

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

**Einfluss von Aufmerksamkeitsdefizit-/
Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und Psychopathie auf Faktoren
und Folgen delinquenten Verhaltens und Überschneidungen
beider Störungsbilder in einer Straftäterpopulation**

***Dissertation zur Erlangung des Grades
eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES
2014***

vorgelegt von: Sebastian Wagner
geb. am 24.03.1976 in Leonberg

Betreuerin: Priv.-Doz. Dr. Petra Retz-Junginger

Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung/Summary	4
2.	Einleitung	8
2.1.	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	8
2.2.	Psychopathie	15
2.3.	ADHS und Psychopathie	23
2.4.	Ziel der Arbeit	24
3.	Material und Methodik	25
3.1.	Stichprobenbeschreibung	25
3.1.1.	Alter der Untersuchungsgruppe	26
3.1.2.	Anzahl der Vorstrafen	26
3.1.3.	Anzahl der bisher verbüßten Haftstrafen	27
3.1.4.	Bisher verbüßte Haftdauer in Monaten	28
3.1.5.	Angabe einer kindlichen ADHS zum Begutachtungszeitpunkt.....	28
3.2.	Testverfahren	29
3.2.1.	Wender-Utah-Rating-Scale und deutsche Kurzform.....	29
3.2.2.	Psychopathie Checkliste PCL-SV	30
3.3.	Patientendatengewinnung: HOMDOK	32
3.4.	Statistische Verfahren.....	32
4.	Ergebnisse.....	34
4.1.	Vorhersagbarkeit von Aspekten der Delinquenz.....	34
4.1.1.	Deskriptive Statistiken	34
4.1.2.	Vorhersagbarkeit von Aspekten der Delinquenz durch die Prädiktoren PCL-SV-Gesamt, WURS-k und Alter.....	35
4.1.3.	Vorhersagbarkeit von Aspekten der Delinquenz durch die Prädiktoren Faktor eins und zwei der PCL-SV, WURS-k und Alter.....	39
4.2.	Unterschiede in PCL-SV-Gesamt, Faktor eins und zwei PCL-SV, WURS-k und Alter bei Gewalt- und Nicht-Gewalt-Straftätern	43
4.2.1.	Levene-Test der Varianzgleichheit	43
4.2.2.	t-Test bei Gewalt- und Nicht-Gewalt-Straftätern	43
4.3.	Ausprägung der Psychopathie bei Probanden mit und ohne kindlicher ADHS-Symptomatik.....	45

4.3.1.	Deskriptive Statistik zur Höhe von PCL-SV-Gesamt, Faktor eins und zwei der PCL-SV bei Probanden mit WURS < 30	45
4.3.2.	Deskriptive Statistik zur Höhe von PCL-SV-Gesamt, Faktor eins und zwei der PCL-SV bei Probanden mit WURS-k \geq 30.....	46
4.3.3.	Levene-Test der Varianzgleichheit	46
4.3.4.	t-Test zum Vergleich Probanden mit WURS-k < 30 versus Probanden mit WURS-k \geq 30	47
4.4.	Faktorenanalyse	48
5.	Diskussion	51
6.	Literaturverzeichnis.....	61
7.	Dank	71
8.	Lebenslauf	72
9.	Anhang	73

1. Zusammenfassung/Summary

Sowohl für die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) als auch die Psychopathie konnten in zahlreichen Studien signifikante Korrelationen zu kriminellem Verhalten und Gewaltbereitschaft beschrieben werden. Beide psychiatrische Störungsbilder werden in forensischen Populationen gehäuft angetroffen. Daher sind sie bei der Begutachtung in der forensischen Psychiatrie von besonderer Relevanz.

In der vorliegenden Arbeit wurde untersucht, durch welche Faktoren dieser beiden Erkrankungen signifikante Aussagen zu verschiedenen Aspekten der Delinquenz gemacht werden können.

Außerdem erfolgte eine Unterscheidung in gewalttätige und nichtgewalttätige Delinquenz sowie eine Betrachtung psychopathischer Merkmale bei Verdacht auf das Vorliegen einer kindlichen ADHS.

Weiterhin wurden die beiden Störungsbilder auf Überschneidungen auf Symptomebene untersucht.

Es erfolgte eine retrospektive Gutachtenanalyse von 323 Straftätern, die im Institut für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie in Homburg/Saar begutachtet worden waren.

Als Untersuchungsinstrumente kamen die deutsche Kurzform der Wender-Utah-Rating-Scale (WURS-k) und die Psychopathie Checkliste Screening Version (PCL-SV) zum Einsatz.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit konnten eine erhöhte Delinquenzneigung bei Verdacht auf das Vorliegen einer kindlichen ADHS nur in geringem Maße bestätigen.

Im Gegensatz dazu konnten für die Psychopathie, hier insbesondere für den Gesamt-Psychopathie-Wert und den Faktor zwei (sozial-deviant), signifikante Vorhersagen zu verschiedenen Aspekten der Delinquenz getroffen werden. Was die Vorhersagbarkeit von Gewalt angeht, stehen die Ergebnisse mit der

signifikanten Korrelation nur des Faktors eins (interpersonell-affektiv) mit Gewalttätigkeit in teilweiseem Widerspruch zur aktuellen Datenlage.

Es zeigte sich weiterhin, dass Probanden mit Verdacht auf eine kindliche ADHS signifikant höhere Werte im PCL-Gesamtwert und im Faktor zwei aufwiesen als Probanden ohne Verdacht auf eine kindliche ADHS. Für den Faktor eins konnten diese Unterschiede nicht festgestellt werden.

Auf syndromaler Ebene kam es nur zu einer sehr schwachen Überschneidung und so konnten die vorliegenden Daten eine Übereinstimmung mit der Literatur insofern zeigen, dass die beiden psychiatrischen Störungsbilder ADHS und Psychopathie größtenteils unabhängig voneinander zu betrachten sind.

Die Ergebnisse unterstreichen damit, dass insbesondere der Psychopathie bei der Entstehung von Delinquenz und Gewalttätigkeit eine immense Bedeutung zugemessen werden sollte. Aber auch die ADHS und die komorbiden Störungen, hier insbesondere die der Störungen des Sozialverhaltens im Kindesalter, sollten in diesem Bezug nicht außer Acht gelassen werden. Nur durch eine vollständige Erfassung und störungsspezifische Therapie, sowohl der beiden psychiatrischen Störungsbilder ADHS und Psychopathie als auch der komorbiden Störungen, kann es gelingen, der Entwicklung einer kriminellen Karriere vorzubeugen.

Impact of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Psychopathy on Factors and Effects of Delinquency and Overlap of both Constructs in a forensic Population

For ADHD and Psychopathy, many studies have shown significant correlations to delinquent behaviour and violence. Both clinical constructs are found frequently in forensic populations. Hence, they are important in the survey of forensic psychiatry.

In the present paper has been investigated which factors of both constructs make significant predictions possible to different aspects of delinquency.

Moreover, a distinction is drawn between violent and nonviolent delinquency. Psychopathic aspects are also taken into consideration in case of suspicion of ADHD in childhood.

Furthermore, the similarities between the symptoms of both clinical constructs are examined.

A retrospective case analysis of 323 offenders, who have been investigated in the Institute for Forensic Psychology and Psychiatry in Homburg/Saar, has been done.

As diagnostic research tools, the German short version of the Wender Utah Rating Scale (WURS-k) and the Screening Version of the Psychopathy Checklist (PCL-SV) have been used.

According to the results, there was only a moderate higher risk for delinquency when ADHD has been diagnosed in childhood.

In contradiction to this, significant predictions to aspects of delinquency could be made for psychopathy, particularly for the PCL-total and factor two (social-deviant).

In reference to the predictability of violence, the results only have shown a significant correlation between factor one (interpersonal/affective) and violence. This is a partial conflict with the current data.

Furthermore, those probands who were suspicious in ADHD in childhood have shown higher scores in PCL-total and factor two as probands who were unsuspecting in ADHD in childhood. For factor one this differences could not be seen.

There was only a slight overlap on symptom-level, thus the present data has confirmed the current literature insofar, as both psychiatric disorders have to be considered mainly different from each other.

The results emphasize that psychopathy is immensely relevant for the appearance of delinquency and violence. But also the ADHD and the comorbid disorders, in particular the conduct disorder (CD) in the childhood, should not be disregarded. Only a holistic perspective and a disorder-specific therapy of ADHD, psychopathy and comorbid disorders can prevent related criminal activities.

2. Einleitung

2.1. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Die ADHS ist eine der häufigsten psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Aufgrund der vielfältigen, persistierenden Verhaltensprobleme ist sie einer der häufigsten Gründe für die Vorstellung von Kindern in medizinischen Sprechstunden und anderen therapeutischen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Erste wissenschaftliche Betrachtungen der Verhaltenskomponente bei Kindern mit Symptomen aus dem ADHS-Spektrum gehen auf Goerge Still (1902) und Alfred Tredgold (1908) zurück. Seitdem wurde eine Vielzahl von Studien zur ADHS veröffentlicht (Barkley und Murphy, 2006).

Epidemiologische Untersuchungen über Häufigkeit der ADHS im Kindes- und Jugendalter sind vor allen Dingen der angloamerikanischen und skandinavischen Literatur zu entnehmen. Mittlerweile liegen jedoch auch deutsche Studien vor. Die Prävalenz im Kindesalter wird mit 3-10% angegeben (Wender et al., 2001; Spencer et al., 2002; Fröhlich et al., 2007). In diversen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass bei etwa 2/3 der betroffenen Personen die Symptomatik auch im Erwachsenenalter als Teilstörung oder als Störung des Gesamtbildes erhalten bleibt (Weiss et al., 1985; Mannuzza et al., 1993; Spencer et al., 2007). Jedoch schwanken die Verlaufsuntersuchungen, die ADHS kranke Kinder ins Erwachsenenalter begleiteten, hinsichtlich der Persistenz des Vollbildes ADHS zwischen 10% und 30% (Barkley und Murphy, 1998; Wender et al., 2001; Spencer et al., 2002). Größere epidemiologische Projekte, die ADHS im Erwachsenenalter bestimmt haben, liegen nur eingeschränkt vor. Die geschätzte Prävalenz im Erwachsenenalter beträgt 2-5% (Barkley und Murphy, 1998; Polanczyk et al., 2007; Huss et al., 2008). Im Kindesalter kommt es mit ansteigendem Alter zu einem stetigen Anstieg der Prävalenz (Huss et al., 2008). Im Erwachsenenalter dagegen kommt es zur Abnahme der Prävalenz mit zunehmendem Alter (Rösler et al., 2009). Es besteht eine Bevorzugung des männlichen Geschlechts. Die Störung kann in

allen sozialen Schichten und auf allen Begabungsniveaus nachgewiesen werden. Jedoch ist die Prävalenz in Familien mit niedrigerem sozioökonomischem Status erhöht (Huss et al., 2008). Die unterschiedlichen Prävalenzraten in den verschiedenen Studien ergeben sich dabei zum einen durch die Auswahl der jeweiligen Studienpopulation, zum anderen durch die Wahl der Klassifikationssysteme und der Untersuchungsinstrumente. ADHS kommt allein und in Verbindung mit komorbiden Störungen in allen Teilen der Welt vor. Signifikante Unterschiede hinsichtlich der Prävalenzraten zwischen einzelnen Kontinenten zeigen sich nicht. Daher scheint einer Standardisierung der ADHS-Diagnostik bezüglich der verwendeten Untersuchungsinstrumente weltweit eine bedeutende Rolle zuzukommen (Polanczyk et al., 2007).

Die Diagnose einer ADHS nach der ICD-10 (Dilling et al., 2000) wird durch die drei Leitsymptome Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität und Impulsivität definiert. Dabei kann nach den ICD-10-Forschungskriterien auf insgesamt neun Merkmale zurückgegriffen werden, die die Aufmerksamkeitsstörung repräsentieren, fünf Merkmale definieren die motorische Überaktivität, während die Impulsivität durch vier Einzelmerkmale näher bestimmt werden kann. Diese Einzelkriterien stimmen mit denen des Klassifikationsschemas der American Psychiatric Association, der DSM-IV (APA, 1994), überein. Von herausragender Bedeutung sind die Zeitkriterien. Die ADHS muss vor dem siebten Lebensjahr begonnen haben. Alle Störungen, die nach dem siebten Lebensjahr aufgetreten sind, gleich welcher Ursache, werden definitionsgemäß nicht als ADHS bezeichnet. Zudem müssen die Störungen über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten bestehen. Ebenfalls von Bedeutung ist, dass die Störung in verschiedenen Lebensbereichen erkennbar sein muss. Handelt es sich um eine singuläre Symptomatik, die isoliert in spezifischen Lebensfeldern auftritt (z. B. nur in der Schule), dann liegt auch hier definitionsgemäß keine ADHS vor. Die vorhandene Störung muss mit Beeinträchtigungen und erheblichem subjektivem Leiden verbunden sein. Eine andere psychiatrische Störung oder Entwicklungsbeeinträchtigung, die die vorliegende Symptomatik besser erklären würde, darf nicht vorliegen.

Die diagnostischen Kriterien nach ICD-10 und DSM-IV unterscheiden sich ausschließlich in der Frage der Definition von Subtypen. Während nach der ICD-10 die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) und die hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1) unterschieden werden, kennt DSM-IV insgesamt vier Subtypen: den kombinierten Typ, den impulsiv-hyperaktiven Typ, den aufmerksamkeitsgestörten Typ und den residualen Typ. Von allen vier Typen findet man den kombinierten Typ am häufigsten. Beim residualen Typ erfüllte der Patient in der Kindheit die Diagnosekriterien einer ADHS. Im Verlauf kommt es jedoch zu einer Teilremission der Symptome (Rösler et al., 2009).

Beachtenswert ist weiterhin, dass die Diagnose einer ADHS nach DSM-IV viel häufiger gestellt wird als nach ICD-10, da nach der ICD-10 jeweils alle drei Kernsymptome der ADHS vorhanden sein müssen, während nach DSM-IV trotz Fehlens eines oder mehrerer der Kernsymptome die Diagnose einer ADHS gestellt werden kann.

Für die Diagnose des Vorliegens einer ADHS im Erwachsenenalter muss die Störung nach den Diagnosekriterien der ICD-10 und DSM-IV auch im Kindes- und Jugendalter vorgelegen haben. Allerdings kommt es im Erwachsenenalter zu einem Verschieben der Symptomausprägungen. Während die Symptome der Impulsivität und Hyperaktivität deutlich reduziert sind, treten die Merkmale der Unaufmerksamkeit deutlich in den Vordergrund. Zudem zeigt sich die Hyperaktivität nicht wie im Kindes- und Jugendalter in einer motorischen Überaktivität, sondern in einer inneren Unruhe und Nervosität. Nebenbefundlich zeigen Erwachsene mit der Persistenz einer ADHS signifikant gehäuft Zeichen einer gesteigerten emotionalen Dysregulation (Retz et al., 2012).

Mittlerweile existiert seit 2013 die DSM-V (APA, 2013). Da die englische Version noch nicht vollständig ins Deutsche übersetzt wurde, wird in der vorliegenden Arbeit weiterhin Bezug auf die DSM-IV genommen.

Bei Vorliegen einer ADHS kommt es gehäuft zu schweren Beeinträchtigungen im Alltag. So werden bei Personen mit ADHS vermehrt Schwierigkeiten in der Schul- und Berufsausbildung sowie am Arbeitsplatz, eine erhöhte Scheidungsrate, ein vermehrter Jobwechsel, vermehrte Kündigungen und

soziale Schwierigkeiten anderer Art registriert (Barkley und Murphy, 1998). Zudem kommt es sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen mit einer ADHS zu gehäuften Verkehrsunfällen, die dann oftmals mit sehr schweren Verletzungen und der Notwendigkeit eines langen Aufenthaltes auf einer Intensivstation einhergehen (Di Scala et al., 1998; Kaya et al., 2008). Personen mit ADHS verstoßen signifikant häufiger gegen die Verkehrsregeln, indem sie zu schnell, unter Alkoholeinfluss oder ohne Führerschein fahren (Jerome et al., 2006). Nach Barkley und Murphy (2006) zeigen Patienten mit ADHS Defizite in der Verarbeitung von Informationen. Dadurch ist es ihnen nicht möglich, aus Erlebnissen zu lernen und daraus adaptive Verhaltensmechanismen zu entwickeln.

ADHS kommt isoliert eher selten vor. In der Regel treten im weiteren Verlauf nach der Entwicklung der ADHS zusätzliche psychische Erkrankungen hinzu. So berichten auch Schmidt et al. (2010), dass es bei einem hohen Ausprägungsgrad von Symptomen aus dem ADHS-Spektrum mit sehr großer Wahrscheinlichkeit zur Entwicklung weiterer psychischer und somatischer Beschwerden kommt. Ein günstiger Krankheitsverlauf ist dann zu erwarten, wenn sich nur wenige zusätzliche komorbide Leiden entwickelt haben und das Ausmaß der sozialen Risikofaktoren gering bleibt. Kommt es zur Entwicklung von Störungen des Sozialverhaltens, von Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen, steigt die Gefahr einer Persistenz der ADHS stark an. Die häufigsten komorbiden Leiden sind Suchtkrankheiten, Störungen des Sozialverhaltens und Persönlichkeitsstörungen (Biederman et al., 1993; Jensen et al., 1997; Pliszka, 1998; Barkley und Murphy, 1998). Patienten mit Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit zeigen hohe Raten sowohl an kindlicher als auch bis ins Erwachsenenalter persistierender ADHS (Ohlmeier et al., 2008). In psychiatrischen Kliniken und forensischen Institutionen des Erwachsenenalters findet man nur als Ausnahme Patienten mit isolierter ADHS. So konnten Ginsberg et al. (2010) in einem schwedischen Gefängnis bei Häftlingen mit ADHS eine hohe Belastung mit komorbiden Störungen feststellen. Alle Probanden berichteten von einem Substanzmissbrauch in der Vergangenheit. Persönlichkeitsstörungen zeigten sich bei 96% der Probanden.

Affektive- und Angststörungen waren bei der Hälfte der Probanden zu finden. Die Diagnose aus dem autistischen Formenkreis konnte bei einem Viertel der Fälle und die einer Psychopathie bei 10% gestellt werden.

Aus Belgien, den Niederlanden, Skandinavien und den angloamerikanischen Ländern liegen Untersuchungen vor, die sich mit der Frage der Häufigkeit der ADHS bei jungen Erwachsenen in forensischen Populationen beschäftigen. Ginsberg et al. (2010) berichteten von einer Prävalenzrate einer adulten ADHS von 40 % bei Insassen eines schwedischen Gefängnisses. Verglichen mit einer Gruppe von ambulanten psychiatrischen Patienten sowie einer gesunden Kontrollgruppe waren bei den Häftlingen signifikant häufiger Symptome sowohl einer kindlichen als auch einer adulten ADHS zu finden. Die angegebenen Prävalenzen für inhaftierte Straftäter weltweit variieren dabei extrem zwischen 4% und 72% (Vermeiren, 2003). In der Mehrzahl der Studien werden Prävalenzraten zwischen 20% und 30% berichtet. Diese liegen damit deutlich höher als die bereits weiter oben berichteten Prävalenzraten einer adulten ADHS von 2-5% in der Allgemeinbevölkerung. Die erhebliche Schwankungsbreite der Untersuchungsergebnisse ist auch in forensischen Studienpopulationen vor allen Dingen mit den unterschiedlichen Evaluationsansätzen, den divergierenden diagnostischen Kriterien, aber auch den heterogenen Stichproben aus verschiedenen forensisch-psychiatrischen Institutionen des Justizvollzuges zu erklären.

In einer bayerischen Justizvollzugsanstalt mit Gefangenen, die kurze bis mittlere Haftstrafen zu verbüßen hatten, wurde eine Prävalenz von 42,7% für kindliche Symptome aus dem Spektrum der ADHS festgestellt (Ziegler et al., 2003). Für diese Personen bestand eine deutlich höhere Vorstrafenbelastung.

In einer Untersuchung von männlichen Inhaftierten einer südwestdeutschen Jugendhaftanstalt (Ottweiler) ergab sich eine Prävalenz der ADHS nach DSM-IV von 45%. Die Inhaftierten mit ADHS waren signifikant jünger, verfügten über einen niedrigeren sozioökonomischen Herkunftsstatus und wiesen eine höhere Rate an Arbeitslosigkeit auf. Darüber hinaus war ihr Alter bei Erstverurteilung im Verhältnis zu den Inhaftierten ohne ADHS jünger. Auffällig waren in dieser Population die Häufung von emotionalen Störungen und

Internalisierungsstörungen wie Ängstlichkeit, depressive Verstimmungen, Rückzug und körperliche Beschwerden. Eine gesunde Kontrollgruppe von 54 gleichaltrigen jungen Männern ohne Delinquenz in der Vorgeschichte wies dagegen eine Prävalenz von 7,5% auf (Retz et al., 2004; Rösler et al., 2004). Bei der Analyse der Frage, wie die Bedeutung der ADHS und der verschiedenen komorbiden Leiden in Bezug auf Delinquenzentwicklungen einzuschätzen ist, empfiehlt es sich zu bedenken, dass die einfache ADHS (F90.0) in forensischen Populationen selten angetroffen wird. In den meisten Fällen liegt eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1) vor. Dieses komplexe Störungsmuster erweist sich als besonders kriminovalent insofern, als dass bei der oben erwähnten Kohortenuntersuchung von Retz et al. (2004) und Rösler et al. (2004) gefunden werden konnte, dass mehr als die Hälfte der inhaftierten Jugendlichen und Heranwachsenden mit F90.1 bereits vor Eintritt der Strafmündigkeit durch Delinquenz auf sich aufmerksam gemacht hatten und ein genereller Trend zu häufigeren Verurteilungen gegenüber Inhaftierten zu erkennen war, die keine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens boten. Ähnliche soziodemographische und forensische Daten fanden sich auch bei den Inhaftierten mit ADHS in der Kindheit, die jedoch nicht mehr im Erwachsenenalter fortbesteht.

Da, wie oben bereits dargestellt, die ADHS in den forensischen Populationen fast nie isoliert, sondern stets mit weiteren komorbiden Leiden, insbesondere Externalisierungsstörungen und Suchterkrankungen auftritt, muss angenommen werden, dass die resultierenden Probleme teilweise auch über die Begleiterkrankungen vermittelt werden (Manuzza et al., 1993; Satterfield und Schell, 1997; Babinski et al., 1999). Auch nach Vaih-Koch et al. (2001) liegt bei Kindern mit ADHS nur dann ein erhöhtes Risiko für gewalttätiges Sexualverhalten im Erwachsenenalter vor, wenn sie gleichzeitig Störungen des Sozialverhaltens aufweisen. Möglicherweise besteht biologisch und genetisch kein grundsätzlicher Unterschied zwischen der ADHS und den komorbiden Störungen des Sozialverhaltens. Nach Thapar et al. (2001) muss mit einer gemeinsamen genetischen Basis beider Phänotypen gerechnet werden.

Lynam (1998) beschrieb Kinder mit einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens als „Fledgling Psychopaths“. Diese Subgruppe zeichnet sich durch abgestumpfte und emotionslose Verhaltensweisen aus, die denen eines erwachsenen Psychopathen entsprechen.

Kinder und Jugendliche, aber auch Erwachsene mit der Diagnose einer ADHS werden einer multimodalen Therapie zugeführt, welche eine Beratung der Angehörigen, eine Verhaltenstherapie sowie eine medikamentöse Therapie umfasst. Am häufigsten wird dabei der Dopaminagonist Methylphenidat verwendet. Wender et al. (2001) beschreiben die Stimulanzien aus der Gruppe der Dopaminagonisten als die erfolgreichsten Medikamente zur Therapie der ADHS. Durch sie können alle Kernkomponenten der ADHS-Symptomatik suffizient behandelt werden.

Da die ADHS, insbesondere in Kombination mit dem Auftreten weiterer komorbider Störungen, mit einer erhöhten Delinquenzrate einhergeht, gilt es, diese Störung möglichst früh zu erkennen, um das Outcome der Patienten durch frühzeitige Einleitung von sinnvollen medikamentösen und psychotherapeutischen Therapiemaßnahmen positiv zu beeinflussen.

2.2. Psychopathie

Die Psychopathie ist neben der ADHS ein weiteres Konstrukt, das mit einem gehäuften Auftreten von delinquentem Verhalten und einer schlechten Legalprognose vergesellschaftet ist. Der Begriff des Psychopathen wird in unserer Gesellschaft seit langer Zeit häufig umgangssprachlich verwendet, wenn man eine Persönlichkeit beschreiben will, die sich anders als die Norm verhält und immer wieder durch ihre Anpassungsschwierigkeiten an die Gesellschaft in Erscheinung tritt. Oftmals werden auch (Massen-) Mörder als die Psychopathen schlechthin bezeichnet. Als Beispiel für den Prototyp eines Psychopathen wäre in diesem Zusammenhang Adolf Hitler zu nennen, der sich in Zeiten des Dritten Reichs für den Massenmord an mehreren Millionen Menschen verantwortlich zeigte. Aber auch andere Diktatoren, wie zum Beispiel Mao Tse-tung, Benito Mussolini und Saddam Hussein entsprechen dem Musterbild eines Psychopathen. Verantwortlich für das zunehmende Interesse der Öffentlichkeit am Konstrukt der Psychopathie haben nicht zuletzt auch die öffentlichen Medien. Durch umfangreiche Berichte von kriminellen Handlungen und die Darstellung von Psychopathen als Hauptfiguren in vielen Filmen wird die Psychopathie zunehmend in den Fokus gerückt. So wurde diese Thematik auch in den Filmen „Das Schweigen der Lämmer“, „Psycho“ und „American Psycho“ behandelt.

Das Konstrukt Psychopathie wird heute aber nicht mehr nur zur Erklärung dieses Phänomens in der Umgangssprache verwendet, sondern hat seit langer Zeit auch immer mehr Einzug in die Wissenschaft gehalten. Der erste Psychiater, der sich eingehend mit den psychopathischen Persönlichkeitsstörungen befasste, war vor etwa 200 Jahren der Franzose Phillippe Pinel. Dieser beschrieb ein Konzept der Psychopathie als „Manie sans délire“ (1809). Im englischsprachigen Raum beschrieb James Cowles Prichard (1835) eine moralische Geisteskrankheit mit dem Begriff „moral insanity“.

In Deutschland behandelte Eugen Bleuler dieses Thema in der Arbeit „Der geborene Verbrecher“ (1896). Dabei bezog er sich auf Prichards Begriff der „moral insanity“ und übertrug diese ins Deutsche als „moralische Idiotie“. Er wies dabei auf typische Merkmale wie die Unbeeinflussbarkeit des „moralischen

Idioten“ durch Strafe, die mangelnde „Gefühlsbetonung moralischer Begriffe“, die „rein egoistisch betonten Assoziationen“ und das Fehlen von Beziehungen zu affektiven Störungen oder anderen psychotischen Erkrankungen hin (Möller und Hell, 2001).

Kurt Schneider (1928) wiederum beschrieb zehn Persönlichkeitsstörungen. Dabei ging es ihm um eine weitgefaste Gruppe von abnormen und gestörten Persönlichkeiten, die sich letztlich nur sehr schwer von „normalen Persönlichkeiten“ abgrenzen lassen. Eine davon war die Psychopathie.

Auf Prichards Konzept der „moral insanity“ nahm 1941 auch Hervey Cleckley Bezug. In seinem Buch „The mask of sanity“ stellte er ein Konzept der Psychopathie vor, indem sich diese im Sinne einer Krankheit als „semantic dementia“ darstellte. Er beschrieb 16 Charaktereigenschaften, die den typischen Psychopathen repräsentieren sollten, u.a. charakterisiert durch Mangel an Reue, Egozentrik, oberflächlichem Charme und geringem Affekt. Eine andere psychiatrische Störung oder geistige Behinderung durfte begleitend nicht vorliegen. Die Diskrepanz zwischen einerseits nicht beeinträchtigter Intelligenz und andererseits fehlender Möglichkeit, diese zu gebrauchen und aus Fehlern zu lernen, bezeichnete Cleckley (1976) als Schwächung, ähnlich wie bei einer Schizophrenie.

Auch andere Wissenschaftler beschäftigten sich in den letzten Jahrzehnten mit dem Konstrukt Psychopathie, bezogen auf klinische Aspekte und Fragestellungen. Die sicherlich nicht ganz einfache Anwendung dieses ursprünglich theoretischen Begriffs in der klinischen Praxis wurde jedoch vornehmlich vorgenommen durch den kanadischen Psychologen Robert Hare und seine Kollegen. Wie Rogers et al. (2000) dies sehr ansehnlich beschreiben, versuchte Hare (1980), anlehnend an die Kriterien von Cleckley, Psychopathie anders als es dieser in seiner Operationalisierung getan hatte, jedoch nicht nur zu beschreiben, sondern auch gleichzeitig zu beurteilen.

Hare entwickelte 1980 mit der Prognosecheckliste Psychopathy (PCL) ein Messsystem für das Konstrukt Psychopathie. 1991 veröffentlichte er die veränderte Form der PCL, die PCL-R und 2003 die PCL-R2 (Second Edition). Um die Psychopathie ebenfalls bei Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren erfassen zu können, wurde 2003 die PCL-YV (Youth Version) entwickelt (Forth

et al., 2003). Eine verkürzte und für die Erfassung von Psychopathie nicht nur in forensischen Populationen, sondern auch in klinischen Settings geeignete PCL-SV (Screening Version), wurde von Hart und Forth (1995) veröffentlicht. Bei allen Versionen ergibt sich durch Addition von einzelnen Persönlichkeitsmerkmalen ein Gesamtwert, der den jeweiligen Ausbildungsgrad der Psychopathie definiert. Der genaue Aufbau der Prognosechecklisten für Psychopathie wird weiter unten beschrieben.

Die PCL-R, ebenso wie ihre verschiedenen Versionen, gelten heute in ihrer Konstruktvalidität belegt und werden weltweit eingesetzt, um eine Psychopathie zu diagnostizieren. Im Klassifikationssystem der DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) taucht dieser Begriff jedoch nicht mehr auf. Hier finden sich die Verhaltensweisen der Psychopathie im Krankheitsbild der antisozialen Persönlichkeitsstörung wieder. In den letzten Jahren konnte in vielen Studien die Eigenständigkeit des Konstrukts Psychopathie als tiefgreifende Störung der Charakterentwicklung belegt werden. Daher wurde die Psychopathie im DSM-V als eine von fünf Persönlichkeitsstörungen unter 301.7 als „Antisocial/Psychopathic“ Type wieder aufgenommen. In der ICD-10 findet sich die Psychopathie in der Kategorie der dissozialen Persönlichkeitsstörung (F60.2) unter dem Begriff der psychopathischen Persönlichkeitsstörung wieder (Sevecke et al., 2012).

Psychometrisch werden nach Hare (1991) zunächst zwei unabhängige Faktoren beschrieben, die jeweils das Konstrukt Psychopathie repräsentieren. Faktor eins repräsentiert dabei den interpersonellen/affektiven Bereich und spiegelt sich zum Beispiel wider in Gefühlskälte, oberflächlichem Affekt, Mangel an Empathie und Reue sowie Fehlen von Schuldgefühl.

Faktor zwei umfasst den Bereich sozialer Devianz und kommt durch arrogantes, zur Selbstüberschätzung neigendes, egozentrisch orientiertes und betrügerisch-manipulatives Verhalten zum Ausdruck. Cooke und Michie (2001) übten Kritik an dieser Faktorenlösung und präsentierten ein Drei-Faktorenmodell. Dabei stand Faktor eins für arrogante und täuschende interpersonelle Verhaltensweisen, Faktor zwei für defizitäres Erleben und

Faktor drei für impulsives und unverantwortliches Verhalten. Hare (2003) entwickelte daraufhin ein Vier-Faktorenmodell, wobei er aus den beiden ursprünglichen Faktoren vier Subfaktoren bildete: Faktor eins (interpersonell), Faktor zwei (affektiv), Faktor drei (lifestyle) und Faktor vier (antisozial).

Mittlerweile liegt auch ein Konzept vor, das Konstrukt Psychopathie als eine Anordnung von normalen Persönlichkeitsdimensionen zu sehen, wie sie repräsentiert sind im Fünf-Faktorenmodell der Persönlichkeitsstörung im DSM-IV. Dabei wird postuliert, dass sich Individuen mit Verhaltensweisen wie zum Beispiel geringer Freundlichkeit, geringem Pflichtgefühl, hoher Extraversion, ausgeprägter Impulsivität und erhöhter Feindseligkeit gegenüber Mitmenschen in gleicher Art und Weise wie ein Psychopath verhalten würden. Es konnte nachgewiesen werden, dass diese Personen vermehrt Eigentumsdelikte und Gewaltverbrechen begehen, einen erhöhten Alkohol- und Drogenkonsum aufweisen, vermehrt aggressive Lösungsansätze bei auftretenden Problemen wählen und kurzfristig erreichbare, geringe Belohnungen weiter entfernt liegenden, größeren Befriedigungen vorziehen (Miller und Lynam, 2003).

Obwohl von Hare ursprünglich nicht als Prognoseinstrument vorgesehen, wird die PCL in all ihren Versionen regelmäßig herangezogen, um Straftäter und forensische Patienten hinsichtlich Prognose und Therapiefähigkeit zu beurteilen. Auch vor Gericht benutzen Psychologen und forensische Psychiater diese Instrumente, um Aussagen zu Verantwortungs- und Schuldfähigkeit der Angeklagten machen zu können (Möller und Hell, 2001). Es bestehen signifikante Korrelationen zur Anzahl und Schwere von gewalttätigen Vergehen, dem Alter bei Erstdelinquenz, Anzahl der Opfer bei begangenen Vergewaltigungen, Vorhersagbarkeit von Zwischenfällen während der Haft und Wahrscheinlichkeit einer Rezidivdelinquenz (Brown und Forth, 1997; Hemphill et al., 1998; Grann et al., 1999; Hare et al., 2000; Sevecke et al., 2005; Huchzermeier et al., 2006). Für den Gesamtwert und den Faktor zwei konnten signifikante Korrelationen zu Eckpunkten von Delinquenz, Gewalttätigkeit und Vorhandensein von komorbiden Störungen nachgewiesen werden. Beim Faktor eins dagegen waren diese Verbindungen weniger ausgeprägt (Hemphill et al., 1998; Walters, 2003; Kennealy et al., 2007).

Nach aktueller Auffassung repräsentiert der Faktor eins das Persönlichkeitskonstrukt der Psychopathie eher als der Faktor zwei und grenzt diese gegenüber anderen Störungsbildern ab (Soderstrom et al., 2005). Nach Ullrich et al. (2003) nimmt der die soziale Devianz verursachende Faktor zwei in seiner Ausprägung mit zunehmendem Alter stetig ab. Der Faktor eins als definierende Komponente dieser Persönlichkeitsstörung erweist sich dagegen als stabil.

Der typische Psychopath zeichnet sich durch einen Mangel an Reue, Egozentrik, oberflächlichen Charme, geringen Affekt und manipulative Verhaltensweisen aus (Cleckley, 1941; Hare, 1991). Nach Hare (1991) handelt es sich bei der Psychopathie um eine eigenständige nosologische Entität, die normalerweise in der Kindheit beginnt und im Rahmen eines chronischen Verlaufes über die gesamte Lebensspanne zu sozialen Fehlanpassungen führt. Swogger et al. (2010) beschreiben die Psychopathie als ein Syndrom, das sich manifestiert durch Impulsivität, Verantwortungslosigkeit, gehäuftes Auftreten von schweren antisozialen Verhaltensstörungen und proaktiver Gewalt.

Psychopathen weisen eine erhöhte Komorbidität mit Abhängigkeits- und Missbrauchsyndromen (Stalenheim und von Knorring, 1996), bipolaren Störungen, dem Asperger-Autismus (Soderstrom et al., 2005), der narzisstischen Persönlichkeitsstörung (Myers et al., 1995) sowie der Borderline-Persönlichkeitsstörung auf (Möller und Hell, 2001).

Huchzermeier et al. (2007) beschrieben signifikante Korrelationen zwischen der antisozialen und der Borderline-Persönlichkeitsstörung und dem Faktor zwei der Psychopathie. Für den Faktor eins dagegen konnte eine signifikante Korrelation zur narzisstischen Persönlichkeitsstörung aufgezeigt werden.

Möller und Hell (2003) konnten bei 102 Insassen einer Justizvollzugsanstalt in der Schweiz eine signifikante Korrelation zwischen dem Faktor zwei der Psychopathie und Missbrauch bzw. Abhängigkeit von psychotropen Substanzen nachweisen.

Die Prävalenz der Psychopathie in der Allgemeinbevölkerung liegt nach Hare (1991) bei 1-3%. Bei Betrachtung der Prävalenz der Psychopathie in forensischen Populationen zeichnen sich deutliche Unterschiede ab. So werden in Nordamerika und Kanada Prävalenzraten von 25-30% angegeben, während sie in Europa deutlich niedriger liegen. In einer deutschen Studienpopulation von 416 Straftätern wurde eine Rate an High-Scorern von 7% berichtet (Ullrich et al., 2003). Daher besteht in Deutschland die Tendenz, die Grenzwerte für die Diagnose Psychopathie herunterzusetzen, um in forensischen Populationen die üblichen Prävalenzraten von etwa 30% zu erreichen. Auch Cooke und Michie (1999) präsentierten eine deutlich geringere Prävalenz der Psychopathie in einer schottischen Gefängnispopulation gegenüber männlichen Häftlingen und forensisch psychiatrischen Patienten in Nordamerika. Die Wahl des geeigneten Grenzwertes sollte daher immer von dem zu untersuchenden Studienkollektiv abhängig gemacht werden, da bei Häftlingen einer Hochsicherheitsabteilung andere Punktwerte zu erwarten sind als zum Beispiel bei ambulant forensisch behandelten Patienten (Möller und Hell, 2001). Insgesamt wird die Diagnose einer Psychopathie bei Männern viel häufiger gestellt als bei Frauen. Zudem zeigen die Gesamtwerte der Psychopathie bei Männern höhere Ausprägungsgrade als bei Frauen (Ullrich et al., 2003; Douglas et al., 2005).

Interessanterweise bestehen mittlerweile auch Theorien, dass neben dem Psychopath als Monster, dem jede Art von Moral oder Mitgefühl anderen Menschen gegenüber fehlt und das rezidivierend durch kriminelle Vergehen an seinen Mitmenschen in Erscheinung tritt, noch eine Variante existiert: der sogenannte „funktionelle“ Psychopath. Diese „funktionellen“ Psychopathen zeichnen sich dadurch aus, dass sie weniger Emotionen haben, ihre Gefühle besser kontrollieren können, risikofreudiger, rücksichtsloser gegenüber ihren Mitmenschen und frei von Moral sind. Diese Eigenschaften, so wird spekuliert, helfen ihnen dabei, im Beruf erfolgreicher als ihre Kollegen zu sein und so wird gleichfalls angenommen, dass viele erfolgreiche Investoren an der Börse, Top-Manager, Anwälte und Ärzte diese Eigenschaften des „funktionellen“ Psychopathen in sich verkörpern (Hare, 1993). Babiak und Hare beschreiben diese „Psychopathen in Nadelstreifen“ sehr ansehnlich in ihrem Buch „Snakes

in *Suits – When Psychopaths go to work*“, das seit 2007 in deutscher Übersetzung im Buchhandel erhältlich ist.

Die Frage der Behandelbarkeit der Psychopathie ist seit langer Zeit Gegenstand wissenschaftlicher Diskussionen. Einerseits wird die Meinung vertreten, dass psychopathische Häftlinge durch Behandlungsmaßnahmen schlechter gemacht werden. Dies zeigt sich in erhöhten Raten von gewalttätigen Rezidivtaten von therapierten Psychopathen im Vergleich zu nicht behandelten psychopathischen Straftätern (Rice et al., 1992). Als mögliche Erklärung werden bestimmte gruppentherapeutische Therapiemaßnahmen angepriesen, die es dem Psychopathen ermöglichen, seine psychopathischen Verhaltensweisen weiter zu perfektionieren, ohne dabei Verständnis von sich selbst zu erlangen (Hare et al., 2000). Seto und Barbaree (1999) zeigen in einer Studie an 283 Sexstraftätern, dass Häftlinge mit hohen Psychopathie-Werten und nach außen hin gutem Antwortverhalten auf therapeutische Maßnahmen nach ihrer Entlassung mit großer Wahrscheinlichkeit erneut straffällig werden, dies dann auf besonders gewalttätige Art und Weise. Der Umstand einer Inhaftierung scheint bei Psychopathen nicht zur Ausbildung von lange Zeit belastenden Eindrücken und damit verbundenen dauerhaften Lernerfahrungen zu führen. Begründet wird dies durch ein vermindertes Antwortverhalten der Psychopathen auf angstbesetzte negative Stimuli. In vielen Studien konnte bei Psychopathen ein allgemeines Defizit in der Verarbeitung von affektiven Informationen festgestellt werden (z.B. Herpertz et al., 2001).

Andererseits gibt es gerade in jüngerer Vergangenheit immer mehr Studien, die das Bild des durch Therapie nicht oder nur negativ zu beeinflussenden Psychopathen in Frage stellen. So konnten D' Silva et al. (2004) in ihrer Meta-Analyse eine reziproke Beziehung zwischen High-Score-Psychopathen und Behandlungserfolg nicht bestätigen und somit die Frage „Does treatment really make psychopaths worse?“ nicht beantworten. Auf die Notwendigkeit der Entwicklung neuer und spezifischer Therapiemaßnahmen für High-Score-Psychopathen sowie der Durchführung weiterer Studien zur Klärung dieser Frage wird hingewiesen. Auch Salekin (2002) zweifelt in seiner Metaanalyse von 42 Studien den Mythos Psychopathie als unbehandelbare Störung an.

Er betont dabei den Mangel an aussagekräftigen prospektiven Studien, die sich mit der Entwicklung der psychopathischen Persönlichkeitsstörung nach erfahrener Therapie beschäftigen.

An dieser Stelle sei auch auf die Unterscheidung zwischen primären und sekundären Psychopathen hingewiesen. Sehr ansehnlich beschrieben wird dies im Forschungsbericht von Steinbach et al. (2009). Verwiesen wird dabei auf die Einteilung von Subtypen der Psychopathie durch verschiedene Autoren. Genannt werden Karpman (1946, 1948) und Porter (1996). Während nach diesen bei den primären („echten“) Psychopathen die Persönlichkeitseigenschaften angeboren sind, scheinen bei den sekundären Psychopathen die psychopathischen Verhaltensweisen durch Traumata im Laufe des Lebens entstanden zu sein. Steinbach et al. (2009) empfehlen daher, bei der Behandlung der Psychopathie die unterschiedlichen Subgruppen dieser Störung zu berücksichtigen. Sie stellen ebenfalls zur Diskussion, für die sekundären Psychopathen nicht den Begriff Psychopath zu verwenden, sondern sie eher als eine Subgruppe von persönlichkeitsgestörten Menschen anzusehen. Unterschiede zwischen diesen beiden Formen der Psychopathie finden sich auch in der Ausprägung der beiden Unterfaktoren. Während sich primäre Psychopathen durch sehr hohe Werte in den Eigenschaften des Faktors eins auszeichnen, findet man bei den sekundären Psychopathen besonders hohe Werte im Faktor zwei (Retz et al., 2013).

Festzuhalten bleibt, dass nur ein kleiner Teil der Straftäter die Diagnose einer psychopathischen Persönlichkeitsstörung erfüllt, jedoch gerade die Psychopathen unter uns eine besonders große Gefahr für die Allgemeinheit darstellen (Steinbach et al., 2009). Ziel sollte es daher einerseits sein, diese Individuen frühestmöglich als Psychopathen zu erkennen und, wenn möglich, einer auf sie optimal abgestimmten Therapie zuzuführen. Andererseits sollte sich jeder klinisch tätige Psychologe und Psychiater über die weitreichenden Konsequenzen bewusst sein, die die Diagnose einer Psychopathie für jeden einzelnen mit sich bringt (Murrie et al., 2004).

2.3. ADHS und Psychopathie

Mit der ADHS und der Psychopathie liegen zwei psychiatrische Störungsmuster vor, die beide in Straftäterpopulationen gehäuft anzutreffen sind und zu einem erhöhten Risiko für persistierendes delinquentes und antisoziales Verhalten über die gesamte Lebensspanne führen. Beide Störungen zeigen eine erhöhte Komorbidität zu den kindlichen Störungen des Sozialverhaltens und zu den Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter. Zudem gehen sie beide mit einer erhöhten Rate von gewalttätigem Verhalten einher. Dabei unterscheidet sich jedoch die Präsentation der Gewalt zwischen beiden Konstrukten. Während bei der ADHS signifikante positive Korrelationen zur reaktiven/impulsiven und negative zur proaktiven/instrumentell ausgerichteten Gewalt bestehen (Retz und Rösler, 2010), ist das gewalttätige Verhalten bei der Psychopathie signifikant verknüpft mit der proaktiven Gewalt (Miller und Lynam, 2003). Die reaktive Gewalt resultiert dabei aus negativ besetzten Emotionen wie Angst, Wut und Bedrohung und ist weniger zielgerichtet. Die proaktive Gewalt verfolgt dagegen ein genaues Ziel und ist daher instrumentell ausgerichtet.

In mehreren Studien konnten bei Jugendlichen und Erwachsenen signifikante Korrelationen zwischen ADHS und Psychopathie aufgezeigt werden (Piatigorsky und Hinshaw, 2004; Soderstrom et al., 2005; Fowler et al., 2009). Dabei zeigt sich eine Verbindung der ADHS zu den Faktoren zwei im Zwei-Faktorenmodell bzw. zwei und drei im Drei-Faktorenmodell der Psychopathie. Auf Symptomebene kommt es zur Überschneidung lediglich beim Merkmal Impulsivität. Faktor eins des Konstrukts Psychopathie weist dagegen nur eine sehr geringe (Huchzermeier et al., 2007) bis keine Verbindung zu anderen Persönlichkeitsstörungen auf und so grenzt er als Kernkomponente der Psychopathie diese eventuell gegenüber anderen Störungen ab (Soderstrom et al., 2005; Retz et al., 2013).

Jedoch scheint nicht die ADHS alleine, sondern ihre erhöhte Komorbidität mit den kindlichen Störungen des Sozialverhaltens zu erhöhten Delinquenzraten zu führen. Die kindlichen Störungen des Sozialverhaltens sind auch hauptsächlich verantwortlich für den Einfluss einer kindlichen ADHS auf erhöhte

Psychopathie-Werte (Abramowitz et al., 2004). Nach Michonski und Sharp (2010) schützt die ADHS Kinder mit Störungen des Sozialverhaltens vor der Ausbildung psychopathischer Verhaltensweisen.

So scheint es sich nach aktuellem Wissen bei der ADHS und der Psychopathie um zwei Störungsbilder zu handeln, die zwar beide mit persistierenden Verhaltensproblemen und einer erhöhten Delinquenzrate von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter einhergehen, jedoch größtenteils unabhängig voneinander zu sehen sind.

2.4. Ziel der Arbeit

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit einer Straftäterpopulation, die im Institut für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie der Universität des Saarlandes begutachtet wurde. Es soll untersucht werden, welche Faktoren der Störungsbilder ADHS und Psychopathie Einfluss nehmen auf verschiedene Aspekte der Delinquenz und deren Sanktionierungen (wie Anzahl der Vor- und Haftstrafen, Alter bei erster Vorstrafe und Haftdauer) bzw. diese vorhersagen können. Es soll weiterhin eine differenzierte Betrachtung der Delinquenz mit Unterscheidung in gewalttätiges delinquentes Verhalten und nicht gewalttätige Delinquenz erfolgen und die Ausprägung psychopathischer Wesenszüge bei Verdacht auf Vorliegen einer kindlichen ADHS betrachtet werden. Außerdem erfolgt eine Überprüfung möglicher Überschneidungen auf syndromaler Ebene zwischen den beiden Krankheitsentitäten ADHS und Psychopathie.

Die Ergebnisse könnten weitere Erkenntnisse für die Begutachtung, Diagnostik und Therapie von Straftätern mit einer ADHS im Kindesalter oder einer Psychopathie liefern.

3. Material und Methodik

3.1. Stichprobenbeschreibung

Es erfolgte eine Datenanalyse von 323 Männern, die im Institut für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie (IGPuP) der Universität des Saarlandes (Direktor: Prof. Dr. M. Rösler) forensisch-psychiatrisch begutachtet wurden. Zur Anwendung kam dabei die institutsinterne Basisdokumentation HOMDOK (siehe unten).

Bei 138 Probanden sollten sich die Sachverständigen zur Frage der Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 StGB) äußern, bei drei Probanden zur Frage der Anordnung der Maßregel (§§ 63, 64 StGB), bei vier Probanden zur Frage der Sicherungsverwahrung und Führungsaufsicht (§§ 66, 68 StGB) und bei 178 Probanden sollte eine Prognosebeurteilung nach § 454 StGB erfolgen. Bei den untersuchten Probanden standen folgende Tatvorwürfe im Raum bzw. sie waren aufgrund folgender Delikte verurteilt (siehe Tabelle 1).

Deliktkategorien	Häufigkeit (n)
Sexualdelikte	56
Tötungsdelikte	37
Körperverletzung	63
Raub und Diebstahl	81
Sachbeschädigung und Brandstiftung	5
Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz	41
Betrug	8
Straßenverkehrsdelikte	3
Verstoß gegen das Waffengesetz	2
Restkategorie (z.B. falsche Verdächtigung, Beleidigung)	27

Tabelle 1: Deliktkategorien

3.1.1. Alter der Untersuchungsgruppe

Die untersuchten Männer waren durchschnittlich 39,24 Jahre alt (SD = 11,88). Der älteste Proband war 79 Jahre alt, der jüngste 17 Jahre. Der Median betrug 39 Jahre.

3.1.2. Anzahl der Vorstrafen

Von 253 Probanden fanden sich Angaben über die Anzahl der Vorstrafen. Davon waren 98 (38,7%) Probanden nicht vorbestraft, 96 (38,0%) wiesen eine bis fünf Vorstrafen auf, 31 (12,2%) sechs bis zehn und 28 (11,1%) Probanden waren mehr als zehnmals vorbestraft. Der Mittelwert lag bei 3,67 (SD = 5,38) (siehe Abbildung 1).

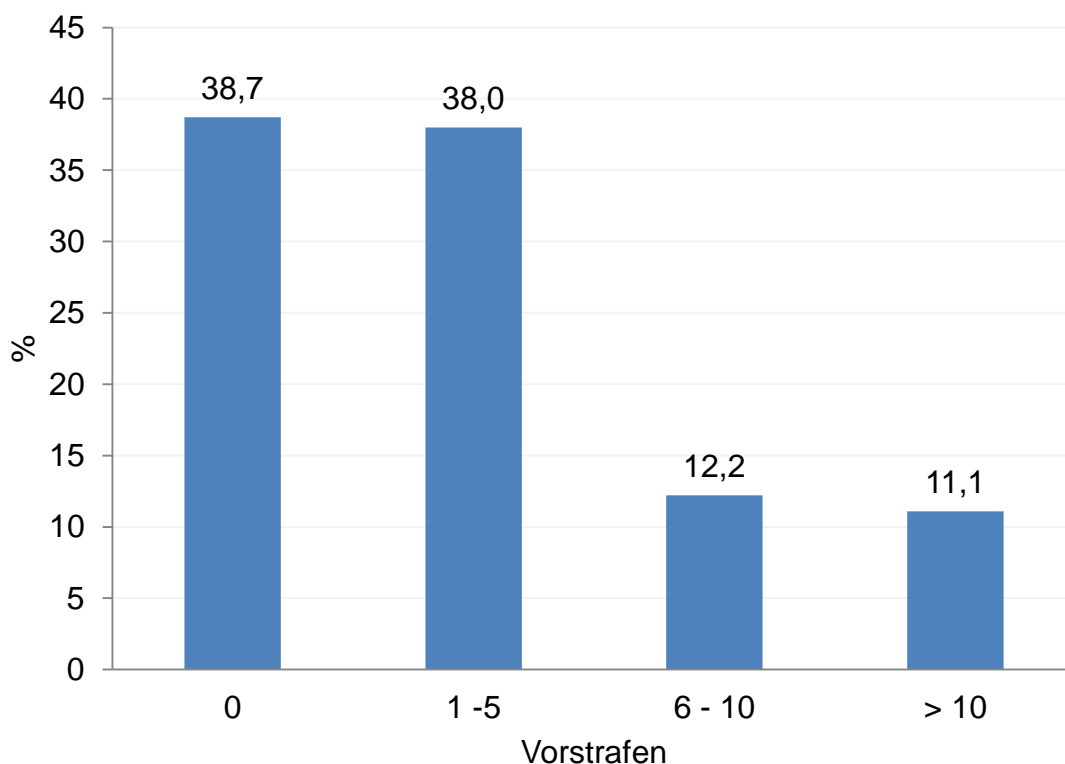


Abbildung: 1: Prozentuale Aufteilung der Vorstrafenzahl (n = 253)

3.1.3. Anzahl der bisher verbüßten Haftstrafen

Von 121 Probanden lagen Angaben über die Anzahl der bisher verbüßten Haftstrafen vor. Von diesen 121 Probanden waren 57 (47,1%) noch nie in Haft gewesen, 30 (24,8%) von ihnen hatten bisher eine Haftstrafe verbüßt, 29 (24,0%) zwei bis fünf und fünf Probanden (4,1%) mehr als fünf. Der Mittelwert lag bei 1,31 (SD = 2,08) (siehe Abbildung 2).

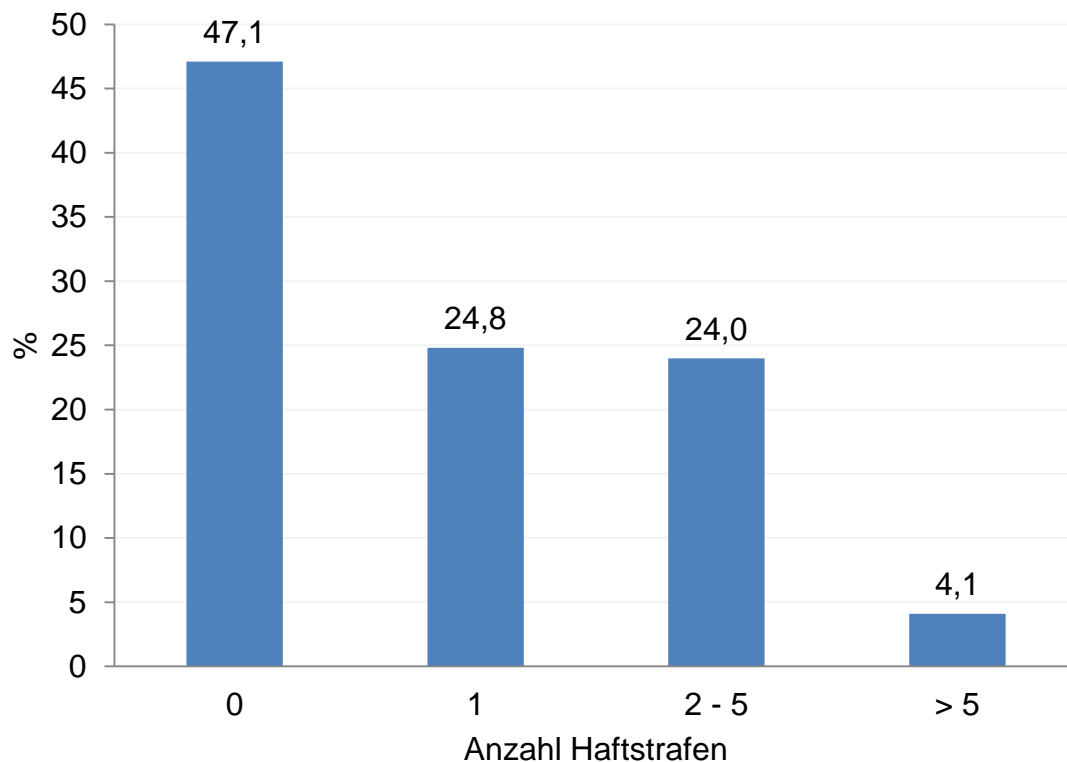


Abbildung: 2: Prozentuale Aufteilung der Haftstrafen (n = 121)

3.1.4. Bisher verbüßte Haftdauer in Monaten

Von 48 Probanden fanden sich Angaben über die Anzahl der bisher in Haft verbrachten Monate. Neun (18,75%) Probanden waren dabei bis zu 12 Monate in Haft gewesen. 27 (56,25%) waren zwischen 12 und 60 Monaten in Haft gewesen, 12 (25,00%) Probanden mehr als 12 Monate. Der Mittelwert lag bei 60,19 (SD = 77,49) (siehe Abbildung 3).

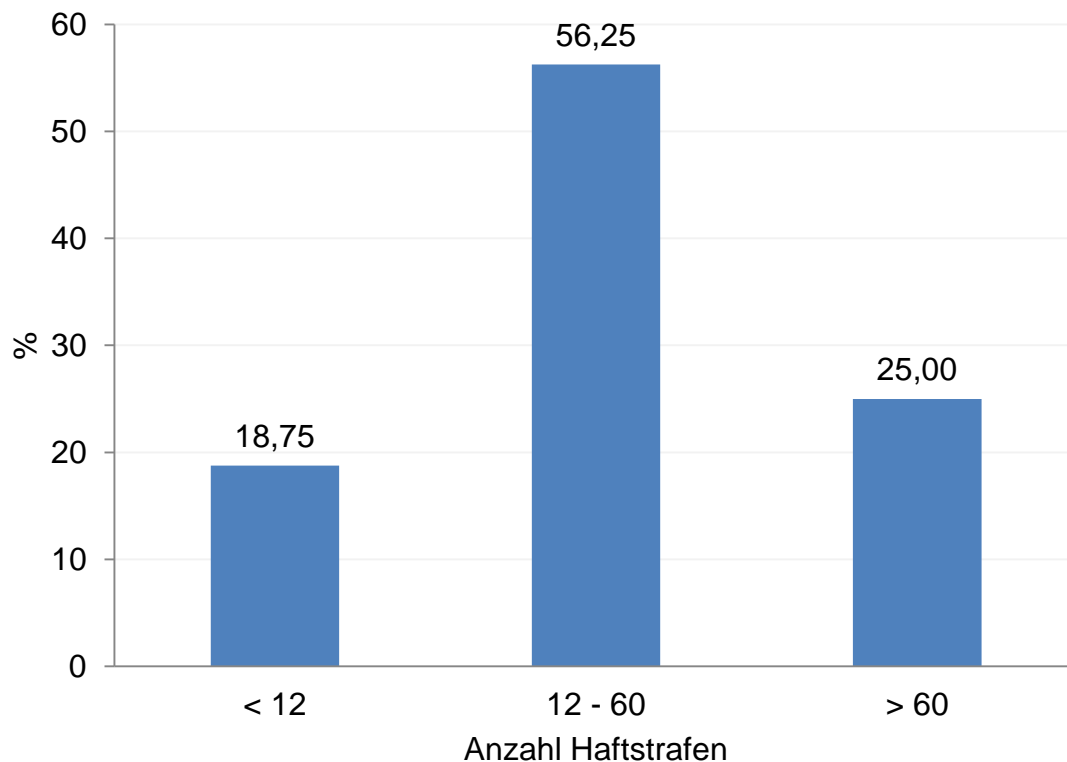


Abbildung: 3: Bisher verbüßte Haftdauer in Monaten (n = 48)

3.1.5. Angabe einer kindlichen ADHS zum Begutachtungszeitpunkt

Von 224 Probanden fanden sich Angaben darüber, ob in der Kindheit eine ADHS diagnostiziert worden war. Bei 190 (84,80%) Probanden war in der Kindheit keine ADHS diagnostiziert worden. Bei 34 (15,20%) war in der Kindheit eine ADHS diagnostiziert worden.

3.2. Testverfahren

3.2.1. Wender-Utah-Rating-Scale und deutsche Kurzform

Mit der Wender-Utah-Rating-Scale (WURS), entwickelt von Ward, Wender und Reimherr im Jahre 1993, können retrospektiv Symptome einer ADHS in der Kindheit erfasst werden (Ward et al., 1993). Es handelt sich hierbei um einen Selbstbeurteilungsbogen. Dabei müssen sich die Probanden an Verhaltensweisen erinnern, die sie im Alter zwischen acht und zehn Jahren gezeigt haben. Die WURS besteht aus insgesamt 61 Items. 25 davon betreffen Symptome einer ADHS. Beurteilt werden dabei die kindlichen Charakteristika Aufmerksamkeitsstörung, motorische Hyperaktivität und Impulsivität. Jede Antwort wird mit einem Punktwert von 0 (nicht oder nur ganz gering ausgeprägt) bis 4 (stark ausgeprägt) bewertet.

Durch Addition der Einzelwerte ergibt sich ein Gesamtpunktwert, der sich von 0 bis 244 erstrecken kann.

Im Jahr 2002 wurde von Retz-Junginger et al. eine deutsche Kurzform der WURS abgeleitet, die WURS-k. Diese beinhaltet nur 25 Items. 21 davon repräsentieren Symptome einer kindlichen ADHS. Vier Items dienen als Kontrollvariablen, die das Antwortverhalten der Probanden überprüfen. Die 21 die kindlichen ADHS-Symptome beurteilenden Items werden ebenfalls mit einem Punktwert von 0 bis 4 bewertet. Die Kontroll-Items gehen nicht in die Berechnung mit ein. Durch Addition der Einzelwerte wird ein Gesamtpunktwert erzielt, der maximal 84 Punkte beträgt.

Ab einem Cut-Off-Wert von 30 besteht der Verdacht auf eine kindliche ADHS. Zum Ausfüllen werden in der Regel zehn Minuten benötigt. Die Validität der WURS-k konnte in einigen Studien bestätigt werden (Retz-Junginger et al., 2002; Retz-Junginger et al., 2003). Da jedoch durch die WURS und die WURS-k auch andere kindliche Verhaltensstörungen erfasst werden, kann durch diese beiden Verfahren keine Diagnose einer kindlichen ADHS, sondern lediglich ein Hinweis auf das Vorliegen einer solchen gestellt werden.

3.2.2. Psychopathie Checkliste PCL-SV

Robert Hare hat sich über Jahrzehnte hinweg mit der Entwicklung von Psychopathie-Messsystemen beschäftigt. 1980 entwickelte er die PCL (Prognosecheckliste Psychopathie). In dieser identifizierte er zunächst mehr als 100 Verhaltensweisen und Anzeichen, die für oder gegen das Vorliegen einer Psychopathie sprechen sollten. Nach Durchsicht der Einzel-Items auf Überschneidungen blieben zunächst 22 Items übrig. 1991 veröffentlichte Hare dann die veränderte Form der PCL, die PCL-R und 2003 die PCL-R 2. Aufgebaut ist die PCL-R aus insgesamt 20 Items. Zur Durchführung ist eine retrospektive Datenerhebung aus eventuell vorhandenen Akten notwendig (Dauer 45 bis 60 Minuten). Ebenso wird mit dem Probanden ein semistrukturiertes Interview durchgeführt (Dauer 90 bis 120 Minuten).

Der Proband hat im Fragebogen eine Eigenschaft als nicht (0 Punkte), mäßig (1 Punkt) oder stark vorhanden (2 Punkte) zu bewerten. Danach werden die Punkte addiert, sodass ein Maximalwert von 40 Punkten erzielt werden kann. Ab einem gewissen Grenzwert wird die Diagnose einer Psychopathie gestellt. Viele Studien, besonders im angloamerikanischen Sprachraum, bevorzugen einen Schwellenwert von 30 Punkten. Es gibt jedoch auch Befürworter eines Schwellenwertes um 25 Punkte oder sogar darunter liegend. Die Wahl des zu bestimmenden Schwellenwertes wird nach Möller und Hell (2001) auch durch die Zusammensetzung des untersuchten Kollektivs beeinflusst. Um zum Beispiel in dem forensischen Kollektiv einer Hochsicherheitsabteilung überhaupt sinnvolle Gruppeneinteilungen durchführen zu können, wird ein höherer Grenzwert von etwa 30 Punkten zweckmäßig sein. In Untersuchungen von ambulanten forensischen Patienten oder Insassen einer Arbeitserziehungsanstalt sind niedrigere Grenzwerte zu wählen, um die gebildeten Gruppen zahlenmäßig überhaupt ausreichend besetzen zu können. Bei Analyse der Einzelitems zeigen sich nach Hare zwei unabhängige Faktoren. Faktor eins repräsentiert den interpersonellen/affektiven Bereich und Faktor zwei den Bereich sozialer Devianz. Es gibt auch Autoren, die ein Drei- (Cooke und Michie, 2001; Hall et al., 2004), Vier- (Hare, 2003) und Fünf-Faktorenmodell (Miller und Lynam, 2003) bevorzugen.

Die PCL-R gilt in ihrer Konstruktvalidität im forensischen Anwendungsgebiet als belegt und wird heutzutage klinisch hauptsächlich in der forensischen Psychiatrie und Psychologie eingesetzt, um eine Psychopathie zu diagnostizieren und Aussagen über Prognose und Therapiemöglichkeiten bzw. den Verlauf machen zu können (Möller und Hell, 2001).

Forth et al. entwickelten im Jahr 2003 die PCL-YV (Youth Version). Hierbei handelt es sich um ein Messsystem für Psychopathie-Dimensionen bei Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 18 Jahren. In seinem Aufbau entspricht sie der PCL-R von Hare, jedoch werden dabei die spezifischen Bedingungen der Adoleszenz berücksichtigt.

Die PCL-R beschränkt sich jedoch in ihrer Konstruktvalidität auf forensische Populationen. Zudem ist sie sowohl im klinischen als auch im Forschungsalltag durch den großen Zeitaufwand sehr unökonomisch. Daher entwickelten Hart und Forth (1995) die PCL-CV (Clinical Version), welche im Verlauf in die PCL-SV umbenannt wurde. Die PCL-SV (Screening Version) ist eine gekürzte und vereinfachte Form der PCL-R und dient der Erfassung von Psychopathie sowohl in forensischen Populationen als auch bei nichtkriminellen und allgemeinspsychiatrischen Patienten (Rogers et al., 2000). Eine Aktendurchsicht wie bei der PCL-R ist nicht vorgesehen. Zur Bearbeitung benötigt der Proband in der Regel nur die Hälfte der Zeit, die für die PCL-R vorgesehen ist.

Die PCL-SV wurde in der vorliegenden Arbeit als Untersuchungsinstrument verwendet.

Die PCL-SV beinhaltet 12 Items und weist ebenfalls die schon bei der PCL-R beschriebene Zwei-Faktoren-Struktur auf, wobei je sechs Items Faktor eins (affektive und zwischenmenschliche Störungen) und Faktor zwei (antisoziales Verhalten) repräsentieren. Die beiden Faktoren werden jeweils in zwei weitere Unterfaktoren aufgeteilt. Wie bei der PCL-R kann jedes Item mit nicht (0 Punkte), über mäßig (1 Punkt) bis stark vorhanden (2 Punkte) bewertet werden. Durch Addition ergibt sich ein maximal erreichbarer Gesamtwert von 24. Ab einem Schwellenwert von 18 oder mehr wird die Diagnose der Psychopathie gestellt.

Es gibt bisher deutlich weniger Studien, bei denen die PCL-SV eingesetzt wurde im Vergleich zur PCL-R. Die meisten Untersuchungen mit der PCL-SV wurden bisher in Amerika und Kanada durchgeführt und konnten eine stabile Validität für die Vorhersage gewalttätigen Verhaltens liefern (z.B. Skeem und Mulvey, 2001; Douglas und Ogloff, 2003; Douglas et al., 2005). Dabei gibt es Studien, die sowohl für die PCL-R (Kennealy et al., 2007) als auch für die PCL-SV (Douglas et al., 2005) einen geringeren Gesamtwert bei Frauen gegenüber Männern anzeigen.

3.3. Patientendatengewinnung: HOMDOK

Die HOMDOK ist ein institutsinternes standardisiertes Dokumentationssystem. Erfasst werden damit Angaben zur Person (soziodemographische Variablen) und zum Gutachten (z.B. Auftraggeber, Rechtsgebiet und Fragestellung). Bei strafrechtlichen Gutachtensfällen werden die Anklagevorwürfe, Vorstrafen (Art und Anzahl sowie Alter bei erster Vorstrafe), Verbüßung einer früheren Haftstrafe oder Maßregelvollzug, das Gutachtenergebnis und die forensische Prognose dokumentiert. Zur Erfassung der Anamnese und Diagnose werden frühere Begutachtungen, psychiatrische Behandlungen und Erkrankungen in der Familie, Verwahrlosung in der Kindheit, ein hyperkinetisches Syndrom in der Kindheit, frühere und jetzige Krankheiten (mittels ICD-10 Schlüssel) und körperliche Untersuchungen (Blutentnahme, EEG) registriert.

3.4. Statistische Verfahren

Die statistischen Auswertungen erfolgten mit dem Statistikprogramm SPSS (Version 19.0) für Windows. Im Rahmen der deskriptiven Statistik wurden Mittelwerte, Standardabweichungen und Prozentwerte berechnet.

Aufgrund einer unzureichenden Datengrundlage konnte keine multivariate Varianzanalyse durchgeführt werden, sodass für die abhängigen Variablen multiple Regressionen berechnet wurden. Aufgrund der hohen Korrelation zwischen den einzelnen unabhängigen Variablen (dem PCL-SV-Gesamtwert und seinen beiden Unterfaktoren) wurden jedoch für jede abhängige Variable

zwei Regressionsanalysen mit unterschiedlichen unabhängigen Variablen berechnet und anschließend verglichen. Um die größtmögliche Anzahl von Probandendaten in die Untersuchungen mit einfließen zu lassen, wurden fehlende Werte paarweise ausgeschlossen.

Zum Vergleich von Mittelwerten bei unabhängigen Stichproben kam der t-Test zum Einsatz. Die Überprüfung auf Varianzgleichheit der unabhängigen Variablen erfolgte mittels des Levene-Tests. Außerdem wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt.

4. Ergebnisse

4.1. Vorhersagbarkeit von Aspekten der Delinquenz

4.1.1. Deskriptive Statistiken

Insgesamt lagen bei 253 Probanden Angaben über die Anzahl der Vorstrafen, bei 48 über die bisherige Haftdauer in Monaten, bei 84 über das Alter bei Erstdelinquenz und bei 121 über die Anzahl der bisher verbüßten Haftstrafen vor. Der Mittelwert der Anzahl der Vorstrafen lag bei 3,67 (SD = 5,38), der Mittelwert der Haftdauer in Monaten bei 60,19 (SD = 77,49), der Mittelwert des Alters bei erster Vorstrafe bei 21,19 (SD = 7,60) und der Mittelwert bei der Anzahl der Haftstrafen bei 1,31 (SD = 2,08).

Bei 323 Probanden lagen Angaben zum PCL-SV-Gesamtwert, bei 320 zum Faktor eins, bei 313 zum Faktor zwei, bei 199 zur WURS-k und bei 321 zum Alter vor. Die Mittelwerte des PCL-SV-Gesamt, des Faktors eins, des Faktors zwei, der WURS-k und des Alters lagen bei 9,23 (SD = 5,33), 3,43 (SD = 2,91), 5,81 (SD = 3,21), 21,42 (SD = 16,11) und 39,24 Jahren (SD = 11,88). Die deskriptiven Statistiken sind in Tabelle 2 zusammengefasst.

	M	SD	N
Anzahl der Vorstrafen	3,67	5,38	253
Haftdauer in Monaten	60,19	77,49	48
Alter bei erster Vorstrafe	21,19	7,60	84
Anzahl der Haftstrafen	1,31	2,08	121
PCL-SV-Gesamt	9,23	5,33	323
Faktor eins PCL-SV	3,43	2,91	320
Faktor zwei PCL-SV	5,81	3,21	313
WURS-k	21,42	16,11	199
Alter	39,24	11,88	321

Anmerkung: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; N = Stichprobenumfang

Tabelle 2: Deskriptive Statistiken zu den Regressionsanalysen

4.1.2. Vorhersagbarkeit von Aspekten der Delinquenz durch die Prädiktoren PCL-SV-Gesamt, WURS-k und Alter

4.1.2.1. Multiple Regression des Kriteriums Anzahl der Vorstrafen (PCL-SV-Gesamt, WURS-k und Alter)

Die Anzahl der Vorstrafen konnte durch die Prädiktoren PCL-SV-Gesamt und Alter signifikant vorhergesagt werden ($\beta = 0,35$, $t = 4,58$, $p < 0,001$ und $\beta = 0,23$, $t = 3,12$, $p < 0,05$). Der Prädiktor WURS-k erreichte hingegen keine Signifikanz ($\beta = 0,07$, $t = 0,91$, $p = 0,36$). Insgesamt konnten durch dieses Modell 16,7% der Varianz im Kriterium Anzahl der Vorstrafen erklärt werden (siehe Tabelle 3).

	β	t
PCL-SV-Gesamt	0,35 ^{***}	4,58
WURS-k	0,07	0,91
Alter	0,23 [*]	3,12

Anmerkung: β = standardisiertes Regressionsgewicht;

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Tabelle 3: Regressionsanalyse Anzahl der Vorstrafen bei unabhängigen Variablen PCL-SV-Gesamt, WURS-k und Alter

4.1.2.2. Multiple Regression des Kriteriums Haftdauer in Monaten (PCL-SV-Gesamt, WURS-k und Alter)

Die Haftdauer in Monaten konnte nur durch den Prädiktor Alter signifikant vorhergesagt werden ($\beta = 0,54$, $t = 3,60$, $p < 0,01$). Die Prädiktoren PCL-SV-Gesamt und WURS-k erreichten hingegen keine Signifikanz ($\beta = 0,27$, $t = 1,76$, $p = 0,09$ und $\beta = 0,70$, $t = 0,44$, $p = 0,66$). Insgesamt konnten durch dieses Modell 33,4% der Varianz im Kriterium Haftdauer in Monaten erklärt werden (siehe Tabelle 4).

	β	t
PCL-SV-Gesamt	0,27	1,76
WURS-k	0,70	0,44
Alter	0,54**	3,60

Anmerkung: β = standardisiertes Regressionsgewicht;

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Tabelle 4: Regressionsanalyse Haftdauer in Monaten bei unabhängigen Variablen PCL-SV-Gesamt, WURS-k und Alter

4.1.2.3. Multiple Regression des Kriteriums Alter bei erster Vorstrafe (PCL-SV-Gesamt, WURS-k und Alter)

Das Alter bei erster Vorstrafe konnte durch die Prädiktoren PCL-SV-Gesamt und Alter signifikant vorhergesagt werden ($\beta = -0,32$, $t = -2,83$, $p < 0,01$ und $\beta = 0,43$, $t = 3,94$, $p < 0,001$). Der Prädiktor WURS-k erzielte dagegen keine Signifikanz ($\beta = -0,08$, $t = -0,66$, $p = 0,52$). Insgesamt konnten durch dieses Modell 35,5% der Varianz im Kriterium Alter bei erster Vorstrafe erklärt werden (siehe Tabelle 5).

	β	t
PCL-SV-Gesamt	-0,32**	-2,83
WURS-k	-0,08	-0,66
Alter	0,43***	3,94

Anmerkung: β = standardisiertes Regressionsgewicht;

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Tabelle 5: Regressionsanalyse Alter bei erster Vorstrafe bei unabhängigen Variablen PCL-SV-Gesamt, WURS-k und Alter

4.1.2.4. Multiple Regression des Kriteriums Anzahl der Haftstrafen (PCL-SV-Gesamt, WURS-k und Alter)

Die Anzahl der Haftstrafen konnte durch die Prädiktoren PCL-SV-Gesamt, WURS-k und Alter signifikant vorhergesagt werden ($\beta = 0,22$, $t = 2,10$, $p < 0,05$; $\beta = 0,24$, $t = 2,29$, $p < 0,05$ und $\beta = 0,39$, $t = 3,89$, $p < 0,001$). Insgesamt konnten durch dieses Modell 22,4% der Varianz im Kriterium Anzahl der Haftstrafen erklärt werden (siehe Tabelle 6).

	β	t
PCL-SV-Gesamt	0,22*	2,10
WURS-k	0,24*	2,29
Alter	0,39***	3,89

Anmerkung: β = standardisiertes Regressionsgewicht;

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Tabelle 6: Regressionsanalyse Anzahl der Haftstrafen bei unabhängigen Variablen PCL-SV-Gesamt, WURS-k und Alter

4.1.3. Vorhersagbarkeit von Aspekten der Delinquenz durch die Prädiktoren Faktor eins und zwei der PCL-SV, WURS-k und Alter

4.1.3.1. Multiple Regression des Kriteriums Anzahl der Vorstrafen (Faktor eins und zwei PCL-SV, WURS-k und Alter)

Die Anzahl der Vorstrafen konnte durch die Prädiktoren Faktor zwei PCL-SV und Alter signifikant vorhergesagt werden ($\beta = 0,44$, $t = 5,08$, $p < 0,001$ und $\beta = 0,29$, $t = 3,90$, $p < 0,001$). Die Prädiktoren Faktor eins PCL-SV und WURS-k erzielten hingegen keine Signifikanz ($\beta = -0,02$, $t = -0,27$, $p = 0,78$ und $\beta = 0,04$, $t = 0,48$, $p = 0,64$). Insgesamt konnten durch dieses Modell 21% der Varianz im Kriterium Anzahl der Vorstrafen erklärt werden (siehe Tabelle 7).

	β	t
Faktor eins PCL-SV	-0,02	-0,27
Faktor zwei PCL-SV	0,44 ^{***}	5,08
WURS-k	0,04	0,48
Alter	0,29 ^{***}	3,90

Anmerkung: β = standardisiertes Regressionsgewicht;

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Tabelle 7: Regressionsanalyse Anzahl der Vorstrafen bei unabhängigen Variablen Faktor eins und zwei PCL-SV, WURS-k und Alter

4.1.3.2. Multiple Regression des Kriteriums Haftdauer in Monaten (Faktor eins und zwei PCL-SV, WURS-k und Alter)

Die Haftdauer in Monaten konnte nur durch den Prädiktor Alter signifikant vorhergesagt werden ($\beta = 0,55$, $t = 3,50$, $p < 0,01$). Die Prädiktoren Faktor eins und zwei PCL-SV und WURS-k erreichten hingegen keine Signifikanz ($\beta = 0,13$, $t = 0,76$, $p = 0,45$; $\beta = 0,19$, $t = 1,01$, $p = 0,32$ und $\beta = 0,07$, $t = 0,42$, $p = 0,67$). Insgesamt wurden durch dieses Modell 33,2% der Varianz im Kriterium Haftdauer in Monaten erklärt (siehe Tabelle 8).

	β	t
Faktor eins PCL-SV	0,13	0,76
Faktor zwei PCL-SV	0,19	1,01
WURS-k	0,07	0,42
Alter	0,55**	3,50

Anmerkung: β = standardisiertes Regressionsgewicht;

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Tabelle 8: Regressionsanalyse Haftdauer in Monaten bei unabhängigen Variablen Faktor eins und zwei PCL-SV, WURS-k und Alter

4.1.3.3. Multiple Regression des Kriteriums Alter bei erster Vorstrafe (Faktor eins und zwei PCL-SV, WURS-k und Alter)

Das Alter bei erster Vorstrafe konnte durch die Prädiktoren Faktor zwei PCL-SV und Alter signifikant vorhergesagt werden ($\beta = -0,34$, $t = -2,61$, $p < 0,05$ und $\beta = 0,39$, $t = 3,50$, $p < 0,01$). Die Prädiktoren Faktor eins PCL-SV und WURS-k erreichten dagegen keine Signifikanz ($\beta = -0,05$, $t = -0,40$, $p = 0,69$ und $\beta = -0,05$, $t = -0,45$, $p = 0,65$). Insgesamt wurden durch dieses Modell 37,5% der Varianz im Kriterium Alter bei erster Vorstrafe erklärt (siehe Tabelle 9).

	β	t
Faktor eins PCL-SV	-0,05	-0,40
Faktor zwei PCL-SV	-0,34*	-2,61
WURS-k	-0,05	-0,45
Alter	0,39**	3,50

Anmerkung: β = standardisiertes Regressionsgewicht;

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Tabelle 9: Regressionsanalyse Alter bei erster Vorstrafe bei unabhängigen Variablen Faktor eins und zwei PCL-SV, WURS-k und Alter

4.1.3.4. Multiple Regression des Kriteriums Anzahl der Haftstrafen (Faktor eins und zwei PCL-SV, WURS-k und Alter)

Die Anzahl der Haftstrafen konnte durch die Prädiktoren WURS-k und Alter signifikant vorhergesagt werden ($\beta = 0,22$, $t = 2,09$, $p < 0,05$ und $\beta = 0,42$, $t = 4,05$, $p < 0,001$). Die Prädiktoren Faktor eins und zwei PCL-SV erreichten hingegen keine Signifikanz ($\beta = 0,04$, $t = 0,37$, $p = 0,71$ und $\beta = 0,23$, $t = 1,97$, $p = 0,05$). Insgesamt konnten durch dieses Modell 23,8% der Varianz im Kriterium Anzahl der Haftstrafen erklärt werden (siehe Tabelle 10).

	β	t
Faktor eins PCL-SV	0,04	0,37
Faktor zwei PCL-SV	0,23	1,97
WURS-k	0,22*	2,09
Alter	0,42***	4,05

Anmerkung: β = standardisiertes Regressionsgewicht;

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Tabelle 10: Regressionsanalyse Anzahl der Haftstrafen bei unabhängigen Variablen Faktor eins und zwei PCL-SV, WURS-k und Alter

4.2. Unterschiede in PCL-SV-Gesamt, Faktor eins und zwei PCL-SV, WURS-k und Alter bei Gewalt- und Nicht-Gewalt-Straftägern

4.2.1. Levene-Test der Varianzgleichheit

Die Voraussetzung der Varianzgleichheit beim t-Test wurde mit Hilfe des Levene-Tests überprüft. Der Levene-Test für den Faktor zwei PCL-SV wurde signifikant ($p < 0,05$), was darauf schließen lässt, dass die Varianzen nicht gleich sind.

Die Levene-Tests für den PCL-SV-Gesamt, den Faktor eins PCL-SV, die WURS-k und das Alter waren nicht signifikant ($p = 0,70$, $p = 0,40$, $p = 0,07$ und $p = 0,62$), was darauf schließen lässt, dass die Varianzen gleich sind.

4.2.2. t-Test bei Gewalt- und Nicht-Gewalt-Straftägern

Von 156 Gewaltstraftägern und 167 Nicht-Gewalt-Straftägern gab es Angaben zum PCL-SV-Gesamtwert. Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Gewalt- ($M = 9,80$, $SD = 5,32$) und Nicht-Gewalt-Straftägern ($M = 8,69$, $SD = 5,29$) in den Testwerten des PCL-SV-Gesamt festgestellt werden ($t(321) = 1,88$, $p = 0,60$).

Bei 155 Gewaltstraftägern und 165 Nicht-Gewalt-Straftägern lagen Angaben zum Faktor eins PCL-SV vor. Es konnte ein signifikanter Unterschied zwischen Gewalt- und Nicht-Gewalt-Straftägern in den Testwerten des Faktors eins PCL-SV festgestellt werden ($t(318) = 2,39$, $p < 0,05$). Gewaltstraftäter wiesen im Durchschnitt signifikant höhere Werte bei dem Faktor eins PCL-SV auf als Nicht-Gewalt-Straftäter ($M = 3,83$, $SD = 2,94$ bzw. $M = 3,06$, $SD = 2,83$) mit einer Differenz von 0,77 in einem 95%-Konfidenzintervall von 0,14 bis 1,41.

Bei 150 Gewalt- und 163 Nicht-Gewalt-Straftägern lagen Angaben zum Faktor zwei PCL-SV vor. Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Gewalt- ($M = 6,03$, $SD = 3,39$) und Nicht-Gewaltstraftägern ($M = 5,61$, $SD = 3,03$) in den Testwerten des Faktors zwei PCL-SV gefunden werden ($t(299,84) = 1,13$, $p = 0,26$).

Von 93 Gewaltstraftätern und 106 Nicht-Gewalt-Straftätern lagen Angaben zur WURS-k vor. Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Gewalt- (M = 21,89, SD = 17,37) und Nicht-Gewalt-Straftätern (M = 21,00, SD = 14,99) in den Testwerten der WURS-k festgestellt werden ($t(197) = 0,39$, $p = 0,70$).

Auch bezogen auf das Alter konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Gewalt- (M = 39,58, SD = 12,41) und Nicht-Gewalt-Straftätern (M = 38,92, SD = 11,38) festgestellt werden (siehe Tabellen 11 und 12).

	Deliktgruppe	N	M	SD
PCL-SV-	„Gewalt“	156	9,80	5,32
Gesamt	„Nicht-Gewalt“	167	8,69	5,29
Faktor eins	„Gewalt“	155	3,83	2,94
PCL-SV	„Nicht Gewalt“	165	3,06	2,83
Faktor zwei	„Gewalt“	150	6,03	3,39
PCL-SV	„Nicht Gewalt“	163	5,61	3,03
WURS-k	„Gewalt“	93	21,89	17,37
	„Nicht Gewalt“	106	21,00	14,99
Alter	„Gewalt“	155	39,58	12,41
	„Nicht Gewalt“	166	38,92	11,38

Anmerkung: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Tabelle 11: Deskriptive Statistiken für Gewalt- und Nicht-Gewalt-Straftäter in Bezug auf PCL-SV-Gesamt, Faktor eins und zwei PCL-SV, WURS-k und Alter

Faktor	Varianzen	t	df
PCL-SV-Gesamt	Varianzen sind gleich	1,88	321
Faktor eins PCL-SV	Varianzen sind gleich	2,39*	318
Faktor zwei-PCL-SV	Varianzen sind nicht gleich	1,13	299,84
WURS-k	Varianzen sind gleich	0,39	197
Alter	Varianzen sind gleich	0,50	319

Anmerkung: df = Freiheitsgrade; *p < 0,05

Tabelle 12: t-Test für die Mittelwertgleichheit bei Gewalt- und Nicht-Gewalt-Straftätern

4.3. Ausprägung der Psychopathie bei Probanden mit und ohne kindlicher ADHS-Symptomatik

4.3.1. Deskriptive Statistik zur Höhe von PCL-SV-Gesamt, Faktor eins und zwei der PCL-SV bei Probanden mit WURS < 30

Von insgesamt 199 Probanden, bei denen Werte der WURS-k vorlagen, zeigten 142 Probanden einen WURS-k-Wert von unter 30. Davon lagen bei 139 Probanden Angaben sowohl zum PCL-SV-Gesamt als auch zu den beiden Faktoren vor.

In dieser Gruppe lag der Mittelwert des PCL-SV-Gesamt bei 7,70 (SD = 4,78), das Minimum bei 0 und das Maximum bei 21. Der Mittelwert des Faktors eins PCL-SV lag bei 2,91 (SD = 2,73), mit einem Minimum von 0 und einem Maximum von 10. Der Mittelwert des Faktors zwei PCL-SV lag bei 4,85 (SD = 3,03), mit einem Minimum von 0 und einem Maximum von 12 (siehe Tabelle 13).

4.3.2. Deskriptive Statistik zur Höhe von PCL-SV-Gesamt, Faktor eins und zwei der PCL-SV bei Probanden mit WURS-k \geq 30

57 Probanden zeigten einen WURS-k-Wert von 30 oder höher. Davon lagen bei 56 Probanden sowohl Angaben zum PCL-SV-Gesamt als auch zu den beiden Faktoren vor.

In dieser Gruppe lag der Mittelwert des PCL-SV-Gesamt bei 10,95 (SD = 5,24), mit einem Minimum von 1 und einem Maximum von 21. Der Mittelwert des Faktors eins PCL-SV lag bei 3,84 (SD = 3,20), das Minimum bei 0 und das Maximum bei 12. Der Mittelwert des Faktors zwei PCL-SV lag bei 7,13 (SD = 2,90), mit einem Minimum von 1 und einem Maximum von 12 (siehe Tabelle 13).

	WUSR-k	N	M	SD
PCL-SV-	<30	142	7,70	4,78
Gesamt	\geq 30	57	10,95	5,24
Faktor eins	<30	139	2,91	2,73
PCL-SV	\geq 30	56	3,84	3,20
Faktor zwei	<30	139	4,85	3,03
PCL-SV	\geq 30	56	7,13	2,90

Anmerkung: N = Stichprobenumfang; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Tabelle 13: Gruppenstatistik PCL-SV-Gesamt, Faktor eins und zwei der PCL-SV bei Probanden mit WURS-k < 30 und \geq 30

4.3.3. Levene-Test der Varianzgleichheit

Die Voraussetzung der Varianzgleichheit beim t-Test wurde mit Hilfe des Levene-Tests überprüft.

Der Levene-Test für den PCL-SV-Gesamt, für den Faktor eins und den Faktor zwei der PCL-SV war nicht signifikant ($p = 0,35$, $p = 0,16$ und $p = 0,72$), was darauf schließen lässt, dass die Varianzen gleich sind.

4.3.4. t-Test zum Vergleich Probanden mit WURS-k < 30 versus Probanden mit WURS-k ≥ 30

Zur Verbesserung der Aussagekraft erfolgte eine Korrektur für Mehrfachtestung (Bonferroni-Korrektur). Hierbei betrug das Signifikanzniveau 0,0166.

Es konnte ein signifikanter Unterschied zwischen Probanden mit einer kindlichen ADHS-Symptomatik und Probanden ohne eine kindliche ADHS-Symptomatik im Faktor PCL-SV-Gesamt festgestellt werden ($t(197) = -4,21$, $p < 0,0166$). Probanden mit kindlicher ADHS-Symptomatik wiesen im Durchschnitt signifikant höhere Werte im PCL-SV-Gesamt auf als Probanden ohne eine kindliche ADHS-Symptomatik ($M = 10,95$, $SD = 5,24$ bzw. $M = 7,70$, $SD = 4,78$). Der mittlere Unterschied von $-3,24$ lag dabei in einem 95%-Konfidenzintervall von $-4,76$ und $-1,72$.

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Probanden mit einer kindlichen ADHS-Symptomatik und denen ohne eine kindliche ADHS-Symptomatik im Faktor eins PCL-SV festgestellt werden ($t(195) = -2,06$, $p = 0,04$).

Es konnte ein signifikanter Unterschied zwischen Probanden mit einer kindlichen ADHS-Symptomatik im Vergleich zu Probanden ohne eine kindliche ADHS-Symptomatik im Faktor zwei PCL-SV festgestellt werden ($t(193) = -4,81$, $p < 0,0166$). Probanden mit einer kindlichen ADHS-Symptomatik wiesen im Durchschnitt signifikant höhere Werte bei dem Faktor zwei PCL-SV auf als Probanden ohne eine kindliche ADHS-Symptomatik ($M = 7,13$, $SD = 2,90$ bzw. $M = 4,85$, $SD = 3,03$). Der mittlere Unterschied von $-2,28$ lag dabei in einem 95%-Konfidenzintervall von $-3,21$ und $1,34$ (siehe Tabellen 13 und 14).

	t	df
PCL-SV Gesamt	-4,21*	197
Varianzen sind gleich		
Faktor eins PCL-SV	-2,06	195
Varianzen sind gleich		
Faktor zwei PCL-SV	-4,81*	193
Varianzen sind gleich		

Anmerkung: df = Freiheitsgrade; *p < 0,0166 (nach Bonferroni-Korrektur)

Tabelle 14: t-Test für die Mittelwertgleichheit bei Probanden mit WURS-k < 30 versus WURS-k ≥ 30

4.4. Faktorenanalyse

Es wurde eine Faktorenanalyse über die Items der WURS-k sowie die Items der PCL-SV durchgeführt. Für eine inhaltlich bessere Interpretation der Faktoren wurde die Rotationsmethode Varimax mit Kaiser-Normalisierung angewendet. Die Ergebnisse lassen auf vier zugrundeliegende Faktoren schließen. Diese Vier-Faktorenlösung wird im Folgenden dargelegt und ist Tabelle 15 zu entnehmen.

Der erste Faktor setzt sich ausschließlich aus Items der WURS-k zusammen, welche affektiv kognitive Verhaltensmuster beschreiben. Alle Items der WURS-k beziehen sich dabei jeweils auf Eigenschaften, Verhaltensweisen und Probleme im Alter von etwa acht bis zehn Jahren.

Der Faktor eins beinhaltet folgende Items: WURS-k 3 (unaufmerksam und verträumt), WURS-k 10 (leicht zu irritieren), WURS-k 1 (Konzentrationsprobleme), WURS-k 11 (Stimmungsschwankungen), WURS-k 9 (geringes Selbstwertgefühl), WURS-k 7 (traurig, unglücklich und depressiv), WURS-k 6 (geringes Durchhaltevermögen und Abbrechen von Tätigkeiten vor deren Beendigung), WURS-k 24 (Lernschwierigkeiten), WURS-k 2 (zappelig und nervös), WURS-k 15 (Tendenz zur Unreife), WURS-k 13 (oft ärgerlich und verärgert), WURS-k 18 (Probleme mit anderen Kindern und keine langen

Freundschaften) und WURS-k 17 (unvernünftig). Dieser Faktor erklärt 28,56% der Varianz und zeigt einen Eigenwert von 9,56.

Der zweite Faktor setzt sich ausschließlich aus Items der PCL-SV zusammen und repräsentiert interpersonelles Verhalten. Er beinhaltet folgende Items: PCL-SV 4 (Fehlen von Schuldbewusstsein und Reue), PCL-SV 6 (verantwortungslos, projiziert Schuld auf andere), PCL-SV 5 (Fehlen von Empathie, Gefühlskälte), PCL-SV 10 (verantwortungslos, unzuverlässig), PCL-SV 1 (oberflächlich, unangepasstes Verhalten), PCL-SV 3 (betrügerisch, manipulativ), PCL-SV 8 (schlechte Verhaltenssteuerung), PCL-SV 2 (grandios, großspurig, rechthaberisch), PCL-SV 9 (fehlende Lebensziele, schlechte Bildungs- und Arbeitsbedingungen) und PCL-SV 7 (impulsiv). Dieser Faktor erklärt 11,34 % der Varianz und zeigt einen Eigenwert von 3,74.

Der dritte Faktor setzt sich ausschließlich aus den Items der WURS-k zusammen, welche impulsiv aggressive Verhaltensweisen beschreiben. Er beinhaltet folgende Items: WURS-k 21 (oft in Raufereien verwickelt), WURS-k 16 (häufiger Verlust der Selbstkontrolle), WURS-k 8 (ungehorsam, rebellisch und aufsässig), WURS-k 5 (oft Wut- und Gefühlsausbrüche) und WURS-k 22 (Schwierigkeiten mit Autoritäten). Dieser Faktor erklärt 5,94% der Varianz und zeigt einen Eigenwert von 1,96.

Der vierte Faktor repräsentiert sozial-deviantes Verhalten und setzt sich hauptsächlich aus Items der WURS-k zusammen. Zusätzlich beinhaltet er die Items PCL-SV 11 und 12. Insgesamt umfasst der Faktor damit folgende Items: WURS-k 20 (oft von zu Hause weggelaufen), WURS-k 23 (oft Ärger mit der Polizei), PCL-SV 11 (antisoziales Verhalten in der Adoleszenz), WURS-k 19 (Angst, die Selbstbeherrschung zu verlieren) und PCL-SV 12 (antisoziales Verhalten im Erwachsenenalter). Dieser Faktor erklärt 5,41% der Varianz und zeigt einen Eigenwert von 1,79.

Insgesamt erklären die vier Faktoren 51,64% der Varianz (siehe Tabelle 15 sowie WURS-k und PCL-SV im Anhang).

Items	Komponente 1	Komponente 2	Komponente 3	Komponente 4
WURS-k 3	0,78			
WURS-k 10	0,71			
WURS-k 1	0,70			
WURS-k 11	0,70			
WURS-k 9	0,70			
WURS-k 7	0,68			
WURS-k 6	0,66			
WURS-k 24	0,61			
WURS-k 2	0,59			
WURS-k 15	0,56			
WURS-k 13	0,56			
WURS-k 18	0,55			
WURS-k 17	0,51			
PCL-SV 4		0,76		
PCL-SV 6		0,74		
PCL-SV 5		0,72		
PCL-SV 10		0,63		
PCL-SV 1		0,57		
PCL-SV 3		0,56		
PCL-SV 8		0,55		
PCL-SV 2		0,53		
PCL-SV 9		0,48		
PCL-SV 7		0,42		
WURS-k 21			0,78	
WURS-k 16			0,67	
WURS-k 8			0,66	
WURS-k 5			0,65	
WURS-k 22			0,60	
WURS-k 20				0,74
WURS-k 23				0,64
PCL-SV 11				0,50
WURS-k 19				0,39
PCL-SV 12				0,36

Tabelle 15: Vier-Faktorenlösung ohne Kontroll-Items

5. Diskussion

Die beiden psychiatrischen Störungsbilder ADHS und Psychopathie gehen mit einem erhöhten Risiko für Delinquenz über die gesamte Lebensspanne einher und sind in Straftäterpopulationen im Vergleich zur Normalbevölkerung gehäuft anzutreffen. Deshalb lag der Fokus dieser Arbeit auf Faktoren beider Störungsbilder, die sich auf die Delinquenz und Folgen der Delinquenz auswirken.

Als Untersuchungsinstrumente kamen die WURS-k zur Erhebung der lifetime ADHS-Diagnose und die PCL-SV zur Erfassung psychopathischer Wesenszüge zum Einsatz.

Als abhängige Variablen wurden die Anzahl der Vor- und Haftstrafen, die bisherige Haftdauer in Monaten und das Alter bei erster Vorstrafe zum Begutachtungszeitpunkt gewählt. Des Weiteren wurde diskriminiert zwischen dem PCL-SV-Gesamtwert, den Faktoren eins (affektiv-interpersonelle Störungen) und zwei (antisoziales-instabiles Verhalten) der PCL-SV, dem Vorliegen einer kindlichen ADHS-Symptomatik (erfasst mit der WURS-k) sowie dem Alter (unabhängige Variablen).

Aufgrund einer hohen Korrelation des PCL-SV-Gesamtwertes mit seinen beiden Unterfaktoren konnten keine gemeinsamen Regressionsanalysen für jede abhängige Variable berechnet werden. Stattdessen wurden für jede abhängige Variable zwei Regressionsanalysen mit unterschiedlichen unabhängigen Variablen durchgeführt. Aufgrund des paarweisen Fallausschlusses beruhen die berechneten Statistiken auf unterschiedlich großen Stichprobengrößen. Dies sollte bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Bei den Regressionsanalysen konnten mit dem Prädiktor Alter signifikante Vorhersagen zu allen oben genannten Eckpfeilern der Delinquenz getroffen werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein höheres Lebensalter nicht als Risikofaktor für Delinquenz betrachtet werden kann, sondern ein höheres Lebensalter im Falle delinquenten Verhaltens oder eines delinquenten Lebensstils mit längeren und/oder häufigeren (Haft-) Strafen einhergeht.

Durch eine kindliche ADHS-Symptomatik konnte nur die Anzahl der Haftstrafen signifikant vorhergesagt werden. Die weiteren untersuchten abhängigen Variablen (Anzahl der Vorstrafen, Haftdauer in Monaten und Alter bei erster Vorstrafe) konnten durch die WURS-k bzw. eine kindliche ADHS-Symptomatik nicht signifikant vorhergesagt werden. Diese Ergebnisse stehen in Widerspruch zu zahlreichen vorhergehenden Studien, die eine erhöhte Prävalenz von ADHS in Straftäterpopulationen und bei Vorliegen einer ADHS ein erhöhtes Risiko für Delinquenz nachweisen konnten. So berichtete Vermeiren (2003) von einer drei bis fünfzehn Mal höheren Prävalenz von ADHS bei delinquenten Jugendlichen und Erwachsenen gegenüber nicht-delinquenten Kontrollgruppen.

In Studien von Blocher et al. (2001) und Ziegler et al. (2003) konnten bei deutschen Häftlingen eine erhöhte Prävalenz für Symptome einer kindlichen ADHS berichtet werden. Bei Blocher et al. (2001) betrug die Prävalenzraten für kindliche Symptome aus dem ADHS-Spektrum bei 127 männlichen Sexualstraftätern in Abhängigkeit vom verwendeten Kriterium 15,7% bzw. 27,6%. Die mit ADHS belasteten Sexualstraftäter waren bei Erstdelinquenz jünger (knapp zehn Jahre) und wiesen eine signifikant höhere Vorstrafenbelastung für allgemeine und Sexualkriminalität auf als die aus 167 psychisch gesunden Probanden bestehende Kontrollgruppe. Zeigte sich schon bei Nachweis von Symptomen einer kindlichen ADHS ein dreifach erhöhtes Risiko für Sexualvorstrafen, so war dieses bei Persistenz der Störung bis ins Erwachsenenalter nochmals höher. Rösler et al. (2009) konnten bei 110 Insassinnen einer südwestdeutschen Justizvollzugsanstalt (Zweibrücken) eine Prävalenz von 24,5% für eine persistierende ADHS diagnostizieren. Die Prävalenz sank dabei mit steigendem Alter. Weibliche Häftlinge mit ADHS waren signifikant jünger zum Zeitpunkt der ersten Verurteilung und waren, bezogen auf ihr Alter, länger in Haft als Insassinnen ohne ADHS.

Mannuzza et al. (2008) konnten in einer Längsschnittstudie nachweisen, dass männliche Probanden mit einer kindlich diagnostizierten ADHS auch ohne Vorhandensein von komorbiden Störungen des Sozialverhaltens im weiteren Verlauf gegenüber einer gesunden Kontrollgruppe signifikant häufiger verhaftet und verurteilt wurden. Zudem zeigten sie deutlich erhöhte Raten an kriminellen Vergehen und Gewalttaten. Nicht signifikant unterschiedlich war dagegen das

Alter zum Zeitpunkt der ersten Vorstrafe zwischen beiden Gruppen. Allerdings war die erhöhte Delinquenzrate bei den Probanden mit ADHS an die Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung oder einer Sucht- und Abhängigkeitserkrankung gebunden. Probanden ohne diese beiden Störungsbilder zeigten keine erhöhten Delinquenzraten verglichen mit der gesunden Vergleichsgruppe.

Was die Vorhersagbarkeit von Delinquenz und Gewalt durch den PCL-Gesamtwert und die beiden Unterfaktoren der Prognosechecklisten angeht, liegen mehr Studien zur PCL-R als zur PCL-SV vor.

In der vorliegenden Arbeit konnten durch die Höhe des PCL-SV-Gesamtwertes signifikante Vorhersagen auf die Anzahl der Vor- und Haftstrafen und das Alter bei erster Vorstrafe gemacht werden. Dies steht in Einklang mit anderen Studien, die der PCL in all ihren Versionen bei der Vorhersage von Gewalttätigkeit und Delinquenz eine gute Validität bescheinigen konnten (Brown und Forth, 1997; Skeem und Mulvey, 2001; Douglas und Ogloff, 2003; Gretton et al., 2004; Douglas et al., 2005).

Huchzermeier et al. (2006, 2008) konnten die Validität der PCL-SV sowohl bei Straftätern als auch bei forensisch-psychiatrisch stationär behandelten Patienten bestätigen. Sowohl die Straftäter als auch die Patienten mit hohen Werten in der PCL-SV zeigten mehr disziplinarische Überschreitungen und wurden von dem Personal negativer bewertet als die Straftäter und Patienten mit niedrigeren Werten.

Obwohl nicht in allen Studien reproduzierbar, so geht die aktuelle Wissenschaft davon aus, dass Delinquenz hauptsächlich durch den Faktor zwei und weniger durch den Faktor eins der Prognosechecklisten vorhergesagt werden kann (Grann et al., 1999; Walters, 2003). Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit konnten dies bestätigen. Während in der vorliegenden Untersuchung durch den Faktor zwei der PCL-SV signifikante Vorhersagen zur Anzahl der Vorstrafen und dem Alter bei erster Vorstrafe getroffen werden konnten, konnten durch den Faktor eins der PCL-SV keine Vorhersagen auf die gewählten forensischen Variablen gemacht werden. Auch Kennealy et al. (2007) konnten die Validität der PCL-R in einer Studie von 226 Insassinnen eines amerikanischen

Gefängnisses bestätigen. Die Anzahl der Delikte vor dem siebzehnten Lebensjahr, die Anzahl von Gewaltdelikten während der Haft und das Auftreten eines Substanz- und Alkoholmissbrauches oder Sucht korrelierten dabei signifikant mit der Höhe des Gesamt-PCL-R und des Faktors zwei. Der Faktor eins zeigte diese Korrelation nicht. Die Autoren dieser Studie betrachteten das Konstrukt Psychopathie nach dem Vier-Faktorenmodell nach Hare (2003). Sie wiesen darauf hin, dass sich der interpersonelle Faktor des Faktors eins protektiv gegenüber den durch den Faktor zwei verursachten Psychopathologien auswirke. Der affektive Faktor des Faktors eins zeige dagegen Überschneidungen zum Faktor zwei.

Hemphill et al. (1998) konnten ebenfalls für den PCL-Gesamtwert sowie den Faktor zwei eine signifikante Korrelation zu allgemeiner und gewalttätiger Rezidivrate nachweisen. Für den Faktor eins war diese dagegen geringer ausgebildet.

Hierzu teilweise widersprüchliche Ergebnisse lieferte eine Untersuchung von Douglas et al. (2005). In dieser konnte zwar die Validität der PCL-SV an 560 männlichen und weiblichen Patienten, die in Schweden entweder in einem forensisch-psychiatrischen Krankenhaus begutachtet oder behandelt wurden, oder eine Haftstrafe in einem Hochsicherheitsgefängnis verbüßten, bestätigt werden. Im Gegensatz zu den vorher genannten Studien wiesen hier Häftlinge neben ebenfalls signifikant höheren Werten im PCL-SV-Gesamtwert jedoch höhere Werte im Faktor eins auf als forensisch behandelte und diese wiederum höhere Werte als forensisch begutachtete Patienten. Faktor zwei zeigte diese Unterschiede dagegen nicht. Auch in einer Studie von Heilbrun et al. (1998) zeigte sich der Faktor eins der PCL-R bei der Vorhersage von gewalttätiger Rezidivdelinquenz geeigneter als der Faktor zwei.

Diese teilweise widersprüchlichen Ergebnisse könnten auf die Heterogenität des Konstrukts Psychopathie zurückzuführen sein. Erinnerung sei dabei an die Unterscheidung zwischen primären und sekundären Psychopathen.

Insgesamt konnten in der vorliegenden Untersuchung in den Regressionsanalysen nur Varianzen zwischen 16,7% und 37,5% erzielt werden. Dies könnte der Tatsache verschuldet sein, dass neben einer kindlichen ADHS und einer Psychopathie viele andere komorbide Störungen, insbesondere die

kindlichen Störungen des Sozialverhaltens, aber auch eine persistierende ADHS an der Entstehung von Delinquenz beteiligt sind, in der vorliegenden Studie aber nicht erfasst wurden. Es ist bekannt, dass eine Persistenz der ADHS bis ins Erwachsenenalter die Delinquenzrate nochmals erhöht (Blocher et al., 2001). Nach aktueller Datenlage gibt es zwei Konstrukte in der Kindheit, die zu erhöhter Delinquenz und Psychopathie im Erwachsenenalter führen:

die ADHS und die kindlichen Störungen des Sozialverhaltens. Was die Auswirkungen der ADHS auf delinquentes Verhalten und Psychopathie angeht, bestehen drei Theorien (Abramowitz et al., 2004):

Die erste besagt, dass die ADHS nur vermittelt durch die kindlichen Störungen des Sozialverhaltens zu erhöhter Delinquenz und Psychopathie führt (Lilienfeld und Waldmann, 1990; Vaih-Koch et al., 2001; Abramowitz et al., 2004; Sevecke et al., 2009). Die zweite Theorie vertritt die Auffassung, dass sowohl die ADHS als auch die kindlichen Störungen des Sozialverhaltens unabhängig voneinander zur Entstehung von Delinquenz und Psychopathie beitragen (Babinski et al., 1999; Sevecke et al., 2009). Die dritte Theorie nach Lynam (1996, 1998) postuliert, dass nur das gleichzeitige (komorbide) Auftreten von ADHS und kindlichen Störungen des Sozialverhaltens zu erhöhter Delinquenz und Psychopathie führt. Kinder mit gleichzeitigem Vorkommen von kindlichen Störungen des Sozialverhaltens und ADHS werden dabei als „fledgling psychopaths“ bezeichnet. Ihre emotionslosen und abgestumpften Verhaltensweisen erinnern an die psychopathischen Verhaltensmuster bei Erwachsenen und sind als Kernkomponenten der kindlichen Psychopathie für den frühen Beginn von Verhaltensproblemen, ein schweres und vielseitigeres antisoziales Verhalten und höhere Delinquenzraten verantwortlich.

Bei der Unterscheidung von Probanden mit und ohne Gewaltdelikt konnten in der vorliegenden Untersuchung nur signifikante Unterschiede im Prädiktor Faktor eins PCL-SV festgestellt werden. Probanden mit Gewaltdelikt wiesen dabei signifikant höhere Werte im Faktor eins auf als Probanden ohne Gewaltvergehen. Bei den Prädiktoren Alter, WURS-k, PCL-SV-Gesamtwert und Faktor zwei PCL-SV ergaben sich hingegen keine signifikanten Unterschiede.

In Widerspruch zu diesem Ergebnis wurde bereits wiederholt von einem Zusammenhang zwischen ADHS und Gewalttätigkeit berichtet. So beschrieben sowohl Blocher et al. (2001) als auch Ziegler et al. (2003) eine höhere prozentuale Häufigkeit der ADHS bei Gewaltstraftätern gegenüber nicht gewalttätigen Straftätern. Mannuzza et al. (2008) konnten bei einem Vergleich zwischen erwachsenen Patienten mit und ohne kindliche ADHS, wenn auch nicht signifikant, so doch eine höhere Rate von Gewaltvergehen in der ADHS-Gruppe feststellen.

Retz und Rösler (2010) berichteten von einer Gruppe von 127 männlichen und weiblichen Straftätern, die alle ein Gewaltdelikt begangen hatten. Dabei zeigten die Probanden mit einer bis ins Erwachsenenalter persistierenden ADHS die höchste Gewaltbereitschaft, gefolgt von den Probanden mit teilweise oder vollständig remittierter ADHS-Symptomatik. Die niedrigste Gewaltbereitschaft wiesen die Probanden ohne ADHS auf. Die Gewalt war dabei von reaktiver Natur. Auch andere Studien konnten bereits von einer signifikanten Korrelation zwischen ADHS und reaktiver Gewalt berichten (Bennett et al., 2004; Dowson und Blackwell, 2010).

Vergleicht man die in der vorliegenden Arbeit gefundenen Befunde einer nicht signifikanten Korrelation des PCL-SV-Gesamtwertes sowie des Faktors zwei und einer signifikanten Korrelation des Faktors eins mit Gewalt, so steht dies im Widerspruch zu der bereits oben erwähnten Studie von Douglas et al. (2005). In dieser korrelierte der PCL-SV-Gesamtwert mäßig und der Faktor zwei stark mit jeglicher Form von Aggression. Faktor eins dagegen wies nur eine schwache Verbindung zur Aggression auf. Wie bei der oben erwähnten Studie von Kennealy et al. (2007) begründeten Douglas et al. (2005) die zwar schwache, aber trotzdem vorhandene Verbindung des Faktors eins zur Aggression durch seine nach dem Vier-Faktorenmodell nach Hare bestehende Verbindung zum Faktor zwei. Skeem und Mulvey (2001) konnten ebenfalls eine signifikante Korrelation zwischen allgemeiner Gewalttätigkeit und dem PCL-SV-Gesamtwert nachweisen. Auch hier waren es nicht die Kernkomponenten der Psychopathie, die sich im Faktor eins wiederfinden, sondern die Eigenschaften des Faktors

zwei, die sich für die Vorhersagbarkeit von gewalttätiger Delinquenz durch die PCL-SV verantwortlich zeigten.

Bei einer Studie von Swogger et al. (2010), bei der allerdings die PCL-R zum Einsatz kam, konnten dagegen bei 95 weiblichen und männlichen Straftätern eine Verbindung des Faktors eins zur proaktiv-instrumentellen und eine Verbindung des Faktors zwei zur impulsiv-reaktiven Gewalt festgestellt werden. Der Gesamt-Psychopathie-Wert zeigte gleiche Verbindungen zu beiden Gewaltformen. Auch nach Woodworth und Porter (2002) und Walsh et al. (2009) sind es hauptsächlich die Eigenschaften des Faktors eins, die sich für die Verbindung zwischen Psychopathie und proaktiver Gewalt verantwortlich zeigen.

Bei kritischer Betrachtung der eigenen Befunde ist anzumerken, dass in der vorliegenden Untersuchung auch an dieser Stelle die persistierende ADHS nicht untersucht wurde. Außerdem wurde die Gewalt nicht mittels standardisierter Testverfahren, sondern nur durch eine Zuteilung nach Deliktform (Gewalt-/Nicht-Gewaltdelikt) erfasst. Zudem erfolgte keine detaillierte Unterscheidung nach Gewaltform (reaktiv versus proaktiv).

Hinsichtlich der signifikanten Korrelation des Faktors eins mit Gewaltdelikten könnte bei der vorliegenden Arbeit hauptsächlich die proaktiv instrumentell ausgerichtete Gewalt erfasst worden sein. Dafür spricht auch, dass sowohl die WURS-k, als auch der Faktor zwei keine signifikanten Unterschiede in der Unterscheidung zwischen Gewalt- und Nicht-Gewaltstraftätern erkennen ließen. Der Faktor zwei repräsentiert die impulsiv-reaktive Gewalt, die häufig mit der ADHS in Verbindung gebracht wird (Retz und Rösler, 2010; Swogger et al., 2010).

Es zeigte sich in der Studienpopulation weiterhin, dass Probanden mit einer kindlichen ADHS-Symptomatik ($WURS-k \geq 30$) im Vergleich zu denen ohne eine kindliche ADHS-Symptomatik ($WURS-k < 30$) signifikant höhere Werte im PCL-SV-Gesamtwert und im Faktor zwei PCL-SV aufwiesen. Dagegen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der Höhe des Faktors eins PCL-SV. Dies entspricht auch den Ergebnissen von Fowler et al. (2009), die bei Jugendlichen mit ADHS im Vergleich zu einer

gesunden Population erhöhte Gesamt-Psychopathie-Werte aufzeigen konnten. Zwischen der ADHS und den interpersonell-affektiven Verhaltensweisen (Faktor eins) bestand dagegen keine signifikante Korrelation. Eine Verbindung zwischen der Höhe des gemessenen Psychopathiewertes und der Schwere der ADHS konnte auch nicht festgestellt werden. Letztendlich wurde postuliert, dass Kinder und Jugendliche mit einer ADHS zwar vermehrt psychopathische Verhaltensweisen zeigen, jedoch keine Psychopathen sind.

Auch Sevecke et al. (2012) fanden bei jugendlichen Insassinnen einer deutschen Justizvollzugsanstalt einen Zusammenhang zwischen ADHS und Psychopathie. Dabei ließen sich bei psychopathischen Straftäterinnen im Vergleich zu nicht-psychopathischen Straftäterinnen signifikant mehr ADHS-Symptome und eine höhere Rate an Gewaltdelikten nachweisen. Kaplan und Cornell (2004) konnten bei jugendlichen Insassen einer amerikanischen Justizvollzugsanstalt ebenfalls eine Verbindung zwischen ADHS und dem PCL-Gesamtwert sowie dem Faktor zwei feststellen.

Retz et al. (2013) wiesen in ihrer Studie an 314 erwachsenen Straftätern bei Häftlingen mit persistierender ADHS höhere Werte im PCL-SV-Gesamtwert und im Faktor zwei nach als bei denen mit teilweise rückgebildeter ADHS-Symptomatik. Diese wiederum zeigten signifikant höhere Werte als Häftlinge ohne ADHS. Für den Faktor eins bestand diese Verbindung dagegen nicht. Nach Retz et al. (2013) repräsentieren Straftäter mit ADHS und erhöhten Werten im Faktor zwei den sekundären Psychopathen.

Auch in einer Studie von Eisenbarth et al. (2008) fand sich eine Überschneidung der beiden Krankheitsbilder nur in den impulsiven und antisozialen Verhaltensweisen. So scheint der Faktor eins einerseits die Psychopathie zu definieren und andererseits diese von anderen Störungen, u.a. auch von der ADHS, abzugrenzen.

Die Faktorenanalyse der vorliegenden Untersuchung ergab eine Vier-Faktorenlösung. Dabei zeigte sich auf syndromaler Ebene nur eine sehr schwache Verbindung zwischen den beiden Krankheitsbildern ADHS und Psychopathie. Faktor eins (affektiv-kognitive Verhaltensmuster) und Faktor drei (impulsiv-aggressive Verhaltensweisen) setzten sich ausschließlich aus Items

der WURS-k zusammen. Faktor zwei (interpersonelles Verhalten) beinhaltete ausschließlich Items der PCL-SV. Nur in Faktor vier (sozial-deviantes Verhalten) kam es zu Überschneidungen. Hier fanden sich neben drei Items der WURS-k mit den Items PCL-SV 11 und 12 zwei Items der PCL-SV wieder, die antisoziales Verhalten in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter repräsentieren. Das Merkmal Impulsivität fand sich im Faktor zwei wieder und zeigte somit keine Überschneidungen zwischen ADHS und Psychopathie. Dies steht in Widerspruch zur Studie von Retz et al. (2013), in der sich auf syndromaler Ebene Überschneidungen zwischen beiden Krankheitsbildern beim Merkmal Impulsivität, welches sich im Faktor zwei der PCL-SV widerfindet, ergaben. Auch Mathias et al. (2007) fanden Überschneidungen zwischen beiden Krankheitsbildern ausschließlich im Merkmal Impulsivität. Nach ihnen kommt der Impulsivität in der Behandlung beider Krankheitsbilder eine Schlüsselrolle zu.

Das in der vorliegenden Arbeit gefundene Vier-Faktorenmodell erinnert dabei an das Vier-Faktorenmodell nach Hare (2003) und konnte die aktuelle wissenschaftliche Meinung, diese beiden psychiatrischen Störungsbilder größtenteils unabhängig voneinander zu sehen, bestätigen. Mit der Vier-Faktorenlösung konnten insgesamt 51,64% der Varianz erklärt werden. Allerdings gilt es auch hier wiederum zu beachten, dass die Probanden in der vorliegenden Arbeit nur auf eine kindliche ADHS und nicht wie bei Retz et al. (2013) zusätzlich auf eine persistierende ADHS untersucht wurden. Auch wurde die Impulsivität nicht durch standardisierte Testverfahren, zum Beispiel dem Impulsivitätsfragebogen nach Eysenck et al. (1990), erfasst.

Trotz der Resultate dieser Arbeit sollte die ADHS in der Entwicklung von Delinquenz und Gewalttätigkeit nicht außer Acht gelassen werden. Vielmehr unterstreichen sie die Notwendigkeit, nicht nur die beiden psychiatrischen Störungsbilder ADHS und Psychopathie frühestmöglich zu erfassen, sondern auch komorbide Störungen in das diagnostische Procedere mit einzubeziehen. Ziel sollte es sein, gerade Kinder mit ADHS und Störungen des Sozialverhaltens so früh als möglich zu identifizieren, um der Entwicklung einer Psychopathie und damit einer kriminellen Karriere vorzubeugen. Parallel zu

Prävention und Diagnostik sollte ein Hauptaugenmerk auf die Entwicklung von störungsspezifischen Behandlungskonzepten für die ADHS, die Psychopathie, aber auch die koexistenten Störungen gelegt werden. Frühe Interventionsstrategien könnten die Entwicklung schwerwiegender, stabiler Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter, wie eine persistierende ADHS und eine Psychopathie, verhindern.

6. Literaturverzeichnis

1. Abramowitz CS, Kosson DS, Seidenberg M (2004) The relationship between childhood attention deficit hyperactivity disorder and conduct problems and adult psychopathy in male inmates. *Pers Individ Dif* 36: 1031-1047
2. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington DC
3. American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington, VA
4. Babiak P, Hare RD (2007) *Menschenkinder oder Manager. Psychopathen bei der Arbeit*. Carl Hanser, München
5. Babinski LM, Hartsough CS, Lambert NM (1999) Childhood conduct problems, hyperactivity-impulsivity, and inattention as predictors of adult criminal activity. *J Child Psychol Psychiatry* 40: 347-355
6. Barkley RA, Murphy KR (1998) *Attention-deficit hyperactivity Disorder. A Clinical Workbook*. 2nd ed. Guilford, New York
7. Barkley RA, Murphy KR (2006) *Attention-deficit hyperactivity Disorder. A Clinical Workbook*. 3rd ed. Guilford, New York
8. Bennett DS, Pitale M, Vora V, Rheingold AA (2004) Reactive vs. proactive antisocial behaviour: differential correlates of child ADHD symptoms? *J Atten Disord* 7: 197-204
9. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Norman D, Lapey KA, Mick E, Lehmann BK, Doyle A (1993) Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 150: 1792-1798
10. Bleuler E (1896) *Der geborene Verbrecher*. Lehmann, München
11. Blocher D, Henkel K, Retz W, Retz-Junginger P, Thome J, Rösler M (2001) Symptoms from the spectrum of attention-deficit/hyperactivity

- disorder (ADHD) in sexual delinquents. *Fortschr Neurol Psychiatr* 69: 453-459
12. Brown SL, Forth AE (1997) Psychopathy and sexual assault: static risk factors, emotional precursors, and rapist subtypes. *J Consult Clin Psychol* 65: 848-857
 13. Cleckley H (1941) *The mask of sanity: an attempt to reinterpret the so-called psychopathic personality*. Mosby, St.Louis
 14. Cleckley H (1976) *The Mask of Sanity*. 5nd ed. Mosby, St.Louis
 15. Cooke DJ, Michie C (1999) Psychopathy across cultures: North America and Scotland compared. *J Abnorm Psychol* 108: 58-68
 16. Cooke DJ, Michie C (2001) Refinig the construct of psychopathy: towards a hierarchical model. *Psychol Assess* 13: 171-188
 17. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (eds) (2000) *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Hans Huber, Bern
 18. DiScala C, Lescohier I, Barthel M, Li G (1998) Injuries to children with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics* 102: 1415-1421
 19. D' Silva K, Duggan C, McCarthy L (2004) Does treatment really make psychopaths worse? a review of the evidence. *J Personal Disord* 18: 163-177
 20. Douglas KS, Ogloff JRP (2003) Violence by psychiatric patients: the impact of archival measurement source on violence base rates and risk assessment accuracy. *Can J Psychiatry* 48: 734-739
 21. Douglas KS, Strand S, Belfrage H, Fransson G, Levander S (2005) Reliability and validity evaluation of the Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL: SV) in Swedish correctional and forensic psychiatric samples. *Assessment* 12: 145-161
 22. Dowson JH, Blackwell AD (2010) Impulsive aggression in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: *Acta Psychiatr Scand* 121: 103-110
 23. Eisenbarth H, Alpers GW, Conzelmann A, Jacob CP, Weyers P, Pauli P (2008) Psychopathic traits in adult ADHD patients. *Pers Individ Dif* 45: 468-472

24. Eysenck SBG, Daum I, Schugens MM, Diehl JM (1990) A cross-cultural study of impulsiveness, venturesomeness and empathy, Germany and England. *Z Diff Diagn Psychol* 11: 209-213
25. Forth AE, Kosson DS, Hare RD (2003) *The Psychopathy Checklist: Youth Version. Technical Manual.* Multimedia-Health Systems, Toronto
26. Fowler T, Langley K, Rice F, Whittinger N, Ross K, van Goozen S, Owen MJ, O'Donovan MC, van den Bree MBM, Thapar A (2009) Psychopathy traits in adolescents with childhood attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry* 194: 62-67
27. Froehlich TE, Lanphear BP, Epstein JN, Barbaresi WJ, Katusic SK, Kahn RS (2007) Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 161: 857-864
28. Ginsberg Y, Hirvikoski T, Lindfors N (2010) Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among longer-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder. *BMC Psychiatry* 10: 112
29. Grann M, Langström N, Tengström A, Kullgren G (1999) Psychopathy (PCL-R) predicts violent recidivism among criminal offenders with personality disorders in Sweden. *Law Hum Behav* 23: 205-217
30. Gretton HM, Hare RD, Catchpole RE (2004) Psychopathy and offending from adolescence to adulthood: a 10-year follow-up. *J Consult Clin Psychol* 72: 636-645
31. Hall JR, Benning SD, Patrick CJ (2004) Criterion-related validity of the three-factor model of psychopathy. *Assessment* 11: 4-16
32. Hare RD (1980) A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Pers Individ Dif* 1: 111-119
33. Hare RD (1991) *The hare psychopathy-checklist-revised: Manual.* Multi-Health Systems, Toronto
34. Hare RD (1993) *Without conscience: The disturbing world of the psychopaths among us.* Guilford, New York

35. Hare RD, Clark D, Grann M, Thornton D (2000) Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: An international perspective. *Behav Sci Law* 18: 623-645
36. Hare RD (2003) *The Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)*. 2nd ed. Multi-Health Systems, Toronto
37. Hart SD, Forth AE (1995) *Manual for the Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL-SV)*. Multi Health Systems, Toronto
38. Heilbrun K, Hart SD, Hare RD, Gustafson D, Nunez C, White AJ (1998) Inpatient and postdischarge aggression in mentally disordered offenders. The role of psychopathy. *J Interpers Violence* 13: 514-527
39. Hemphill JF, Hare RD, Wong S (1998) Psychopathy and recidivism: A review. *Legal and criminological psychology* 3: 139-170
40. Herpertz SC, Werth U, Lukas G, Qunaibi M, Schuerkens A, Kunert H-J, Freese R, Flesch M, Mueller-Isberner R, Osterheider M, Sass H (2001) Emotional in criminal offenders with psychopathy and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 58: 737-745
41. Huchzermeier C, Bruss E, Geiger F, Godt N, von Nettelbladt F, Aldenhoff J (2006) Psychopathy checklist score predicts negative events during the sentences of prisoners with Hare psychopathy: a prospective study at a German prison. *Can J Psychiatry* 51: 692-697
42. Huchzermeier C, Geiger F, Bruss E, Godt N, Köhler D, Hinrichs G, Aldenhoff JB (2007) The relationship between DSM-IV cluster B personality disorders and psychopathy according to Hare's criteria: clarification and resolution of previous contradictions. *Behav Sci Law* 25: 901-911
43. Huchzermeier C, Bruss E, Geiger F, Kernbichler F, Aldenhoff J (2008) Predictive validity of the psychopathy checklist: screening version for intramural behaviour in violent offenders-a prospective study at a secure psychiatric hospital in Germany. *Can J Psychiatry* 53: 384-391
44. Huss M, Hölling H, Kurth B-M, Schlack R (2008) How often are German children and adolescents diagnosed with ADHD? Prevalence based on the judgement of health care professionals: results of the

- German health and examination survey (KiGGS). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 17: 52-58
45. Jensen PS, Martin D, Cantwell DP (1997) Comorbidity in ADHD: Implications for Research, Practice, and DSM-V. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 1065-1079
 46. Jerome L, Habinski L, Segal A (2006) Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and driving risk: a review of the literature and a methodological critique. *Curr Psychiatry Rep* 8: 416-426
 47. Kaplan S-G, Cornell DG (2004) Psychopathy and ADHD in adolescent male offenders. *Youth Violence Juv Justice* 2: 148-160
 48. Karpman B (1946) Psychopathy in the scheme of human typology. *J Nerv Ment Dis* 103: 276-288
 49. Karpman B (1948) The myth of the psychopathic personality. *Am J Psychiatry* 104: 523-534
 50. Kaya A, Taner Y, Guclu B, Taner E, Kaya Y, Bahcivan HG, Benli IT (2008) Trauma and adult attention deficit hyperactivity disorder. *J Int Med Res* 36: 9-16
 51. Kennealy PJ, Hicks BM, Patrick CJ (2007) Validity of factors of the psychopathy checklist-revised in female prisoners: discriminant relations with antisocial behaviour, substance abuse, and personality. *Assessment* 14: 323-340
 52. Lilienfeld SO, Waldmann ID (1990) The relation between childhood attention-deficit hyperactivity disorder and adult antisocial behaviour reexamined: the problem of heterogeneity. *Clin Psychol Rev* 10: 699-725
 53. Lynam DR (1996) Early identification of chronic offenders: Who is the fledgling psychopath? *Psychol Bull* 120: 209-234
 54. Lynam DR (1998) Early identification of the fledgling psychopath: locating the psychopathic child in the current nomenclature. *J Abnorm Psychol* 107: 566-575
 55. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M (1993) Adult outcome of hyperactive boys: educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 50: 565-576

56. Mannuzza S, Klein RG, Moulton 3rd. JL (2008) Lifetime criminality among boys with attention deficit hyperactivity disorder: a prospective follow-up study into adulthood using official arrest records. *Psychiatry Res* 160: 237-246
57. Mathias CW, Furr RM, Daniel SS, Marsh DM, Shannon EE, Dougherty DM (2007) The relationship of inattentiveness, hyperactivity, and psychopathy among adolescents. *Pers Individ Dif* 43: 1333-1343
58. Michonski JD, Sharp C (2010) Revisiting Lynam's notion of the „fledgling psychopath“: are HIA-CP children truly psychopathic-like? *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 4: 24-32
59. Miller JD, Lynam DR (2003) Psychopathy and the Five-factor model of personality: A replication and extension. *J Pers Assess* 81: 168-178
60. Möller A, Hell D (2001) Das gegenwärtige Verständnis des Psychopathiebegriffs in der forensischen Psychiatrie. *Fortschr Neurol Psychiat* 69: 603-610
61. Möller AA, Hell D (2003) Affective disorder and „psychopathy“ in a sample of younger male delinquents. *Acta Psychiatr Scand* 107: 203-207
62. Murrie DC, Cornell DG, Kaplan S, McConville D, Levy-Elkon A (2004) Psychopathy scores and violence among juvenile offenders: a multi-measure study. *Behav Sci Law* 22: 49-67
63. Myers WC, Burket RC, Harris HE (1995) Adolescent psychopathy in relation to delinquent behaviors, conduct disorder, and personality disorders. *J Forensic Sci* 40: 435-439
64. Ohlmeier MD, Peters K, Te Wildt BT, Zedler M, Ziegenbein M, Wiese B, Emrich HM, Schneider U (2008) Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol Alcohol* 43: 300-304
65. Piatigorsky A, Hinshaw SP (2004) Psychopathic traits in boys with and without attention-deficit/hyperactivity disorder: concurrent and longitudinal correlates. *J Abnorm Child Psychol* 32: 535-550
66. Pinel P (1809) *Traité médico-philosophique sur l' aliénation mentale où la manie*. 2nd ed. Brosson, Paris

67. Pliszka SR (1998) Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatric disorder: an overview. *J Clin Psychiatry* 59: 50-58
68. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biedermann J, Rohde LA (2007) The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 164: 942-948
69. Porter S (1996) Without conscience or without active conscience? The etiology of psychopathy revisited. *Aggression and violent behaviour* 1: 179-189
70. Prichard JC (1835) *A treatise on insanity and other disorders affecting the mind*. Gilbert & Piper, London
71. Retz W, Retz-Junginger P, Hengesach G, Schneider M, Thome J, Pajonk F-G, Salahi-Disfan A, Rees O, Wender PH, Rösler M (2004) Psychometric and psychopathological characterization of young male prison inmates with and without attention deficit/hyperactivity disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 254: 201-208
72. Retz W, Rösler M (2010) Association of ADHD with reactive and proactive violent behavior in a forensic population. *Atten Defic Hyperact Disord* 2: 195-202
73. Retz W, Stieglitz R-D, Corbisiero S, Retz-Junginger P, Rösler M (2012) Emotional dysregulation in adult ADHD: what is the empirical evidence? *Expert Rev Neurother* 12: 1-11
74. Retz W, Bouregghda SST, Retz-Junginger P, Philipp-Wiegmann F, Rösler M (2013) Clinical symptoms of ADHD and psychopathy in perpetrators. *Atten Defic Hyperact Disord* 5: 47-57
75. Retz-Junginger P, Retz W, Blocher D, Weijers H-G, Trott G-E, Wender PH, Rösler M (2002) Wender Utah Rating Scale (WURS-k) Die deutsche Kurzform zur retrospektiven Erfassung des hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen. *Nervenarzt* 73: 830-838
76. Retz-Junginger P, Retz W, Blocher D, Stieglitz R-D, Georg T, Supprian T, Wender PH, Rösler M (2003) Reliabilität und Validität der Wender-Utah-Rating Scale-Kurzform. *Nervenarzt* 74: 987-993

77. Rice ME, Harris GT, Cormier CA (1992) An evaluation of a maximum security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders. *Law Human Behav* 16: 399-412
78. Rösler M, Retz W, Retz-Junginger P, Hengesch G, Schneider M, Supprian T, Schwitzgebel P, Pinhard K, Dovi-Akue N, Wender P, Thome J (2004) Prevalence of attention deficit-/hyperactivity disorder (ADHD) and comorbid disorders in young male prison inmates. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 254: 365-371
79. Rösler M, Retz W, Yaqoobi K, Burg E, Retz-Junginger P (2009) Attention deficit/hyperactivity disorder in female offenders: prevalence, psychiatric comorbidity and psychosocial implications. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 259: 98-105
80. Rogers R, Salekin RT, Hill C, Sewell KW, Murdock ME, Neumann CS (2000) The psychopathy checklist-screening version: an examination of criteria and subcriteria in three forensic samples. *Assessment* 7: 1-15
81. Salekin RT (2002) Psychopathy and therapeutic pessimism. *Clinical lore or clinical reality?* *Clin Psychol Rev* 22: 79-112
82. 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
83. Schmidt S, Waldmann H-C, Petermann F, Brähler E (2010) Wie stark sind Erwachsene mit ADHS und komorbiden Störungen in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität beeinträchtigt? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 58: 9-21
84. Schneider K (1928) *Die psychopathischen Persönlichkeiten*. 2nd ed. Franz Deuticke, Leipzig
85. Seto MC, Barbaree HE (1999) Psychopathy, treatment behaviour, and sex offender recidivism. *J Interpers Violence* 14: 1235-1248
86. Sevecke K, Krischer MK, Schönberg T, Lehmkuhl G (2005) Das Psychopathy-Konzept nach Hare als Persönlichkeitsdimension im Jugendalter? *Literaturübersicht und Fallbeispiele*. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 54: 173-190

87. Sevecke K, Kosson DS, Krischer MK (2009) The relationship between attention deficit hyperactivity disorder, conduct disorder, and psychopathy in adolescent male and female detainees. *Behav Sci Law* 27: 577-598
88. Sevecke K, Franke S, Lehmkuhl G, Krischer MK (2012) Das Psychopathy-Konzept bei Mädchen. *Kindheit und Entwicklung* 21: 161-171
89. Skeem JL, Mulvey EP (2001) Psychopathy and community violence among civil psychiatric patients: results from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *J Consult Clin Psychol* 69: 358-374
90. Soderstrom H, Nilsson T, Sjodin A-K, Carlstedt A, Forsman A (2005) The childhood-onset neuropsychiatric background to adulthood psychopathic traits and personality disorders. *Compr Psychiatry* 46: 111-116
91. Spencer TJ, Biederman J, Wilens TE, Faraone SV (2002) Overview and neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry* 63: 3-9
92. Spencer TJ, Biedermann J, Mick E (2007) Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities and neurobiology. *J Pediatr Psychol* 32: 631-642
93. Stalenheim EG, von Knorring L (1996) Psychopathy and Axis I and Axis II psychiatric disorders in a forensic psychiatric population in Sweden. *Acta Psychiatr Scand* 94: 217-223
94. Steinbach J, Hässig L, Kohle K, Ermer A (2009) Dissoziale Persönlichkeitsstörung: Diagnostik, Störungstheorie und Behandlung aus personenzentrierter Sicht. *Person* 2 124-136
95. Still GF (1902) Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet*: 1008-1168
96. Swogger MT, Walsh Z, Houston RJ, Cashmann-Brown S, Conner KR (2010) Psychopathy and axis I psychiatric disorders among criminal offenders: relationships to impulsive and proactive aggression. *Aggress Behav* 36: 45-53

97. Thapar A, Harrington R, McGuffin P (2001) Examining the comorbidity of ADHD-related behaviours and conduct problems using a twin study design. *Br Jour Psychiatry* 179: 224-229
98. Tredgold AF (1908) *Mental deficiency (amentia)*. Wood, New York
99. Ullrich S, Paelecke M, Kahle I, Marneros A (2003) Kategoriale und dimensionale Erfassung von "psychopathy" bei deutschen Straftätern. *Nervenarzt* 74: 1002-1008
100. Vaih-Koch SR, Ponseti J, Bosinski HAG (2001) ADHD und Störung des Sozialverhaltens im Kindesalter als Prädiktoren aggressiver Sexualdelinquenz? *Sexuologie* 8: 1-18
101. Vermeiren R (2003) Psychopathology and delinquency in adolescents: a descriptive and developmental perspective. *Clin Psychol Rev* 23: 277-318
102. Walsh Z, Swogger MT, Kosson DS (2009) Psychopathy and instrumental violence: Facet level relationships. *J Pers Disord* 23: 416-424
103. Walters GD (2003) Predicting institutional adjustment and recidivism with the psychopathy checklist factor scores: a meta-analysis. *Law Hum Behav* 27: 541-558
104. 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
105. Weiss G, Hechtman 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
106. Wender PH, Wolf LE, Wasserstein J (2001) Adults with ADHD. An Overview. *Ann N-Y Acad Sci* 931: 1-16
107. Woodworth M, Porter S (2002) In cold blood: characteristics of criminal homicides as a function of psychopathy. *J Abnorm Psychol* 111: 436-445
108. Ziegler E, Blocher D, Groß J, Rösler M (2003) Erfassung von Symptomen aus dem Spektrum des Hyperkinetischen Syndroms bei Häftlingen einer Justizvollzugsanstalt. *Recht & Psychiatrie* 21: 17-21

7. Dank

Danken möchte ich Herrn Prof. Dr. Rösler, Direktor des Instituts für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie der Universität des Saarlandes, für die Möglichkeit, vorliegende Dissertation an seinem Institut erstellen zu können.

Frau Priv.-Doz. Dr. Petra Retz-Junginger danke ich für ihre engagierte Betreuung meines Promotionsvorhabens und ihre zahlreichen Anregungen, die zum Gelingen dieser Arbeit wesentlich beigetragen haben.

Weiterhin bedanken möchte ich mich bei allen Mitarbeitern des Instituts für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie der Universität des Saarlandes für ihre tatkräftige Unterstützung.

Ganz besonders möchte ich mich bei meinen Eltern für ihre bedingungslose Unterstützung und ihr Vertrauen bedanken.

Zuletzt geht mein besonderer Dank an meine Freundin Anne, die mich bei der Erstellung dieser Arbeit immer unterstützt und mir den dafür nötigen Halt gegeben hat.

8. Lebenslauf

Sebastian Wagner

Persönliche Daten:

Geburtsdatum: 24.03.1976

Geburtsort: Leonberg

Staatsangehörigkeit: deutsch

Familienstand: ledig

Schulbildung:

1983 - 1987 Grundschule Rammersweier

1987 - 1996 Schillergymnasium Offenburg

Berufsausbildung:

04/1998 - 07/2001 Ausbildung zum staatlich examinierten
Krankenpfleger, Städtisches Klinikum Karlsruhe

Hochschulstudium:

10/1997 - 03/1998 Lehramtsstudium für Realschule, Pädagogische
Hochschule Freiburg

10/2001 - 06/2008 Studium der Humanmedizin an der Universität des
Saarlandes

06/2008 Approbation als Arzt

Berufstätigkeit:

07/2008 – 03/2009 Assistenzarzt Innere Medizin (Kardiologie),
Ortenauklinikum Lahr-Ettenheim

Seit 04/2009 Assistenzarzt Anästhesiologie, Ortenauklinikum
Offenburg

9. Anhang

WURS-k

Name: _____

Vorname: _____

Geboren am: _____

Alter: _____

Schulabschluss: _____

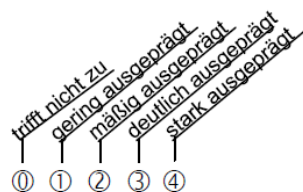
Geschlecht: männlich weiblich

Datum: _____

Wender-Utah-Rating-Scale (WURS-k)

Deutsche Bearbeitung von P. Retz-Junginger, G.-E. Trott, W. Retz & M. Rösler

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen, Eigenschaften und Schwierigkeiten. Bitte lesen Sie diese der Reihe nach durch und entscheiden Sie jeweils, ob und wie stark diese Verhaltensweise, diese Eigenschaft oder dieses Problem bei Ihnen als Kind im Alter von ca. 8 bis 10 Jahren ausgeprägt war. Dabei stehen Ihnen 5 verschiedene Antwortalternativen zur Verfügung.



Bitte kreuzen Sie die entsprechende Antwortalternative an. Lassen Sie bitte keinen Punkt aus und wählen Sie im Zweifelsfall die Antwortmöglichkeit, die noch am ehesten für Sie zutrifft.

Zum Beispiel:

Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Konzentrationsprobleme bzw. war leicht ablenkbar.

① ① ② ④

In diesem Fall ist die 3 („in deutlicher Ausprägung“) angekreuzt: Das würde bedeuten, dass Sie als Kind im Alter von ca. 8-10 Jahren deutlich ausgeprägt Konzentrationsprobleme hatten.

	trifft nicht zu	gering ausgeprägt	mäßige ausgeprägt	deutlich ausgeprägt	stark ausgeprägt
1. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Konzentrationsprobleme bzw. war leicht ablenkbar.	0	1	2	3	4
2. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich zappelig und nervös.	0	1	2	3	4
3. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich unaufmerksam und verträumt.	0	1	2	3	4
4. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich gut organisiert, sauber und ordentlich.	0	1	2	3	4
5. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Wutanfälle und Gefühlsausbrüche.	0	1	2	3	4
6. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich ein geringes Durchhaltevermögen, brach ich Tätigkeiten vor deren Beendigung ab.	0	1	2	3	4
7. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich traurig, unglücklich und depressiv.	0	1	2	3	4
8. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich ungehorsam, rebellisch und aufsässig.	0	1	2	3	4
9. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich ein geringes Selbstwertgefühl bzw. eine niedrige Selbsteinschätzung.	0	1	2	3	4
10. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich leicht zu irritieren.	0	1	2	3	4
11. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich starke Stimmungsschwankungen und war launisch.	0	1	2	3	4
12. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich ein guter Schüler bzw. eine gute Schülerin.	0	1	2	3	4
13. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich oft ärgerlich oder verärgert.	0	1	2	3	4
14. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren verfügte ich eine gute motorische Koordinationsfähigkeit und wurde immer zuerst als Mitspieler ausgesucht.	0	1	2	3	4
15. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich eine Tendenz zur Unreife.	0	1	2	3	4
16. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren verlor ich oft die Selbstkontrolle.	0	1	2	3	4
17. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich die Tendenz, unvernünftig zu sein oder unvernünftig zu handeln.	0	1	2	3	4
18. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Probleme mit anderen Kindern und keine langen Freundschaften.	0	1	2	3	4
19. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Angst, die Selbstbeherrschung zu verlieren.	0	1	2	3	4
20. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren bin ich von zuhause fortgelaufen.	0	1	2	3	4
21. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich in Raufereien verwickelt.	0	1	2	3	4
22. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Schwierigkeiten mit Autoritäten, z.B. Ärger in der Schule oder Vorladungen beim Direktor.	0	1	2	3	4
23. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Ärger mit der Polizei.	0	1	2	3	4
24. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich insgesamt ein schlechter Schüler/eine schlechte Schülerin und lernte langsam.	0	1	2	3	4
25. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Freunde und war beliebt.	0	1	2	3	4

Bitte Überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben!

Psychopathy Checklist Screening Version PCL - SV

nach Hart, Cox und Hare 1995

0=nein, 1=möglich, 2=ja, X=entfällt

1. Oberflächlich (unecht, aufgesetzt, affektiert) : ___:

versucht sich selbst in gutem Licht darzustellen
die Selbstdarstellung wirkt affektiert, oberflächlich, ohne tieferen Bezug und ist schwer zu glauben
die emotionalen Äußerungen wirken aufgesetzt und unecht
versucht sich entweder besonders gewinnbringend und einnehmend oder moros-verstimmt oder feindselig oder machohaft zu geben
bietet überzeugend klingende Erklärungen für sein Verhalten
erzählt unwahrscheinlich klingende Geschichten
variiert bei neuen Fakten oder Unstimmigkeiten seine Statements
verwendet Fachausdrücke und Jargon, oftmals unpassend

2. Grandios (großspurig) : ___:

Völlig überzogene Ansichten bzgl. der eigenen Fähigkeiten und des Selbstwertes
selbstsicheres und rechthaberisches Auftreten
überhöht seine soziale Stellung und Ansehen
betrachtet die aktuellen Umstände als Resultat von Pech; sieht sich als Opfer des Systems
wenig zukunftsorientiert

3. Betrügerisch-manipulativ : ___:

Manipuliert ohne Rücksicht auf die Rechte anderer
verdreht die Wahrheit
betrügt mit großer Selbstsicherheit, kaltschnäuzig und ohne offensichtliche Angst
wirkt wie ein Hochstapler, Schwindler oder Betrüger
manchmal scheint es ihm richtig gehend Spaß zu machen, andere zu betrügen

4. Fehlen von Schuldbewußtsein und Reue : ___:

wirkt, als habe er keinerlei Schuldbewußtsein; kein Gewissen
verbalisiert Reue in unaufrichtiger Art und Weise
zeigt unter Berücksichtigung seiner Taten nur wenig emotionale Beteiligung
macht sich Auswirkungen seines Verhaltens auf andere nicht bewußt
sind mehr auf das eigene Leiden fokussiert als auf das der anderen

5. Fehlen von Empathie; Gefühlskälte : ___:

hartherzig; kalt und gefühllos
gleichgültig/unbeteiligt an den Gefühlen und Sorgen anderer
unfähig, die emotionalen Auswirkungen seiner Handlungen zu erkennen
ausgedrückte Gefühle sind oberflächlich und labil
verbaler und nonverbaler Ausdruck von Gefühlen entsprechen sich nicht

6. Übernimmt keine Verantwortung (für eigene Handlungen) : ___:

rationalisiert; spielt die Bedeutung seiner Aktionen herunter
minimiert die Auswirkungen seines Verhaltens auf andere
externalisiert Schuld; könnte behaupten, man habe ihm etwas angehängt
projiziert die Schuld auf andere
dissimuliert; macht bspw. Erinnerungslücken für die Ereignisse rund um das Delikt geltend

7. Impulsiv

tut Dinge aus der „Eingebung des Augenblicks“ heraus (auch Straftaten)
 bedenkt kaum einmal die Konsequenzen seiner Handlungen
 wechselt häufig Arbeitsstellen, Wohn-/Aufenthaltort oder Beziehungen
 ist unstet und lässt sich durch's Leben treiben
 schnell gelangweilt; hat Schwierigkeiten, Dinge zu tun, die anhaltende Aufmerksamkeit erfordern
 liebt es, Dinge zu tun, die aufregend, riskant und herausfordernd sind

: _ :

8. Schlechte Verhaltenssteuerung

schnell verärgert, wütend oder frustriert, besonders unter Alkoholeinwirkung
 häufig körperlich oder verbal aggressiv, cholerisch-aufbrausend
 Ausfälle können unprovokiert und unvermittelt erscheinen
 Ausbrüche sind häufig kurzlebig

: _ :

9. Fehlende Lebensziele

hat keine realistischen, langfristigen Pläne und Verpflichtungen
 lebt in den Tag hinein, keine Zukunftsorientierung
 lässt sich finanziell aushalten (Familie, Freunde, Sozialhilfe etc.)
 hat schlechte Bildungs- und Arbeitsbedingungen
 beschreibt an den Haaren herbeigezogene Pläne oder Projekte

: _ :

10. Verantwortungslos

rücksichtslos gegenüber Dritten
 unzuverlässig als Lebenspartner oder Elternteil
 inadäquates Arbeitsverhalten; kommt häufig zu spät, fehlt etc.
 unzuverlässig in Geldangelegenheiten (hohe Schulden, Zahlungsverpflichtungen, Unterhaltsleistungen)

: _ :

11. Antisoziales Verhalten in der Adoleszenz

häufige und vielseitige antisoziale Aktivitäten (auch formal nicht sanktionierte!)
 als Jugendlicher Verhaltensprobleme Zuhause und in der Schule (s. Störungen des Sozialverhaltens)
 als Jugendlicher/Heranwachsender Ärger mit dem Gesetz

: _ :

12. Antisoziales Verhalten im Erwachsenenalter

häufige und vielseitige antisoziale Aktivitäten (auch formal nicht sanktionierte!)
 mißachtet Bestimmungen und Verordnungen
 hatte als Heranwachsender Gesetzesprobleme
 wurde wegen krimineller Handlungen angeklagt oder verurteilt

: _ :

PCL-SV Score 1-6

: _ :

PCL-SV Score 7-12

: _ :

PCL-SV Total-Score

: _ :

Rating ausschließlich nach Aktenlage

: _ :

Rating nach Interview und Aktenlage

: _ :