbeitet werden. Zum anderen müssen bei der gleichen Person ADHS-Symptome der Kindheit retrospektiv erfasst werden. Die UTAH-Kriterien (Wender, 2000) bieten eine Grundlage, um die spezifischen Symptome der ADHS im Erwachsenenalter herauszuarbeiten. Neben den von den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV geforderten Symptomen in den Bereichen „Aufmerksamkeitsstörung“, „Hyperakti-

vität“ und „Impulsivität“ sieht Wender es als wichtig an, die Symptombereiche „Affektlabilität“, „desorganisiertes Verhalten“, „Affektkontrolle“, „emotionale Überreagibilität“ ebenfalls bei der Diagnostik zu berücksichtigen.

***Kurze Beschreibung der einzelnen Symptombereiche (UTAH-Kriterien):***

**1. Aufmerksamkeitsstörung:**

- Erhöhte Ablenkbarkeit
- Unvermögen, Gesprächen aufmerksam zu folgen
- Verlieren oder Verlegen von Gegenständen

**2. Motorische Hyperaktivität:**

- Innere Unruhe
- Unfähigkeit, sich zu entspannen
- Unvermögen, sitzende Tätigkeiten durchzuhalten usw.

**3. Affektlabilität:**

- Häufiger Stimmungswechsel bis maximal einige Tage andauernd

**4. Desorganisiertes Verhalten:**

- Unzureichendes Planen und Organisieren – sowohl im Haushalt als auch im Beruf
- Unfähigkeit, begonnene Aufgaben abzuschließen
- Probleme beim Einhalten von Terminen oder Zeitplänen

**5. Affektkontrolle:**

- Wutausbrüche
- erhöhte Reizbarkeit, z. B. im Straßenverkehr
- verminderte Frustrationstoleranz

**6. Impulsivität:**

- Ungeduld
- Unterbrechen anderer in Gesprächen
- Unreflektierte, schnell gefasste Entschlüsse

## **7. Emotionale Überreagibilität:**

- Unvermögen, adäquat mit alltäglichen Stressoren umzugehen
- unangemessene Niedergeschlagenheit
- Ärger, Angst oder Verunsicherung als Reaktion

Als Hilfe zur Diagnostik existieren zudem etliche Beurteilungsskalen: Die Wender Utah Rating Scale (Ward et al., 1993) bzw. deren deutschen Kurzform WURS-k (Retz-Junginger et al., 2002; Rösler et al., 2008) zur retrospektiven Erfassung einer kindlichen ADHS, der ADHS-Selbstbeurteilungsboden (ADHS-SB) (Rösler et al., 2004; 2008) zur Selbstbeurteilung von Erwachsenensymptomen und analog die diagnostische Checkliste zur ADHS (ADHS-DC) (Rösler et al., 2004; 2008) als Fremd- bzw. Expertenrating zur Erfassung von Symptomen im Erwachsenenalter. Weitere wichtige Instrumente zur Erfassung einer ADHS im Erwachsenenalter sind u. a. das Wender-Reimherr-Interview und die Conners Adult ADHD Rating-Scales.

## **2.6 ADHS und Komorbidität**

Die Symptome der ADHS lassen den Untersucher häufig an andere Krankheitsbilder denken, so dass differenzialdiagnostisch eine ADHS häufig nicht in Betracht gezogen wird (Krause & Krause, 2005). Bedenkt man weiter, dass im ICD-10 bereits für die Kindheit die hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1), also das Krankheitsbild einer ADHS mit anderen Auffälligkeiten vergesellschaftet, formuliert ist, wundert es nicht, dass eben auch im Erwachsenenalter sich neben der ADHS andere psychische Auffälligkeiten etablieren und die Mehrzahl aller Erwachsenen mit einer ADHS im Laufe ihres Lebens eine komorbide Störung entwickeln (Sobanski, 2006; Sobanski et al., 2007). So haben bis zum 30 % der Erkrankten eine Persönlichkeitsstörung (Edel & Schmidt, 2003). Häufig liegt ein komorbides Suchtleiden vor. Für Erwachsene mit ADHS liegt laut Biedermann das Lebenszeitrisko für eine Erkrankung (psychoaktive Substanzen) bei gut 50 % (Biedermann et al., 1995). Andere Autoren sehen diese Gefahr bei ADHS-Patienten nur bei gleichzeitigem Vorliegen einer Verhaltensstörung (Disney et al., 1999). Unter Erwachsenen und

Heranwachsenden mit einer Drogenabhängigkeit bzw. einer Drogenmissbrauchsproblematik wird ein gleichzeitiges Vorliegen einer ADHS in 24-30 % der Fälle beschrieben (Retz et al., 2007; Schubiner et al., 2000; Ohlmeier et al., 2005). Von Ohlmeier wird zudem das Vorliegen einer ADHS bei jedem 5. Alkoholabhängigen beschrieben.

Aber auch andere psychiatrische Erkrankungen wie Angststörungen und affektive Erkrankungen sind mit ADHS vergesellschaftet (Edel & Schmidt, 2003), wobei Untersucher zu divergierenden Zahlen gelangt sind (Retz & Klein, 2010). In einer deutschen Untersuchung des Patientengutes einer ADHS-Spezialsprechstunde fand sich ein sehr hoher Anteil an affektiven Störungen (70 %) und Angst- und Zwangsstörungen (45 %) als komorbide Erkrankung (Schmalzried, 2007).

## **2.7 ADHS und Delinquenz**

Neben den in den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV beschriebenen Symptomen bzw. Beeinträchtigungen fallen Kinder mit einer ADHS häufig durch unangepasstes Sozialverhalten auf und geraten dadurch in Konflikte mit ihrer Umgebung. Dies betrifft insbesondere Kinder mit der Diagnose hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1). Es wundert daher nicht, dass Beeinträchtigungen im Kindesalter auch später im Erwachsenenalter ihre Entsprechung finden. Haben Kinder mit einer ADHS eine 3,8-fach erhöhte Unfallrate (z. B. bei Sport- und Verkehrsunfällen) gegenüber gesunden Kindern (Grützmaker, 2001), so konnte auch bei Heranwachsenden und jungen Erwachsenen mit einer ADHS gegenüber einer Kontrollgruppe ein deutlich erhöhtes Verkehrsunfallrisiko/Verkehrsdelinquenzrisiko nachgewiesen werden (Barkley et al, 1993).

Auch für die Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung/dissozialen Persönlichkeitsstörung scheint ein Vorbestehen einer ADHS von Bedeutung zu sein. So entwickelten in einer amerikanischen Studie 12 % aller Kinder mit einer ADHS später eine antisoziale Persönlichkeitsstörung (Mannuzza et al., 1998). Zudem konnte bei hyperaktiven Erwachsenen in 23 % der Fälle das

gleichzeitige Vorliegen einer antisozialen Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden (Weiss, 1985). In eine ähnliche Richtung geht auch die Untersuchung von Barkley, nach der bei Teenagern mit einer ADHS in 68 % der Fälle eine „Oppositional deviant disorder“ und in 39 % der Fälle eine „Conduct disorder“ (Barkley, 1991) nachgewiesen werden konnte. Die beiden Störungen aus dem DSM-IV sind Voraussetzung für die spätere Diagnose einer antisozialen Persönlichkeit nach dem DSM-IV. Die antisoziale Persönlichkeit, aber auch die dissoziale Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 gelten nach allgemeiner Lehrmeinung als bedeutenden Risikofaktor für delinquentes Verhalten. Dabei ist zu diskutieren, ob das Krankheitsbild ADHS für sich oder nur in Vergesellschaftung mit den vorgenannten Störungen für die Entwicklung von Kriminalität bei der betreffenden Person von Bedeutung ist (Rösler & Retz, 2008).

Was eine Vergesellschaftung von ADHS und Kriminalität anbelangt, ist die Studienlage eindeutig: So konnte Satterfield sowohl bei jugendlichen Hyperaktiven als auch bei erwachsenen Hyperaktiven signifikant höhere Inhaftierungsraten gegenüber Personen ohne ADHS-Diagnose (Satterfield & Schell, 1997) eruieren.

Betrachtet man Populationen von inhaftierten bzw. straffällig gewordenen Menschen, so zeigt sich auch hier eine eindeutig höhere Belastung mit der Diagnose ADHS. So konnte bei einer schwedischen Population von Langzeithaftierten in 40 % der Fälle eine ADHS im Erwachsenenalter nachgewiesen werden (Ginsberg et al., 2010). Ebenfalls hohe bzw. ähnlich hohe Werte fanden sich bei Inhaftierten einer südwestdeutschen Jugendvollzugsanstalt mit 45 % der Fälle (Rösler et al., 2004) und Inhaftierten einer süddeutschen Justizvollzugsanstalt mit 43 % der Fälle (ADHS in der Kindheit) (Ziegler et al., 2001). Auch bei adoleszenten flämischen Straftätern (Vermeiren, 2000) sowie bei einer Population von deutschen Sexualdelinquenten (Blocher et al., 2001) fanden sich deutlich erhöhte Prävalenzen für ADHS.

## 2.8 Ziel der Arbeit

Die bisherige ADHS-Forschung konnte zeigen, dass Menschen, die in der Kindheit an einer ADHS erkranken, auch im Erwachsenenalter häufig Probleme bei der Lebensbewältigung haben. Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass Menschen, welche mit Gesetzen und Normen der Gesellschaft in hohem Maße in Konflikt geraten (Straftäterpopulationen), häufiger an einer ADHS erkrankt sind als der Durchschnitt der Bevölkerung. Die vorliegende Untersuchung befasst sich ebenfalls mit einer straffällig gewordenen Population. Es handelt sich hier jedoch um Straftäter, die infolge einer psychischen Erkrankung zum Tatzeitpunkt schuldunfähig oder vermindert schulfähig waren und deshalb zur Therapie in eine forensisch-psychiatrische Klinik eingewiesen wurden.

Zum einen soll das Vorkommen von kindlichem oder adultem ADHS in dieser Population untersucht werden. Es ist dabei zu erwähnen, dass es sich bei der Ausgangspopulation um alle forensisch-psychiatrischen Patienten eines Bundeslandes handelt, die zum Untersuchungszeitpunkt untergebracht waren.

Von größerem Interesse ist jedoch die Frage, ob es einen Unterschied gibt im Hinblick auf die Entwicklung des psychiatrischen Krankheitsbildes und der forensisch-psychiatrischen Problematik zwischen den Patienten mit kindlichem bzw. adultem ADHS und den Patienten ohne entsprechende Krankheitsbelastung. Man muss dabei bedenken, dass Patienten in einer forensisch-psychiatrischen Klinik in hohem Maße mit Freiheitsbeschränkungen, rechtlich vorgegebenen Reglementierungen und zum Teil mit konfliktunfähigen Mitpatienten konfrontiert sind.

### **3. Material und Methodik**

#### **3.1 *Stichprobenbeschreibung***

Bei der vorliegenden Untersuchung nahmen 102 von insgesamt 165 Patienten einer südwestdeutschen Maßregelvollzugsklinik teil, in welcher sich alle nach § 126a StPO, § 63 StGB und § 64 StGB untergebrachten Patienten eines Bundeslandes befinden. Die Unterbringung nach § 63 StGB (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus) und nach § 64 StGB (Unterbringung in einer Entziehungsanstalt) erfolgt nur bei Begehung einer Straftat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) oder im Zustand der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) infolge einer psychischen Störung bzw. einer Suchterkrankung.

Bei der Unterbringung nach § 126a StPO handelt es sich um eine vorläufige Unterbringung in Erwartung einer Unterbringung nach § 63 StGB oder § 64 StGB.

Ausschlusskriterien für die Teilnahme waren eine floride psychotische Symptomatik, ein erhebliches schizophrenes Residuum, Demenzen oder gravierende organische psychische Störungen, Intoxikationen und erheblich medikamentös bedingte Beeinträchtigung, Intelligenzminderung (Ausnahme: leichte Intelligenzminderung), sprachliche Probleme. Nach Wegfall der Personen mit Ausschlusskriterien standen noch 116 potentielle Patienten zur Verfügung. Auf den Stationen fand für die in Frage kommenden Patienten eine Aufklärungs- und Informationsveranstaltung statt. Danach erklärten 102 Patienten (94 Männer, 8 Frauen) die Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie. Kein Patient wurde während der Unterbringung spezifisch wegen einer ADHS behandelt.

#### **3.2 Untersuchungsinstrumente**

##### **3.2.1 *Wender-Reimherr-Interview***

Es handelt sich um ein Instrument zur diagnostischen Abklärung einer ADHS im Erwachsenenalter (Rösler et al., 2008). Es handelt sich um die deutsche Bearbeitung eines ursprünglich von Ph. Wender entwi-

ckelten Instrumentes (WRAADDS). Das strukturierte Interview umfasst 28 Fragen aus den sieben psychopathologischen Bereichen (UTAH-Kriterien) Aufmerksamkeitsstörung, Überaktivität/Rastlosigkeit, Temperament, Affektlabilität, emotionale Überreagibilität, Desorganisation, Impulsivität. Bei den einzelnen Fragen hat der zu Untersuchende die Möglichkeit, mit nein (= 0), leicht (= 1) sowie ausgeprägt (= 2) zu antworten. Für die genannten Merkmalsbereiche wird jeweils ein Summenscore gebildet. Bei der Gesamtbeurteilung müssen, um eine ADHS im Erwachsenenalter positiv nachzuweisen, die Kriterien für die Aufmerksamkeitsstörung und die Hyperaktivität zwingend vorliegen und zusätzlich die Kriterien aus mindestens zwei der anderen fünf Bereiche nachweisbar sein.

### 3.2.2. ADHS-Selbstbeurteilungsbogen (ADHS-SB)

Bei der ADHS-SB handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument, welches zur Diagnostik einer ADHS im Erwachsenenalter konzipiert ist (Rösler et al., 2004, 2008). Mit dem Selbstbeurteilungsinstrument werden alle 18 psychopathologischen Merkmale aus den drei Bereichen Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität und Impulsivität, die sowohl nach dem DSM-IV als auch nach der ICD-10-F für die Diagnose einer ADHS relevant sind und für Erwachsene umformuliert wurden, erfasst. Neben den genannten 18 Kriterien werden zudem die zum Zeitpunkt des Störungsbegins vorliegenden Leiden, die Ausprägung in verschiedenen Lebensbereichen sowie berufliche und Kontaktprobleme erfasst. Vom Patienten muss bei der Beantwortung der 18 Fragen (Items) eine Graduierung von „nicht zutreffend“ (= 0) bis „schwer ausgeprägt“ (= 3) vorgenommen werden. Dadurch ist eine Summenwertbildung der einzelnen Item-Blöcke Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität und Impulsivität (ICD-10 und DSM-IV) möglich. Durch Aufaddierung der Items aus den drei Symptombereichen kann auch durch Bestimmung eines Gesamtwertes eine Schweregradbestimmung vorgenommen werden. Unabhängig hiervon müssen jedoch die für die Diagnose ADHS die erforderlichen Symptome nach ICD-10 bzw. DSM-IV tatsächlich vorliegen.

### 3.2.3. Deutsche Kurzform der Wender Utah Rating Scale (WURS-k)

Die WURS-k (Retz-Junginger et al., 2002) ist ein Instrument zur retrospektiven Erfassung einer kindlichen ADHS-Symptomatik. Sie basiert auf der Wender Utah Rating Scale (WURS) (Ward et al., 1993). Abgefragt werden bei den Patienten Symptome und Auffälligkeiten im Alter von 8-10 Jahren, z. B. Wutanfälle, Schulschwierigkeiten, Konzentrationsprobleme. Auch muss der Patient eine Quantifizierung des Ausprägungsgrades von „0“ (nicht oder ganz gering ausgeprägt) bis „4“ (stark ausgeprägt) vornehmen. Es werden 21 Items abgefragt; zudem enthält das Instrument vier Kontroll-Items, die eine negative Korrelation mit dem ADHS-Konzept aufweisen, um eine zufällige Beantwortung der Fragen überprüfen zu können. Die Auswertung erfolgt über die Bildung eines Summenscores, wobei die vier Kontroll-Items nicht berücksichtigt werden. Ab einem Summenscore von 30 liegt der begründete Verdacht auf das Vorliegen einer kindlichen ADHS vor.

### **3.3 Patientendatengewinnung**

Die verwendeten Patientendaten (soziobiographische Daten, forensisch-psychiatrische Daten, Diagnosen) wurden den Patientenakten der Klinik entnommen. Die Diagnosen der Patienten waren gesichert meist durch mehrfache externe Gutachten, aber auch aufgrund der Eingangs- und Verlaufsdagnostik der behandelnden Fachklinik. Die Entwicklung des Patienten seit der Unterbringung (psychiatrische Grunderkrankung und forensisch-psychiatrische Problematik) wurde in Anlehnung an das AMDP-System dokumentiert in den Kategorien:

- nur wenig besser
- viel besser
- sehr viel besser
- keine Veränderung

Die Beurteilung der Entwicklung der Patienten wurde vom ärztlichen Leiter der Klinik vorgenommen.

### 3.4 Statistische Verfahren

Es erfolgte eine statistische Auswertung mit dem Statistikprogramm SPSS Version 14.0. Soweit möglich, wurden bei der deskriptiven Statistik Mittelwerte und Prozentwerte errechnet. Bei den Kreuztabellen kam der Chi<sup>2</sup>-Quadrat-Test zur Anwendung.

## 4. Ergebnisse

### 4.1. Deskriptive Statistik

#### 4.1.1. Psychiatrische Diagnosen der Untersuchungspopulation nach ICD-10 Kapitel V (F)

Es fanden sich ICD-10-Diagnosen aus den Kategorien F0 bis F3 und F6 bis F9 (es wurde nur die erste numerische Stelle aus der ICD-10-Klassifikation verwendet). Es zeigte sich ein klarer Schwerpunkt bei den psychotischen Erkrankungen (F2) in rund der Hälfte der Fälle. Hoch war auch der Anteil der Abhängigkeitserkrankungen (F1) sowie der Persönlichkeitsstörungen (F6) mit jeweils rund einem Fünftel der Fälle.

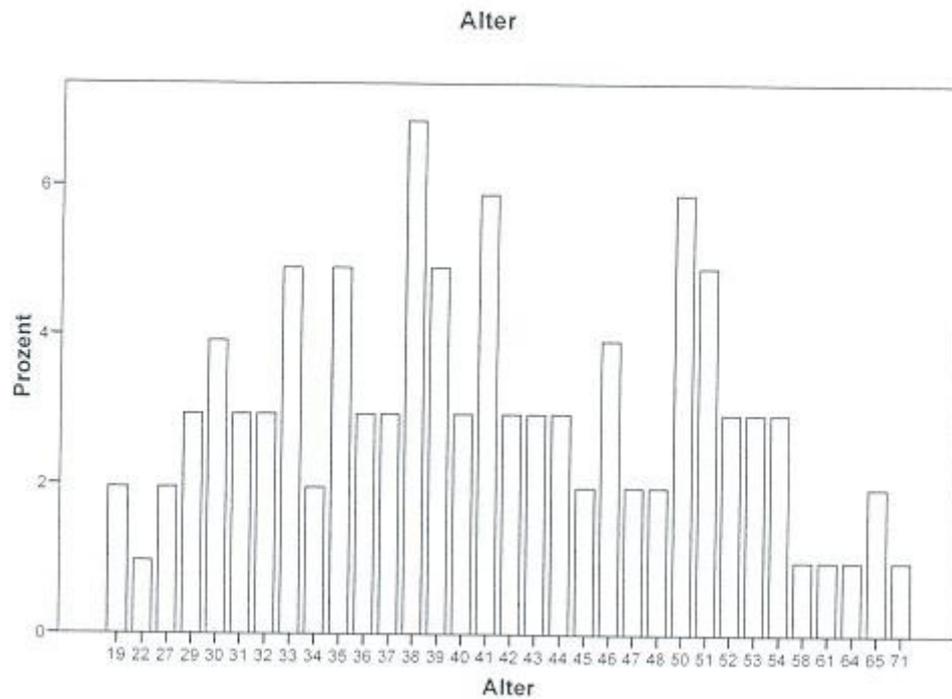
Die Diagnosen der Patienten im Einzelnen:

F0 (Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen)	4 %
F1 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen)	21 %
F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen)	49 %
F3 (Affektive Störungen)	3 %
F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen)	19 %
F7 (Intelligenzminderung)	2 %
F8 (Entwicklungsstörungen)	1 %
F9 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend)	1 %

#### 4.1.2 Altersverteilung der Untersuchungspopulation

Das durchschnittliche Alter der Untersuchungspopulation betrug 41,5 Jahre. Der jüngste Patient war 19 Jahre alt, der älteste 71 Jahre alt.

Es fanden sich unter den Patienten 94 Männer und 8 Frauen. Das Durchschnittsalter betrug 41,5 Jahre.



**Abbildung 1:**  
Altersverteilung der Untersuchungspopulation (n=102)

### Verteilung der Unterbringungsdelikte

Bei den 102 Patienten verteilten sich die Einweisungsdelikte wie folgt:

- Mord/Totschlag	6 Patienten
- versuchter Mord/versuchter Totschlag	13 Patienten
- Sexualstraftat	23 Patienten
- Körperverletzung	33 Patienten
- Raub, räuberische Erpressung	16 Patienten
- Drogendelinquenz (Verstoß gegen BtMG)	2 Patienten
- sonstige	9 Patienten
Gesamt	102 Patienten

#### 4.1.4. Unterbringungs Voraussetzungen

Die strafrechtlichen Unterbringungs Voraussetzungen verteilen sich wie folgt:

§§ 63, 20 StGB	58 Patienten
§§ 63, 21 StGB	23 Patienten
§§ 64, 20 StGB	1 Patient
§§ 64, 21 StGB	17 Patienten
§ 64 StGB	2 Patienten
§ 126a StPO	1 Patient
Gesamt	102 Patienten

#### Erläuterungen:

§ 63 StGB: Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

§ 64 StGB: Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

§ 126a StPO: vorläufige Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

§ 20 StGB: Schuldunfähigkeit (zum Tatzeitpunkt)

§ 21 StGB: verminderte Schuldfähigkeit (zum Tatzeitpunkt)

#### 4.1.5 Frühere Verurteilung

Frühere Verurteilung	69 Patienten
Keine frühere Verurteilung	33 Patienten
Gesamt	102 Patienten

4.1.6 Alter bei der Begehung des letzten Deliktes (Einweisungsdelikt)

Das Durchschnittsalter betrug hier 33,7 Jahre (Minimum 15 Jahre, Maximum 60 Jahre)

4.1.7 Alter bei der Ersttat

Der Mittelwert lag bei 26,7 Jahren (Minimum 13 Jahre, Maximum 59 Jahre), die Standardabweichung betrug 11,1.

4.1.8. Unterbringungsdauer

Der Mittelwert der Unterbringungsdauer lag bei 6,6 Jahren.

4.1.9 Schulbildung

Die Patienten verfügten über folgende Schulbildung:

Sonderschule	13 Patienten
Hauptschule ohne Abschluss	26 Patienten
Hauptschulabschluss	43 Patienten
Realabschluss	7 Patienten
(Fach-)Abitur	8 Patienten
Sonstiges	4 Patienten
nicht auswertbar	1 Patient
Gesamt	102 Patienten

4.1.10 Erwerbstätigkeit vor der Unterbringung

In Ausbildung/Umschulung	10 Patienten
Angestellter/Beamter	3 Patienten
Arbeiter/Facharbeiter	12 Patienten
Selbständiger/Freiberufler	1 Patient
Rentner	10 Patienten
ohne Arbeit	54 Patienten
Sonstiges	12 Patienten
Gesamt	102 Patienten

4.1.11 Besondere Vorkommnisse während der Unterbringungszeit (Locke-rungsmissbrauch, Suchtmittelkonsum, Straftat bzw. strafbare Handlung)

Kein besonderes Vorkommnis	54 Patienten
Ein besonderes Vorkommnis	26 Patienten
Zwei besondere Vorkommnisse	10 Patienten
Drei besondere Vorkommnisse	5 Patienten
Mehr als drei besondere Vorkommnisse	7 Patienten
Gesamt	102 Patienten

4.1.12 Entwicklung des psychiatrischen Krankheitsbildes und der forensisch-psychiatrischen Problematik

Nur wenig besser	42 Patienten
Viel besser	42 Patienten
Sehr viel besser	12 Patienten
Keine Veränderung	6 Patienten
Gesamt	102 Patienten

4.1.13 Häufigkeit der ADHS-Diagnose in der Untersuchungspopulation

(nach Anwendung der Instrumente WURS-k, ADHS-SB und des Wender-Reimherr-Interviews)

adulte ADHS	3 Patienten
nur kindliche ADHS-Psychopathologie	24 Patienten
kein ADHS	73 Patienten
nicht verwertbare Untersuchungsergebnisse	2 Patienten

Es fanden sich somit 27 Patienten, die entweder in der Kindheit eine ADHS-Psychopathologie aufwiesen oder bei denen ADHS auch jetzt noch im Erwachsenenalter vorliegt. Dies entspricht gut einem Viertel der Gesamtpopulation. Diese Gruppe von 27 Patienten ist künftig gemeint, wenn in den nachfolgenden Ausführungen von Patienten mit ADHS gesprochen wird.

Zur weiteren statistischen Berechnung wurden die Patienten in zwei statistische Gruppen unterteilt:

1. Patienten mit ADHS	27
2. Patienten ohne ADHS	73
Gesamt	100

#### **4.2. Vergleich Patienten mit ADHS versus Patienten ohne ADHS**

Im Folgenden werden die beiden Gruppen hinsichtlich verschiedener Merkmale verglichen. Da bei zwei Patienten keine verwertbaren Untersuchungsergebnisse im Hinblick auf die ADHS-Diagnostik vorlagen, ist die Gesamtzahl der zu vergleichenden Patienten auf 100 zurückgegangen.

##### **4.2.1 Vergleich hinsichtlich des Unterbringungsdeliktes**

Beim Vergleich der Patienten mit/ohne ADHS haben die Patienten mit ADHS hinsichtlich der Sexualstraftaten (25,9 % gegenüber 20,5 %) sowie bei den Delikten Mord/Totschlag (7,4 % gegenüber 5,5 %) eine höhere Belastung und beim versuchten Mord/versuchten Totschlag eine geringere Belastung (7,4 % gegenüber 13,7 %). Bei den übrigen Unterbringungsdelikten waren keine nennenswerten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen nachweisbar. Insgesamt konnte jedoch kein signifikanter Unterschied ( $p < 0,05$ ) beim Vergleich der beiden Gruppen hinsichtlich des Unterbringungsdeliktes festgestellt werden.



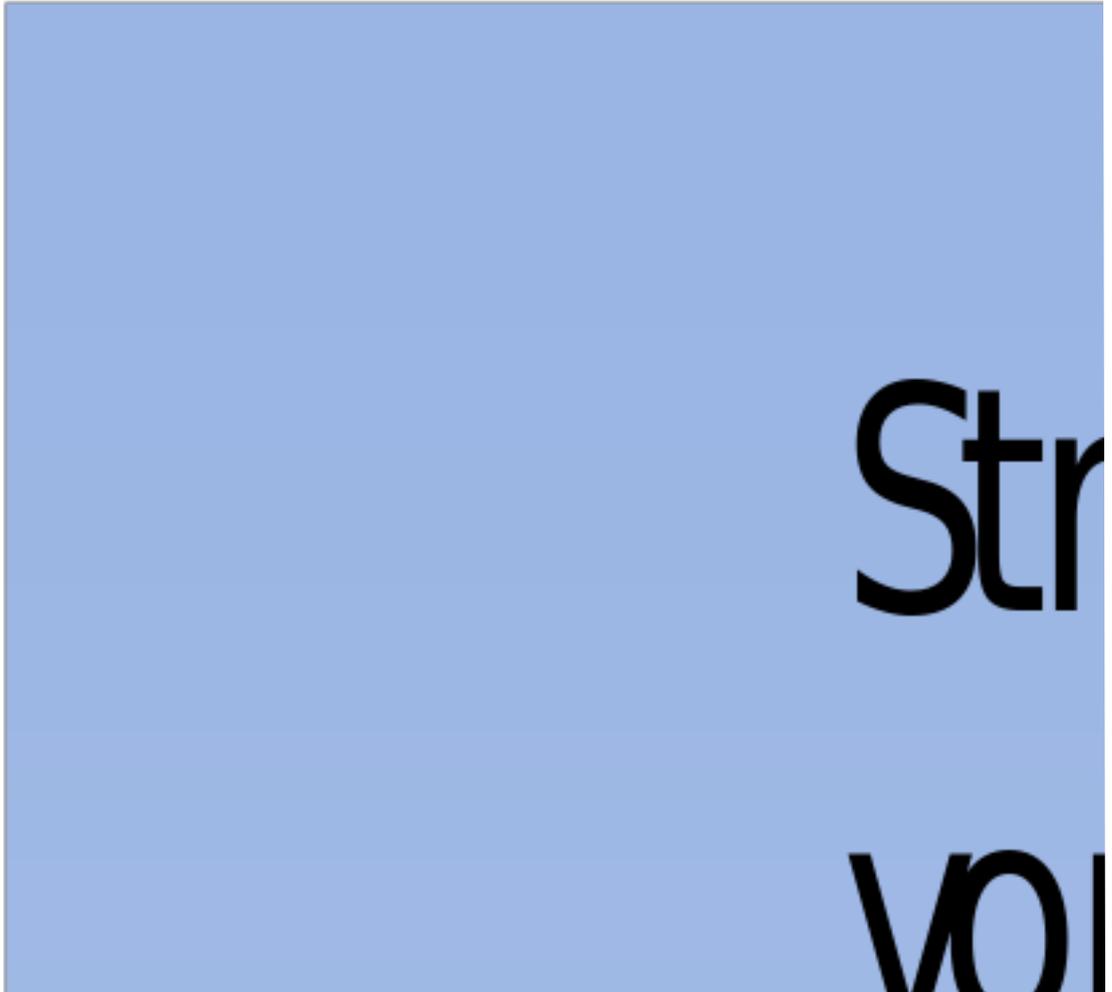
**Abbildung 2:**

Vergleich Unterbringungsdelikt Patienten mit ADHS/ohne ADHS

*4.2.2 Vergleich bezüglich der strafrechtlichen Voraussetzungen der Unterbringung*

Beim Vergleich bezüglich der strafrechtlichen Unterbringungs-voraussetzungen waren die Patienten mit ADHS, die nach den §§ 63, 21 StGB untergebracht waren, leicht überrepräsentiert und bei der Unterbringung gemäß §§ 64, 21 StGB mit 11 % unterrepräsentiert gegenüber den Pa-

tienten ohne ADHS (19,2 %). Insgesamt konnte kein signifikanter Unterschied ( $p = 0,415$ ) beim Vergleich der beiden Gruppen ermittelt werden.



**Abbildung 3:**

Vergleich strafrechtliche Voraussetzungen der Unterbringung Patienten mit ADHS/ohne ADHS

Erläuterungen:

§ 63 StGB: Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

§ 64 StGB: Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

§ 126a StPO: Vorläufige Unterbringung in einem psychiatrischen  
Krankenhaus

§ 20 StGB: Schuldunfähigkeit (zum Tatzeitpunkt)

§ 21 StGB: verminderte Schuldfähigkeit (zum Tatzeitpunkt)

**4.2.3 Vergleich bezüglich früherer Verurteilung**

Bei 65,7 % der Patienten ohne ADHS (48 Patienten) und bei 74 % der Patienten mit ADHS (20 Patienten) liegt eine frühere Verurteilung vor. Bei einer erwarteten Anzahl von 49,6 Patienten ohne ADHS und einer erwarteten Anzahl von 18,4 Patienten mit ADHS wurde kein signifikanter Unterschied ( $p > 0,05$ ) zwischen den Patientengruppen festgestellt.

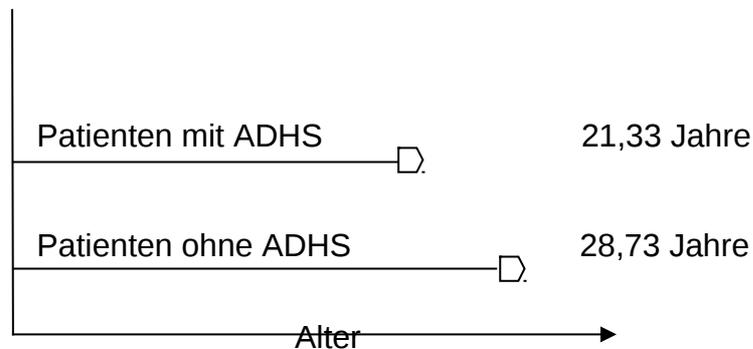
**4.2.4 Vergleich bezüglich Alter bei der Begehung des ersten Deliktes**

Der Vergleich der zwei Gruppen ergab keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Alters beim letzten Delikt ( $p = 0,137$ ).

**4.2.5 Vergleich bezüglich Alter bei der Begehung der Erststraftat**

Das Durchschnittsalter bei der Begehung der Erststraftat lag bei Patienten ohne ADHS im Mittel bei 28,73 Jahren. Hingegen lag das Durchschnittsalter bei der Begehung der Erststraftat bei Patienten mit ADHS im Mittel bei 21,33 Jahren. Der Vergleich der beiden Stichproben ergab einen signifikanten Unterschied ( $p = 0,02$ ) bezüglich des Durchschnittsalters bei der Begehung der Erststraftat zwischen den beiden Gruppen.

Die Patienten mit ADHS waren bei Begehung der Erststraftat deutlich jünger (7,4 Jahre) als die Patienten ohne ADHS.



**Abbildung 4:**

Vergleich Durchschnittsalter bei der Begehung der Erststraftat

#### 4.2.6 Vergleich bezüglich der Unterbringungsdauer

Die Unterbringungsdauer der Patienten ohne ADHS lag im Mittel bei 7,3 Jahren gegenüber den Patienten mit ADHS bei 6,3 Jahren im Mittel. Es konnte kein signifikanter Unterschied ( $p = 0,655$ ) ermittelt werden.

#### 4.2.7 Vergleich bezüglich der Schulbildung

Bei der Prüfung der Unterschiede hinsichtlich der Schulbildung waren ADHS-Patienten mit Hauptschulabschluss leicht überrepräsentiert (50 % gegenüber 39,7 % der Patienten ohne ADHS) und ebenso mit Sonderschulbesuch (15,4 % versus 11 % der Patienten ohne ADHS). Unterrepräsentiert waren die ADHS-Patienten mit (Fach-)Abitur und sonstiger Schulbildung.

Dennoch konnten keine signifikanten Unterschiede ( $p > 0,05$ ) zwischen beiden Gruppen hinsichtlich der Schulbildung eruiert werden.



**Abbildung 5:**

Vergleich Schulbildung Patienten mit ADHS/ohne ADHS

**4.2.8 Vergleich Erwerbstätigkeit**

Leicht überrepräsentiert waren die ADHS-Patienten im Status Ausbildung/Umschulung (14,8 % versus 8,2 % der Patienten ohne ADHS) sowie bei Selbständigen/Freiberuflern. Unterrepräsentiert gegenüber der Vergleichsgruppe waren sie jedoch bei Arbeitern/Facharbeitern (3,7 % versus 13,7 % der Patienten ohne ADHS) sowie bei den Beamten und Angestellten. Insgesamt ergaben sich jedoch keine signifikanten Unterschiede ( $p > 0,05$ ) der beiden Gruppen bei der Erwerbstätigkeit.



**Abbildung 6:**

Vergleich Erwerbstätigkeit Patienten mit ADHS/ohne ADHS

**4.2.9 Vergleich bezüglich der Unterbringungsdiagnosen nach ICD-10 (Erst-diagnosen)**

Wie schon bei der Beschreibung der Stichprobe (siehe unter 3.) hatten 49 Patienten bzw. 49 % eine Erkrankung aus der diagnostischen Kategorie F2, 21 % aus der diagnostischen Kategorie F1 sowie 19 % aus der diagnostischen Kategorie F6.

Die übrigen Diagnosen (11 %) teilen sich auf in die Kategorien F0, F3, F7, F8 und F9. Beim Vergleich der beiden Patientengruppen bezüglich der Unterbringungsdiagnose waren die Patienten mit ADHS im Kapitel F3 sowie im Kapitel F6 überrepräsentiert, aber diskret unterrepräsentiert im Kapitel F2. Ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der ICD-10-Unterbringungsdiagnosen war jedoch nicht nachweisbar ( $p > 0,05$ ).



Ur

**Abbildung 7:**

Vergleich Unterbringungsdiagnosen Patienten mit ADHS/ohne ADHS

4.2.10 Vergleich bezüglich der besonderen Vorkommnisse während der Unterbringungszeit (gravierender Lockerungsmissbrauch, Suchtmittelkonsum, Straftat/strafbare Handlung)

Rund 80 % der Untersuchungspopulation wies kein oder nur ein besonderes Vorkommnis auf, wobei Patienten mit ADHS und Patienten ohne ADHS hier etwa gleich stark repräsentiert waren. Bei der Gruppe der Patienten mit zwei besonderen Vorkommnissen waren Patienten mit ADHS unterrepräsentiert, wobei Patienten mit ADHS in der Gruppe der Patienten mit drei besonderen Vorkommnissen und der Gruppe der Patienten mit mehr als drei besonderen Vorkommnissen überrepräsentiert waren.

Insgesamt zeigte sich nach der statistischen Auswertung ( $\text{Chi}^2 = 2,519$ ) keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten mit ADHS und ohne ADHS.



**Abbildung 8:**

Vergleich Anzahl Besondere Vorkommnisse Patienten mit ADHS/ohne ADHS

4.2.11 Vergleich bezüglich der Entwicklung der psychiatrischen Grunderkrankung und forensisch-psychiatrischen Problematik seit der Unterbringung (Patienten ohne ADHS versus Patienten mit ADHS)

Die Entwicklung der psychiatrischen Grunderkrankung seit der Unterbringung wurde dokumentiert in den Kategorien

- nur wenig besser
- viel besser
- sehr viel besser
- keine Veränderung

Insgesamt war die Entwicklung der 100 Patienten wie folgt zu beschreiben:

a) nur wenig besser:	41 Patienten (41 %)
b) viel besser	41 Patienten (41 %)
c) sehr viel besser	12 Patienten (12 %)
d) keine Veränderung	6 Patienten (6 %)

Bei der Gegenüberstellung der beiden Gruppen waren die Patienten mit ADHS in der Kategorie „viel besser“ unterrepräsentiert und in der Kategorie „keine Veränderung“ überrepräsentiert. In den Kategorien „sehr viel besser“ und „nur wenig besser“ zeigten sich nur geringfügige Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Beide Gruppen konnten von der Behandlung im Maßregelvollzug deutlich profitieren. Es zeigte sich bei der statistischen Auswertung, dass zwischen den Gruppen kein signifikanter Unterschied ( $p > 0,05$ ) nachweisbar war. D. h. die hier vorliegenden Untersuchungsergebnisse zeigten beim Vorliegen einer ADHS (ADHS in der Kindheit bzw. adulter ADHS) keine Auswirkung auf den Erfolg der Behandlung im Maßregelvollzug.



**Abbildung 9:**

Vergleich Entwicklung psychiatrische Grunderkrankung und forensisch-psychiatrische Problematik Patienten mit ADHS/ohne ADHS

Patienten mit ADHS	n = 27 (27 %)
Patienten ohne ADHS	n = 73 (73 %)
Gesamtzahl	n = 100

<b>Entwicklung</b>			
		<b>Kein ADHS</b>	<b>ADHS</b>
<b>keine Veränderung</b>	<i>Anzahl</i>	2	4
	<i>Erwartete Anzahl</i>	4,4	1,6
	<i>% von Dia_ADHS</i>	2,7 %	14,8 %
	<i>% der Gesamtzahl</i>	2,0 %	4,0 %
<b>nur wenig besser</b>	<i>Anzahl</i>	29	12
	<i>Erwartete Anzahl</i>	29,9	11,1
	<i>% von Dia_ADHS</i>	39,7 %	44,4 %
	<i>% der Gesamtzahl</i>	29,0 %	12,0 %
<b>viel besser</b>	<i>Anzahl</i>	33	8
	<i>Erwartete Anzahl</i>	29,9	11,1
	<i>% von Dia_ADHS</i>	45,2 %	29,6 %
	<i>% der Gesamtzahl</i>	33,0 %	8,0 %
<b>sehr viel besser</b>	<i>Anzahl</i>	9	3
	<i>Erwartete Anzahl</i>	8,8	3,2
	<i>% von Dia_ADHS</i>	12,3 %	11,1 %
	<i>% der Gesamtzahl</i>	9,0 %	3,0 %
<b>GESAMT</b>	<i>Anzahl</i>	73	27
	<i>Erwartete Anzahl</i>	73,0	27,0
	<i>% von Dia_ADHS</i>	100,0 %	100,0 %
	<i>% der Gesamtzahl</i>	73,0 %	27,0 %

**Tabelle 2:**

Vergleich Entwicklung psychiatrische Grunderkrankung und forensisch-psychiatrische Problematik Patienten mit ADHS/ohne ADHS

## 5. Diskussion

Von größtem Interesse war bei der vorliegenden Arbeit die Frage nach der Bedeutung einer kindlichen ADHS bzw. einer adulten (persistierenden) ADHS für die Entwicklung von untergebrachten Maßregelvollzugspatienten in einer forensisch-psychiatrischen Klinik. Dabei muss man sich vor Augen halten, dass es im Rahmen der Unterbringung eines forensisch-psychiatrischen Patienten nicht ausschließlich um die Behandlung der Grunderkrankung geht, sondern auch um die Aufarbeitung der Anlassstrafat, die Auseinandersetzung mit dysfunktionellen bzw. dissozialen Verhaltensmustern, dem Einüben von prosozialen Verhaltensweisen, der Bewährung in gewährten Lockerungen und dem Aufbau einer sozialen und (soweit möglich) einer beruflichen Perspektive. Hält man sich vor Augen, dass ADHS-Patienten in Schule und Beruf und auf anderen Lebensfeldern häufiger Probleme bei der Erfüllung von Alltagsanforderungen und in zwischenmenschlichen Interaktionen haben, und dass eine ADHS auch gehäuft mit anderen psychischen Störungen (Edel & Schmidt, 2003) und Suchterkrankungen (Retz et al., 2005; Schubiner et al., 2000; Ohlmeier et al., 2005) vergesellschaftet ist und zudem Kinder mit einer ADHS gehäuft später eine antisoziale Persönlichkeitsstörung entwickeln (Manuzza et al., 1998), so könnte man davon ausgehen, dass Patienten mit einer ADHS-Belastung in einer forensischen Klinik bei der Bewältigung der o. b. Anforderungen mehr Probleme haben als andere Patienten. Das heißt Patienten mit einer ADHS-Belastung (kindliches oder adultes ADHS) sollten sich in der Gesamtentwicklung (psychiatrische Grunderkrankung und forensisch-psychiatrische Problematik) von ihren Mitpatienten ohne ADHS-Belastung unterscheiden.

Bei der Untersuchung standen von den ursprünglich 165 Patienten nach Wegfall von Ausschlusskriterien noch 116 potentielle Patienten zur Verfügung, von denen sich ein hoher Anteil von 88 % (102 Patienten) bereiterklärten, an der Studie teilzunehmen. Bei 24 Patienten (24 %) konnte eine ADHS-Psychopathologie in der Kindheit erhoben und bei 3 Patienten (3 %) eine ADHS im Erwachsenenalter diagnostiziert werden.

Der Anteil von 3 % der Patienten mit adulter ADHS entspricht auch in etwa der in der Allgemeinbevölkerung international nachweisbaren Prävalenz von 3-4 %

(Fayyat et al., 2007; Ron de Graaf et al., 2008). Gegenüber einer Prävalenz von 5 % (Faraone S. V. et al., 2003) bzw. 7,9 % bei Jungen (Schlack et al., 2007) für ADHS in der Kindheit war der Anteil der untersuchten Patienten mit 24 % deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung.

Dies entspricht auch Ergebnissen anderer Untersuchungen, wonach zum Beispiel die Inhaftierten einer südwestdeutschen Justizvollzugsanstalt in 43 % der Fälle mit kindlicher ADHS behaftet sind oder Kinder mit ADHS-Symptomen im Lebensverlauf häufiger Straftaten begehen (Fletcher & Wolfe, 2009). Aber auch generell zeigen Studien aus mehreren Ländern (Vermeiren, 2002; Ginsberg et al., 2010; Rösler & Retz, 2008), dass bei Straftäterpopulationen in bis zu 40-45 % der Fälle eine ADHS diagnostiziert werden kann, wobei für die Erstellung der Diagnose stets die Störung auch bereits im Kindesalter vorgelegen haben muss.

Man muss bei den in der vorliegenden Arbeit untersuchten Patienten jedoch bedenken, dass es sich um eine spezielle Population handelt dahingehend, dass alle Untersuchten eine schwere psychische Störung aufweisen, aufgrund derer sie sich in psychiatrischer Behandlung befinden. Deshalb sind die Zahlen bezüglich der Belastung mit ADHS nicht ohne Weiteres mit Straftäterpopulationen, z. B. aus Gefängnissen, in Bezug zu setzen. Bei dem vorrangigen Gegenstand der Untersuchung, ob sich Patienten im Maßregelvollzug in Bezug auf das Merkmal ADHS in ihrer Entwicklung im Verlauf der Unterbringung von den übrigen Patienten unterscheiden, zeigt sich folgendes Bild:

Die Patienten mit ADHS-Belastung waren bei der Ersttat mit 21,3 Jahren signifikant jünger gegenüber Patienten ohne ADHS-Belastung (28,7 Jahre). Dieser Unterschied tendiert auch zu einem Ergebnis aus der Untersuchung einer forensischen Begutachtungspopulation (Jäger, 2011), wonach Patienten mit adulter bzw. kindlicher ADHS früher zu einer forensischen Begutachtung erscheinen. Im Hinblick auf die Schulbildung schlossen die Patienten mit ADHS-Belastung geringfügig schlechter ab als die Vergleichsgruppe, ohne dass jedoch ein signifikanter Unterschied ermittelt werden konnte. Ebenso unterschieden sich die Vergleichsgruppen nicht signifikant im Hinblick auf die strafrechtlichen Voraussetzungen der Unterbringung, des Unterbringungsdeliktes, der Anzahl der früheren Verurteilungen, des Alters bei der Begehung des letzten Deliktes, der Unterbringungsdauer und der Erwerbstätigkeit. Beim Ver-

gleich der Gruppen bezüglich der Unterbringungsdiagnose nach ICD-10 ergab sich ebenfalls kein signifikanter Unterschied. Ebenso zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bei der Anzahl der besonderen Vorkommnisse während der Unterbringungszeit.

Bei der Gegenüberstellung hinsichtlich der Entwicklung der psychiatrischen Erkrankung und der forensisch-psychiatrischen Problematik konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen ermittelt werden, d. h. die ursprüngliche Frage, ob Maßregelvollzugspatienten mit einer ADHS-Belastung weniger von der Therapie in einer Maßregelvollzugseinrichtung profitieren als Maßregelvollzugspatienten ohne ADHS-Belastung, muss im vorliegenden Fall mit nein beantwortet werden.

In eine andere Richtung tendiert eine Untersuchung, die sich mit dem Verlauf von nach § 64 StGB untergebrachten alkoholabhängigen Maßregelvollzugspatienten befasst. Hier heißt es: „Patienten mit ungünstigem Verlauf haben häufiger über Symptome von Hyperaktivität und Impulsivität in der Kindheit berichtet und von den Therapeuten werden die Patienten dieser Verlaufsgruppe als reizbarer und anstrengender beschrieben.“ (Schalast & Kösters, 2008) Bei den untersuchten Patienten handelt es sich jedoch ausschließlich um Patienten, die nach § 64 StGB wegen einer Suchterkrankung untergebracht waren. In der hiesigen Untersuchungspopulation umfasst diese Patientengruppe lediglich 21 % der Gesamtpopulation, wobei die genannten 21 % keine signifikant höhere ADHS-Belastung aufwiesen als die übrigen Patienten. Aufgrund der unterschiedlichen Patientenpopulation der beiden Untersuchungen ist eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse kaum gegeben.

Weitere Untersuchungen können zum Vergleich nicht herangezogen werden, da sich keine Veröffentlichung finden lässt, die sich mit der hier untersuchten Frage beschäftigt. Um das Ergebnis der hiesigen Untersuchung auf das Gros der sich in Behandlung befindenden forensisch-psychiatrischen Patienten mit der Aussage zu übertragen, dass eine ADHS-Belastung kein Hindernis für eine erfolgreiche Maßregelvollzugsbehandlung darstellt, bedarf es natürlich noch weiterer Untersuchungen, die dann im Idealfall zum gleichen Ergebnis führen sollten.

Die untersuchte Patientenpopulation kann jedoch für das Bundesland als repräsentativ gelten, da zum Untersuchungszeitpunkt alle sich in stationärer Behandlung befindenden Maßregelvollzugspatienten eines Bundeslandes untersucht wurden. Der Vollständigkeit halber muss noch erwähnt werden, dass keiner der untersuchten Patienten eine spezifische medikamentöse oder psychotherapeutische Behandlung (wegen einer ADHS) während des stationären Aufenthaltes erhielt.

Das eher überraschende Ergebnis der Untersuchung lässt sich möglicherweise mit den psychischen Grunderkrankungen der Untergebrachten und deren Behandelbarkeit und des Behandlungssettings erklären. Betrachtet man die Unterbringungsdiagnosen (Erstdiagnosen) der Untergebrachten, so lässt sich feststellen, dass es sich überwiegend (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen 49 %, psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen 21 %) um Störungsbilder handelt, die bei entsprechendem Behandlungssetting und ausreichender Behandlungsdauer relativ gut zu behandeln sind. Die Bedeutung der Grunderkrankung und deren Behandelbarkeit lassen möglicherweise den Einfluss einer ADHS-Belastung im Hinblick auf die Gesamtentwicklung eines Patienten in einer langjährigen Maßregelvollzugsbehandlung in den Hintergrund treten. Eine Querverbindung zwischen Psychoseerkrankung und ADHS lässt das Ergebnis der Untersuchung ebenfalls nicht erkennen.

Die Behandlung im Maßregelvollzug bietet den Patienten zudem klare Strukturen in der Einrichtung, ein differenziertes Behandlungsangebot und längerfristige (in der Regel mehrjährige) Behandlung durch dieselben Bezugspersonen (Bezugstherapeut, Ergotherapeut, Pflegepersonal). Fast regelhaft finden sich in der Behandlung psychotherapeutische Inhalte, die auch bei der Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter zum Tragen kommen: Stressmanagement, Impulskontrolle, Psychoedukation, Verhaltensanalysen, Beziehungsgestaltung, Paar- und Familiengespräche (Berger, 2007; Hesslinger et al., 2004).

Es ist durchaus zu erwarten, dass die genannten therapeutischen Inhalte, die in der Einzel- und der Gruppentherapie während der forensisch-psychiatrischen Behandlung zur Anwendung kommen bzw. thematisiert werden, sowie die stabilen Rahmenbedingungen, einen günstigen Einfluss auf eine vorhandene ADHS-Symptomatik oder Restsymptomatik haben, was somit eine mögliche weitere Erklärung für das Ergebnis der Untersuchung bieten würde.

Trotz des Ergebnisses der Untersuchung bzw. der Erklärungsansätze sollte die Tatsache, dass sich in forensisch-psychiatrischen Patientenpopulationen Personen mit einer spezifisch behandlungsbedürftigen ADHS-Symptomatik befinden, nicht in den Hintergrund treten. Durch eine frühzeitige Diagnostik zu Beginn der Untersuchung könnte eine spezifische Behandlung einer vorhandenen ADHS-Symptomatik ergänzend zur Behandlung der die Unterbringung begründenden Grunderkrankung eingeleitet werden. Somit wäre sicherlich im Einzelfall eine Verbesserung der Entwicklung bzw. Legalprognose zu erzielen. Die Langzeitbehandlung in einer forensisch-psychiatrischen Klinik bietet hierzu - wie oben beschrieben - günstige Rahmenbedingungen.

## 6. Literaturverzeichnis

1. American Psychiatric Association (2003) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV-TR. Deutsche Bearbeitung. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
2. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2003) ADHS im Erwachsenenalter. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 038/014. Nervenarzt 10: 939-946
3. Armstrong CL, Hayes KM, Martin R (2001) Neurocognitive problems in attention deficit disorder. Alternative concepts and evidence for impairment in inhibition of selective attention. Ann N. Y. Acad Sci 931: 196-215
4. Barkley RA, Guevremont DC, Anastopoulos AD, DuPaul GJ, Shelton TL (1993) Driving-related risks and outcomes of attention deficit hyperactivity disorder in adolescents and young adults: A3- to 5-year follow up survey. Pediatrics 92: 212-218
5. Berger M (ed) (2007) Psychische Erkrankungen. 3. Auflage. Urban & Fischer, München, Jena
6. Biedermann J, Wilens T, Mick E, Milberger S, Spencer TJ, Faraone SV (1995) Psychoactive substance use disorder in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. Am J Psychiatry 152: 1652-1658
7. Blocher D, Henkel K, Retz W, Retz-Junginger P, Thome J, Rösler M (2001) Symptome aus dem Spektrum des hyperkinetischen Syndroms bei Sexualdelinquenten. Fortschr Neurol Psychiatr 69: 453-459
8. Castellanos FX, Giedd IN, Marsh WL, Hamburger SD, Vaituzis AC, Dickstein DP, Sarfatti SE, Vauss VC, Snell IW, Lange N, Kaysen D, Krain AL, Ritchie GF, Ragapakse IC (1996) Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry 53: 607-616
9. De Graaf R, Kessler RC, Fayyad J, Ten Have M, Alonso J, Angermeyer M, Borges G, Demyttenaere K, Gasquet I, De Girolamo G, Haro IM, Jin R, Karam EG, Ormel I, Posada-Villa J (2008) The prevalence and effects of Adult Attention-Deficit/hyperactivity Disorder (ADHD) on the performance of workers: Results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. Occup Environ Med 65: 835-842

10. Dilling H, Mombur W, Schmidt MH (eds) (2000) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto
11. Disney ER, Elkins IJ, McGue M, Iacono WG (1999) Effects of ADHD, conduct disorder and gender on substance use and abuse in adolescence. *Am J Psychiatry* 156: 1515-1521
12. Dougherty DD, Bonab AA, Spencer TJ, Rauch SL, Madras BK, Fischman AJ (1999) Dopamin transporter density in patients with attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 354: 2132-2133
13. Dresel S, Krause J, Krause KH, La Fongere C, Brinkbäumer K, Kung HF, Hahn K, Tatsch K (2000) Attention deficit hyperactivity disorder: binding of [99mTc] TRODAT-1 to the dopamine transporter before and after methylphenidate treatment. *Eur J Nucl Med* 27: 1518-1524
14. Edel M-A, Schmidt K (2003) Phobische, Angst- und Persönlichkeitsstörungen sowie soziale Beeinträchtigung ambulanter erwachsener Patienten mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. *Nervenheilkunde* 22: 415-418
15. Ernst M, Zametkin AJ, Matochik JA, Jons PH, Cohen RM (1998) DOPA decarboxylase activity in attention deficit hyperactivity disorder adults. A (fluorine-18) fluorodopa position emission tomographic study. *J. Neurosci* 18: 5901-5907
16. Faraone SV, Doyle AE, Mick E, Biedermann J (2001) Meta-analysis of the association between the 7-repeat allele of the dopamin D (4) receptor gene and attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 158: 1052-1057
17. Faraone SV, Seargeant J, Gillberg C, Biedermann J (2003) The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? *World Psychiatry* 2: 104-113
18. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso M, Angermeyer M, Demyttenasre K, Girolamo G, Haro JM, Karam EG, Lara C, Lépine JP, Ormel J, Posada-Villa J, Zaslavsky AM, Jin R (2007) Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry* 190: 402-409
19. Flechter J, Wolfe B (2009) Long-term consequences of childhood on criminal activities. *J Ment Health Policy Econ* 12: 119-138
20. Gross J, Blocher D, Trott GE, Rösler M (1999) Erfassung des hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen. *Nervenarzt* 70: 20-25

21. Grützmaker H (2001). Unfallgefährdung bei Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung. Deutsches Ärzteblatt 98: 1898-1900
22. Ginsberg Y, Hirvikoski T, Lindefors N (2010) Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among longer term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder. BMC Psychiatry 10: 112
23. Hechtmann L (1992) Long-term outcome in attention-deficit hyperactivity disorder. Psychiatr Clin North Am 1: 553-565
24. Hesslinger B, Tebartz van Elst L, Thiel T, Haegerle K, Henning J, Ebert D (2002) Frontoorbital volume reductions in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder. Neurosci Lett 328: 319-321
25. Hesslinger B, Philipsen A, Richter H (2004) Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter. Hogrefe Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag
26. Jäger J (2011) Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung in einer Forensischen Begutachtungspopulation. <http://www.scidok-sulb.uni-saarland.de/volltexte/2011/9836>
27. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biedermann J, Conners CK, Demler O, Faraone SV, Greenhill LL, Howes MJ, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walters EE, Zaslavsky AM (2006) The Prevalence and Correlates of Adult ADHD in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. Am J Psychiatry 163: 716-723
28. Krause J, Krause KH (2005) ADHS im Erwachsenenalter. 2. Auflage. Schattauer Stuttgart, New York
29. Mahomed Z, Van der Westhuizen D, Van der Linde MJ, Coetsee I (2007) Persistence of attention deficit/hyperactivity disorder into adulthood: a study conducted on parents of children diagnosed with attention deficit/hyperactivity disorder. SAfr Psychiatry Rev 10: 93-98
30. Mannuzza S, Klein RG., Bassler A, Malloy P, La Padula M (1998) Adult Psychiatric Status of Hyperactive Boys Grown Up. Am J Psychiatry 155: 493-498
31. Ohlmeier M, Peters K, Buddensiek N, Seifert J, Te Wildt B, Emrich HM, Schneider U (2005) ADHS und Sucht. Psychoneuro 31: 554-562
32. Retz-Junginger P, Retz W, Blocher D, Trott GE, Wender PH, Rösler M (2002) Wender Utah Rating Scale (WURS-k) Die deutsche Kurzform zur retrospekti-

- ven Erfassung des hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen. *Nervenarzt* 73: 830-838
33. Retz W, Thome J, Blocher D, Baader M, Rösler M (2002) Association of attention deficit hyperactivity disorder-related psychopathology and personality traits with the serotonin transporter promoter region polymorphism. *Neurosci Lett* 319: 133-136
  34. Retz W, Retz-Junginger P, Schneider M, Scherk H, Rösler M, Hengesch G (2007) Suchtmittelgebrauch bei jungen erwachsenen Straftätern mit und ohne Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). *Fortschr Neurol Psychiatr* 75: 285-292
  35. Retz W, Klein RG (eds) (2010) Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Adults. Key issues in Mental Health. Karger, Basel
  36. Rösler M, Retz W, Retz-Junginger P, Thome J, Supprian T, Nissen T, Stieglitz R-D, Blocher D, Hengesch G, Trott GE (2004) Instrumente zur Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. *Nervenarzt* 75: 888-895
  37. Rösler M, Retz W, Retz-Junginger P, Hengesch G, Schneider M, Supprian T, Schwitzgebel T, Pinhard K, Dovi-Akne N, Wender P, Thome J (2004) Prevalence of attentiondeficit-/hyperactivity disorder (ADHD) and comorbid disorders in young male prison inmates. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 254: 365-371
  38. Rösler M, Retz W, Retz-Junginger P, Stieglitz R-D, Reimherr F, Wender PH (2008) Attention deficit hyperactivity disorder in adults. Benchmarking diagnosis using the Wender-Reimherr adult rating scale. *Nervenarzt* 79: 320-7
  39. Rösler M, Retz W (2008) ADHS, Antisoziale Persönlichkeit und Delinquenz. *Z. Psychiatr., Psychol. Psychother.* 56: 121-132
  40. Rösler M, Retz-Junginger P, Retz W, Stieglitz R-D (2008) Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene. Hogrefe Göttingen, Bern, Wien, Paris, Toronto
  41. Satterfield JH, 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: 1726-1735
  42. Schalast K, Kösters C (2008) Kurzprojekt Evaluation des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB "Machbarkeitsstudie".  
<http://www.uni-due.de/.../machbarkeitsstudieevaluationpar642008.pdf>

43. Schlack R, Hölling H, Kurth B-M, Huss M (2007) Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50: 827-835
44. Schmalzried HC (2007) ADHS im Erwachsenenalter. Stichprobe einer Spezialprechstunde. <http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/3027>
45. Schubiner H, Tzelepis A, Milberger S, Lockhart N, Kruger M, Kelley BJ, Schoener EP (2000) Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance users. J Clin Psychiatry 61: 244-251
46. Smidt J, Heiser P, Dempfle K, Konrad K, Hemminger U, Kathöfer A, Halbach A, Strub J, Grabarkiewicz J., Käfle H, Lindner M, Knölker U, Warnke A, Remschmidt H, Herperz-Dahlmann B, Hebebrand J (2003) Formalgenetische Befunde zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Fortschr Neurol Psychiatr 71: 366-377
47. Sobanski E (2006) Psychiatrische Komorbidität bei Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Nervenheilkunde 25: 430-436
48. Sobanski E, Brüggemann D, Alm B, Kern S, Deschner M, Schubert T, Philipsen A, Rietschel M (2007) Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 257: 371-377
49. Sonuga-Barke EJ (2002) Psychological heterogeneity in AD/HD-a dual pathway model of behavior and cognition. Behav Brain Res 130: 29-36
50. Sprich S, Biedermann J, Crawford MH, Mundy E, Faraone SV (2000) Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 39: 1432-1437
51. Vermeiren R, De Clippele A, Deboutte D (2000) A descriptive survey of Flemish delinquent adolescents. J Adolesc 23: 277-285
52. Ward MF, Wender PH, Reimherr FW (1993) The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry 150: 885-890
53. Weiss G, Hechtmann L, Milroy T, Perlman T (1985) Psychiatric status of hyperactives as adults: A controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. J Am Acad Child Psychiatry 24: 211-220

54. Wender PH (2000) Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. *Psycho* 26: 190-198
55. Ziegler E, Blocher D, Groß J, Rösler M (2003) Erfassung von Symptomen aus dem Spektrum des Hyperkinetischen Syndroms bei Häftlingen einer Justizvollzugsanstalt. *Recht und Psychiatrie* 21: 17-21

## **7. Dank**

Bei Herrn Prof. Dr. Rösler, Direktor des Instituts für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie der Universität des Saarlandes, bedanke ich mich zunächst grundsätzlich für die Möglichkeit, unter seiner Supervision die vorliegende Dissertation erstellen zu können. Insbesondere möchte ich mich bedanken für die Freiheit, innerhalb eines vorgegeben Rahmens ein Thema bearbeiten zu dürfen, das einen praktischen Bezug zu meiner jetzigen beruflichen Tätigkeit hat.

Bedanken möchte ich mich auch bei Frau Diplom-Psychologin Dr. Philipp-Wiegmann für die Unterstützung bei der statistischen Aufarbeitung der Daten und deren Interpretation.

Schließlich bedanke ich mich noch recht herzlich bei Herrn Prof. Dr. Retz, der mir während meines Promotionsverfahrens bei der Beantwortung von Fragen, Hilfestellungen und Anregungen stets zur Seite stand.

## 8. Lebenslauf

Vorname, Nachname:	Aloysius Annen
Geburtsdatum, -ort:	11.12.1959 in Pellingen
Staatsangehörigkeit:	deutsch
Familienstand:	verheiratet, 2 Kinder (19 und 20 Jahre)
Religion:	römisch-katholisch
Schulbesuch:	1966-1970 Grundschule Pellingen 1970.1976 Realschule Konz Abschluss: Mittlere Reife 1976.1979 Trevis-Gymnasium Trier Abschluss: Allgemeine Hochschulreife
Studium:	1979-1986 Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes, Homburg Abschluss: Staatsexamen, anschlie- ßend Approbation als Arzt
Beruflicher Werdegang:	1986-1990 Truppenarzt Bundeswehr Hermeskeil, zunächst als Wehrpflichtiger (15 Monate), danach als Soldat auf Zeit 1990.1992 Assistenzarzt Bundeswehr-Zentral- krankenhaus Koblenz, Abteilung Neurologie und Psychiatrie 1992-1994 Assistenzarzt Landeskrankenhaus Merzig, Abteilung Psychiatrie 1994.1995 Assistenzarzt Landeskrankenhaus Merzig, Abteilung forensische Psych- iatrie 1995.1998 Oberarzt Landeskrankenhaus Merzig, Abteilung forensische Psychiatrie

- 1998.2003 Stellv. ärztlicher Leiter Saarländische  
Klinik für Forensische Psychiatrie Mer-  
zig
- 2003-2010 Ärztlicher Leiter Saarländische Klinik  
für Forensische Psychiatrie Merzig
- seit 9/2010 Chefarzt und Leiter Saarländische  
Klinik für Forensische Psychiatrie  
Merzig