

ADHS und Jugendkriminalität

Zusammenfassung eines Vortrags von PD Dr. Daniela Hosser, KFN (Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen) am 24. September 2008 in Burgwedel (bei Hannover)

Annahmen und Erkenntnisse

Haben ADHS und Kriminalität überhaupt etwas miteinander zu tun?

Dieselben Auffälligkeiten, die man bei Kindern mit ADHS findet, gelten auch als Risikofaktoren für Kriminalität. Insbesondere sind dies

- **aggressives Verhalten** (Schädigungsabsicht), Dominanzstreben,
- **impulsives Verhalten**, Probleme mit dem Einhalten von Regeln, Sensation-Seeking,
- **emotionale Labilität**, geringe Frustrationstoleranz, Suche nach Anerkennung, Hypersensitivität

Das legt den Gedanken nahe, dass ADHS-Kinder möglicherweise mehr gefährdet sein können als andere.

Steigt denn die Kriminalität tatsächlich an oder ist diese Erkenntnis nur „gefühl“?

In den vergangenen 10 Jahren zeigt die Statistik in der Summe der Fälle keine Steigerung. Aber es häufen sich heute andere Straftaten als früher. Aktuell nehmen die Gewaltdelikte zu, die Eigentumsdelikte haben eine rückläufige Tendenz.

Zur Absicherung dieser Aussage werden sog. Dunkelfeldstudien gemacht, d. h. man versucht durch repräsentative Befragungen die Anzahl der Straftaten zu ermitteln, die nicht zur Anzeige gebracht werden. Dabei ergaben sich keine Hinweise darauf, dass die Jugendkriminalität ansteigt (*Zweiter Periodischer Sicherheitsbericht¹, BMI 2006*).

Gibt es eine angeborene Veranlagung zum Verbrecher?

Terrie Moffitt stellte in einer Arbeit von 1993 (*Adolescence-Limited and Life-Course-Persistent Antisocial Behavior: A Developmental Taxonomy²*) die These auf, dass es zwei Gruppen Kriminelle gebe, nämlich die sog.

- **Adolescence-Limited-Offenders**, das sind Jugendliche, die bei der Bewältigung der Pubertät Schwierigkeiten haben, die sie in eine vorübergehende Kriminalität führen, und die
- **Life-Course-Persistent-Offenders**, das sind Personen, die aufgrund neurologischer Disposition zu Verbrechen werden und bereits in der Kindheit durch eskalierende Verhaltens- und Erziehungsprobleme auffallen.

Diese strikte Trennung der beiden Gruppen ist heute überholt. Aber die Erkenntnis, dass neurologische/genetische Faktoren bei der Kriminalität eine Rolle spielen, hat ein Umdenken in Gang gesetzt und weitere Forschungen nach sich gezogen. Heute weiß man, dass auch die Life-Course-Persistent-Offenders bei geeigneten Maßnahmen eine gute Prognose haben, sich zu rehabilitieren.

Teufelskreise

1 http://www.bka.de/lageberichte/ps/psb2_kurzfassung.pdf

2 <http://cooley.libarts.wsu.edu/soc3611/Documents/Moffitt%20.pdf>

Genetische Faktoren und neurologische Beeinträchtigungen ziehen soziale Probleme nach sich, weil Eltern und Kinder überfordert sind und nicht angemessen sozial interagieren können. Es gibt Kontaktschwierigkeiten, Kommunikationsprobleme und sozialen Rückzug, der wiederum dazu führt, dass solche Kinder noch weniger Gelegenheit haben, soziale Interaktion zu üben. Erfolgserlebnisse fehlen, Verunsicherungen werden durch negatives Feedback verstärkt, der Abrutsch ist kaum zu vermeiden. Wie schwerwiegend er für das Kind wird, hängt von den Ressourcen ab, die die Familie mobilisieren kann.

Negativer Entwicklungsverlauf

- Störung mit oppositionellem Trotzverhalten (Kleinkind)
- Störung des Sozialverhaltens (Kind)
- Störung durch Substanzkonsum (Pubertät)
- Antisoziale Persönlichkeitsstörung (Erwachsener)

Studien zu ADHS und Delinquenz

Verschiedene Studien³ zeigen, dass ADHSler in etwa dreimal häufiger straffällig werden als die Kontrollgruppe ohne ADHS. Das legt die Frage nahe, was genau bei ADHS die Auslöser für die Gesetzeskonflikte sind. **Hyperaktivität** spielt eine Rolle bei Aggressivität und den daraus resultierenden Straftaten. Auch die reine **Aufmerksamkeitsstörung** ist ein Prädiktor für Kriminalität. Dabei scheinen **abgebrochene Behandlungen** ein zusätzlicher Risikofaktor zu sein. Die gute Nachricht ist, dass nach neuesten Erkenntnissen⁴ ADHS **ohne** gleichzeitige Störung des Sozialverhaltens, emotionale Störung oder Substanzmissbrauch **kein** Risiko darstellt.

Ein Blick in die Gefängnisse

Ein Viertel der Insassen (in den USA) hat ADHS⁵. Das bedeutet aber im Umkehrschluss nicht, dass drei Viertel der Insassen kein ADHS haben. Von diesen Leuten liegt keine Diagnose vor, sodass keine gesicherte Aussage gemacht werden kann.

Viele Inhaftierte (50 - 80%) weisen deutliche Symptome von ADHS auf⁶. Das muss natürlich nicht bedeuten, dass alle diese Leute ein ADHS haben. Aber es wäre gut, bei diesen Personen eine mögliche ADHS abzuklären.

Inhaftierte mit ADHS entwickeln sich im Vollzug negativer und werden häufiger rückfällig.⁷ Hier wäre es wichtig, auf die Therapien zu achten und festzustellen, welche Behandlung hilft, Rückfälle zu vermeiden.

Die Studie „Entwicklungsfolgen der Jugendstrafe“ (Hanover Prison Study)⁸

Ziel dieser Studie ist die Identifikation von protektiven Faktoren und Risikofaktoren für den Entwicklungsverlauf von jungen Straftätern.

Ausgewertet wurden die Antworten von 319 männlichen Inhaftierten zwischen 14 und 24 Jahren in

3 Manuzza et al. (1989), Weiss et al. (1985), Barkley et al. (2004), Satterfield et al. (2007)

4 Satterfield et al. (2007), Copeland et al. (2007), Häbeler et al. (2008)

5 Foley, Carlton & Howell (1996), Comings (2000)

6 Richardson, (2000)

7 McCallon (2000)

8 http://www.kfn.de/Forschungsbereiche_und_Projekte/Strafvollzug/Entwicklungsfolgen_der_Jugendstrafe.htm

norddeutschen Jugendstrafanstalten kurz vor der Entlassung, alle Befragten sind deutsch und alle sind zum ersten Mal in Haft. Die Befragten sollten eine Selbsteinschätzung geben zu 20 symptombezogenen Aussagen über ADHS, z. B. „Ich bin leicht ablenkbar“, „Ich bin oft unruhig und nervös.“ Das ist zwar keine ADHS-Diagnose, aber ein sehr deutlicher Hinweis darauf, dass diese Störung vorliegt. Die Antworten lassen durchaus eine Kategorisierung nach DSM-IV zu.

Kindheit

Bei 54% der Befragten finden sich deutliche Hinweise auf eine ADHS in der Kindheit, 10% mit einer reinen Aufmerksamkeitsstörung, 17% vom hyperaktiven Typ und 27% mit einer kombinierten Störung.

Aktuelle Situation

Bei 23% der Befragten besteht auch aktuell die Vermutung, dass eine ADHS vorliegt, davon 6% mit Aufmerksamkeitsstörung, 11% mit Hyperaktivität und 7% mit einer Kombination von beidem. Bei 18% sind die Symptome einer ADHS dauerhaft vorhanden.

Rückfallquote

Die Rückfallquote wird von einer ADHS nicht beeinflusst, auch nicht die Dauer bis zum Rückfall. Die Ursachen für Rückfälligkeit sind vielmehr zu suchen bei fehlenden Schulabschlüssen, Frühauffälligkeit, niedrigem Lebensalter und Eigentumsdelikten.

Implikationen für Jugendhilfe, Justizsystem und Gesellschaft

„Der deutliche Zusammenhang zwischen ADHS, sozialem Misserfolg, Randständigkeit und Kriminalität erfordert dringend effektive vorbeugende Maßnahmen.“ (Rösler, 2001)

ADHS behandeln

Im Strafvollzug gibt es mehr Probleme, eine ADHS zu behandeln, als im normalen Alltag. Zunächst ist es schwierig, eine ausreichend abgesicherte Diagnose zu bekommen. Es gibt eine hohe Komorbidität (Depression, Sucht). Dann wird die medikamentöse Behandlung durch Suchtproblematiken erschwert. Insgesamt ist die Motivation, eine Therapie zu machen, gering. Im Strafvollzug fehlen außerdem evaluierte Behandlungsprogramme ebenso, wie Unterstützung durch das soziale Umfeld (Mitgefangene).

Behandlungsformen

Die multimedialen Behandlung besteht aus sozialem Kompetenz- und Problemlösetraining, Einzelfallbetreuung und ggf. Medikation. Die multisystemische Behandlung unterscheidet sich davon durch aufsuchende Hilfen, Einbezug verschiedener Lebensbereiche und Aufbau erwünschter Verhaltensmuster in der Alltagsumgebung durch konsequente Verstärkung richtigen Verhaltens. Multisystemische Behandlung greift also wesentlich mehr in das Leben der Betroffenen und ihres Umfeldes ein. In den USA hat die multisystemische Therapie gerade bei jungen Erwachsenen im bzw. statt des Strafvollzugs gute Erfolge gebracht.

Behandlungsinhalte

Die Krankheitsaufklärung ist nach wie vor eine tragende Säule im Behandlungskonzept. Dazu kommt die Aufdeckung negativer Überzeugungen und Verhaltensmuster, eine Stärkung von Bewältigungsressourcen und positiven Merkmalen, Ärgermanagement und Reiz- und

Kontingenzmanagement (Token-Systeme). Darüber hinaus ist begleitende Einzelfallunterstützung und langfristige Nachsorge erforderlich.

Behandlungskonzept in Haft (McCallon 2000)

Behandlungssetting:

Therapeut und Kotherapeut arbeiten in einer offenen Behandlungsgruppe mit 15-20 Teilnehmern in wöchentlichen Gruppensitzungen über 6-24 Monate. Wenn nötig, gibt es eine begleitende medikamentöse Therapie. Das Konzept unterteilt in Einführung, Trainingsphase und Nachsorge.

Aufnahmephase:

Nach einer umfangreichen Diagnostik gibt es zunächst Aufklärung des Patienten, Konsiliartreffen, ggf. Medikation und ein Mentorprogramm. Ein Mentor ist ein ehrenamtlicher Helfer, der den Patienten während der gesamten Behandlung begleitet.

Trainingsphase:

Wie der Name schon sagt, werden Kommunikation, Selbstwahrnehmung, Perspektivübernahme, Problemlösekompetenz und der Umgang mit Peers (Gleichaltrigen) u. Drogen geübt, außerdem schulische/ berufliche Perspektiven in Augenschein genommen.

Entlassung + Nachsorge:

In dieser Phase werden die Angehörigen einbezogen und über ADHS aufgeklärt. Die Häftlichen werden an weiterbehandelnde Ärzte, Selbsthilfegruppen und Unterstützungsstellen vermittelt. Arbeitgeber bekommen Briefe mit Infos über ADHS u. die bisherige Entwicklung des Delinquenten. Die weitere Nachsorge dauert bis zu 2 Jahren nach Entlassung.