

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

**Über den Zusammenhang zwischen ADHS und sexuellem Missbrauch im Kindes- und  
Jugendalter**

*Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin*  
der Medizinischen Fakultät  
der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES  
2012

vorgelegt von: Ann-Kathrin Elisabeth Koch  
geb. am: 20.01.1987 in Heidelberg

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>1</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Summary</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Einleitung</b>	<b>9</b>
3.1	Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen- Früher und Heute	9
3.2	Definitionen des sexuellen Missbrauchs Kinder und Jugendlicher	9
3.3	Epidemiologie des sexuellen Missbrauchs Kinder und Jugendlicher	12
3.4	Psychische Folgen des sexuellen Missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen	16
3.5	Risikofaktoren für den sexuellen Missbrauch Kinder und Jugendlicher	19
3.6	Epidemiologie der ADHS	20
3.7	Diagnostik der ADHS	21
3.8	Ätiologie der ADHS	22
3.9	Symptomatik und Komorbidität der ADHS im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter	24
3.10	Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen und ADHS	25
3.11	Ziel der Arbeit	30
<b>4</b>	<b>Material und Methodik</b>	<b>31</b>
4.1	Stichprobenbeschreibung	31
4.2	Diagnosestellung ADHS	32
4.2.1	Wender-Utah-Rating-Scale und WURS-k	32
4.2.2	ADHS-SB	33
4.2.3	Wender-Reimherr-Interview (WRI)	33
4.2.4	Methoden zur Diagnosestellung bei Kindern und Jugendlichen	34
4.3	Intelligenzdiagnostik	35
4.4	Statistische Analyse	36

<b>5</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>37</b>
5.1	Alter und Intelligenz der Opfer	37
5.2	Prävalenz der Diagnosen aus dem Bereich der hyperkinetischen Störungen (F90) und Charakteristiken in der Untersuchungspopulation	39
5.3	Psychiatrische Diagnosen der Opfer nach ICD-10 zum Zeitpunkt der Begutachtung	41
5.4	Zeitintervall zwischen Tat und Gutachten	43
5.5	Daten zum Täter	44
5.5.1	Anzahl der Täter	44
5.5.2	Geschlecht und Alter der Täter	44
5.5.3	Täterbeschreibung	45
5.5.4	Täter-Opfer-Beziehung	45
5.6	Aspekte der Tat	47
5.6.1	Dauer und Häufigkeit der sexuellen Übergriffe	47
5.6.2	Gewaltanwendung und Schmerzen bzw. Verletzungen im Rahmen des sexuellen Missbrauchs	47
5.6.3	Offenbarungssituation	48
5.6.4	Art des sexuellen Missbrauchs	50
5.6.4.1	Berührungen mit sexueller Absicht	51
5.6.4.2	Küsse	51
5.6.4.3	Oralverkehr	52
5.6.4.4	Analverkehr	52
5.6.4.5	Geschlechtsverkehr (vaginal)	53
5.6.4.6	Pornographie	53
5.6.4.7	Exhibitionismus	54
5.6.4.8	Zusammenfassende Darstellung der Art des sexuellen Missbrauchs	55
5.6.4.9	Weitere Formen sexueller Übergriffe	56
5.6.4.10	Rahmenaspekte des sexuellen Missbrauchs	56

<b>6</b>	<b>Diskussion</b>	<b>58</b>
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>73</b>
<b>8</b>	<b>Publikationen</b>	<b>85</b>
<b>9</b>	<b>Dank</b>	<b>86</b>
<b>10</b>	<b>Lebenslauf</b>	<b>87</b>
<b>11</b>	<b>Anhang</b>	<b>88</b>

## 1 Zusammenfassung

Sowohl die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) als auch sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen sind bekannte Themen mit einer hohen Prävalenz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In einigen Studien wurde bereits ein möglicher Zusammenhang zwischen ADHS und sexuellem Missbrauch im Kindes- und Jugendalter untersucht, deren Ergebnisse allerdings nicht übereinstimmend sind.

In der hier vorliegenden retrospektiven Studie wurde die Prävalenz der ADHS in einer forensischen Begutachtungspopulation aus Personen, bei denen der Vorwurf des sexuellen Missbrauchs in der Kindheit und Jugend bis zum achtzehnten Lebensjahr vorliegt, bestimmt. Dazu wurden 210 aussagepsychologische Gutachten, die zwischen 2000 und 2009 im Institut für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie des Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar erstellt wurden, ausgewertet. Die Stichprobe bestand aus 175 weiblichen Personen mit einem durchschnittlichen Alter von 14,8 Jahren ( $SD=5,9$ ) und 35 männlichen Personen mit einem durchschnittlichen Alter von 12,6 Jahren ( $SD=5,3$ ). Die Diagnose kindliche ADHS war bei den meisten Probanden bereits im Kindes- und Jugendalter gestellt worden. In anderen Fällen erfolgte die Diagnosestellung im Rahmen der forensischen Untersuchung durch die Sachverständigen. Das Durchschnittsalter der Probanden zum Zeitpunkt des Gutachtens war 14,5 Jahre ( $SD=5,9$ ). Das durchschnittliche Alter der Probanden zum Zeitpunkt des sexuellen Missbrauchs belief sich auf 9,6 Jahre ( $SD=3,7$ ). Das durchschnittliche Alter der weiblichen Probanden betrug dabei 9,8 Jahre ( $SD=3,7$ ), das der männlichen Probanden 8,2 Jahre ( $SD=3,6$ ). Für den durchschnittlichen IQ der untersuchten Stichprobe ergab sich ein Wert von ca. 94 ( $SD=15,8$ ). Bei 36 Personen (17,1%) bestand die Diagnose einer ADHS. Damit waren 13 der 35 männlichen und 23 der 175 weiblichen Personen von einer Störung aus dem Bereich der hyperkinetischen Störungen (F90) betroffen. Verglichen mit einer Prävalenz der ADHS bei deutschen Kindern und Jugendlichen aus der Allgemeinbevölkerung von 4,8%, liegt bei der hier untersuchten Population ein erhöhtes Risiko für eine ADHS vor. Bezüglich des Alters zum Zeitpunkt des Gutachtens, des sexuellen Missbrauchs oder des IQ bildete sich kein signifikanter Unterschied zwischen Probanden mit und ohne einer ADHS ab. Bei einem hohen Grad psychiatrischer Störungen im Allgemeinen stellte die ADHS die häufigste psychiatrische Störung dar. Es bestanden keine signifikanten Unterschiede zwischen Probanden mit und ohne ADHS hinsichtlich der Dauer und Häufigkeit des sexuellen Missbrauchs sowie anderer Variablen, die den sexuellen Missbrauch beschreiben, wie die

Anzahl sowie das Geschlecht der Täter, die Beziehung zum Täter und das Erfahren körperlicher Gewalt, Schmerzen oder Verletzungen. Bezogen auf die Formen sexuellen Missbrauchs erfuhren Probanden mit einer ADHS signifikant häufiger Analverkehr sowie Pornografie. Zudem waren weibliche Probanden mit einer ADHS signifikant häufiger von Pornografie und Jungen mit einer ADHS signifikant häufiger von Küssen als Formen des sexuellen Missbrauchs betroffen. Außerdem offenbarten Probanden ohne eine ADHS signifikant häufiger den sexuellen Missbrauch erst auf Nachfrage anderer Personen.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen eine erhöhte Prävalenz der ADHS in der untersuchten Population, also bei Personen, die angeben, Opfer sexuellen Missbrauchs in der Kindheit und Jugend geworden zu sein. Folglich sollte der Thematik sexueller Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS mehr Beachtung geschenkt werden. Kinder und Jugendliche mit dieser Störung müssen durch geeignete Maßnahmen vor sexuellem Missbrauch geschützt werden. Zudem müssen entsprechende Therapieangebote für Kinder und Jugendliche entwickelt werden, bei denen sowohl eine ADHS als auch sexueller Missbrauch vorliegen.

## 2 Summary

Is there a link between Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and child sexual abuse?

Both Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and child sexual abuse are common subjects with a high prevalence in child psychiatry. There is a limited body of research available on the possible link between Attention Deficit Hyperactivity Disorder and child sexual abuse, which displays conflicting results. The current retrospective study is attempting to uncover the prevalence of ADHD in victims of child sexual abuse up to the age of 18. In this study 210 written forensic-psychiatric assessments of credibility of alleged victims of child sexual abuse, conducted between 2000 and 2009 at the Institute for Forensic Psychology and Psychiatry in Homburg/Saar, were analyzed. The sample consisted of 175 females with a mean age of 14.8 years ( $SD=5.9$ ) and 35 males with a mean age of 12.6 years ( $SD=5.3$ ).

In most cases ADHD diagnosis was made before the assessments and was transferred by the parents of the victims of child sexual abuse, other chaperons or via examination report by a child psychiatrist. In other cases the diagnosis of ADHD was made within the scope of credibility assessment based on a psychiatric examination or clinical interview by a psychologist and psychometric scales if necessary.

The mean age of the victims at the time of assessment was 14.5ys ( $SD=5.9$ ) and the mean age of the victims at the time of abuse was 9.6ys ( $SD=3.7$ ). The mean IQ of the investigated group was 94 ( $SD=15.8$ ).

ADHD was diagnosed in 36 persons, 17.1% of the sample. The prevalence of ADHD in the general German population amounts to 4.8%. 13 of the 35 males and 23 of the 175 females had been diagnosed with childhood ADHD. There was an increased chance of a positive ADHD diagnosis in the total sample, as well as in both genders individually.

There were no significant differences identified in persons with and without ADHD regarding age at the time of assessment or abuse and IQ levels. Although there was a high degree of co-morbidity, ADHD was the most frequently diagnosed disorder. There were no significant differences identified regarding duration and frequency of child sexual abuse or in other variables describing the sexual abuse, like number and sex of the perpetrators, offender-victim relationship, the use of force, pain or bodily harm and most types of child sexual abuse except anal intercourse and pornography. Regarding female and male victims

separately, there was a significantly higher frequency of pornography for females with ADHD and of kissing for males with ADHD. Furthermore, those without ADHD disclosed the child sexual abuse significantly more frequently not of their own accord. The results of the current study suggest that there is a higher prevalence of ADHD in victims of child sexual abuse. More attention should be given to histories of sexual abuse in children and adolescents with ADHD. Prevention strategies are needed to protect children and adolescents with ADHD from child sexual abuse as well as optimal treatment strategies for these young patients with both ADHD and a history of sexual abuse.



### **3 Einleitung**

#### **3.1 Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen- Früher und Heute**

Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen (im englischen Sprachraum: child sexual abuse, CSA) stellt ein weltweites Problem dar. Es wird geschätzt, dass völkerumfassend etwa 12% der Kinder und Jugendlichen von sexuellem Missbrauch betroffen sind (Stoltenborgh et al., 2011).

Schon seit dem 19. Jahrhundert befasst sich die Wissenschaft mit diesem Problem der Gesellschaft. Der französische forensische Mediziner Auguste Ambroise Tardieu (1818-1879) beschäftigte sich als einer der ersten Wissenschaftler mit Kindesmisshandlung und – missbrauch und veröffentlichte 1857 mit “Etude Médico-Légale sur les Attentats aux Mœurs” ein Werk über den sexuellen Missbrauch von Kindern. Seine Erkenntnisse zu dieser damals tabuisierten Thematik erlangten allerdings weder in der Wissenschaft noch in der klinischen Tätigkeit von Ärzten die erwünschte Anerkennung (Labbe, 2005).

1896 veröffentlichte Sigmund Freud seine „Verführungstheorie“, in der er behauptete, dass das hysterische Verhalten seiner Patientinnen und Patienten auf sexuellen Missbrauch in der Kindheit zurückzuführen sei. Diese zog er relativ bald wieder zurück und entwickelte stattdessen die Idee des Ödipuskomplexes, in der er Berichte von Opfern sexueller Gewalt in der Kindheit für Phantasien und nicht reale Erlebnisse erklärte (Masson, 1985; Labbe, 2005).

Mit Kempes „battered child syndrom“ (1962) erweckte das Thema Kindesmisshandlung und später auch sexueller Missbrauch (z.B. Callan, 1979; Finkelhor, 1979) das Interesse der Forschung. Nicht nur sexueller Missbrauch innerhalb von Familien, sondern auch die seit einigen Jahren bekannt werdenden Missbrauchsfälle in kirchlichen Einrichtungen führen dazu, dass sexueller Missbrauch an Kindern und Jugendlichen ein nach wie vor aktuelles Themengebiet der Wissenschaft ist, das zwar viel erforscht ist, aber dennoch voller offener Fragen bleibt.

#### **3.2 Definitionen des sexuellen Missbrauchs Kinder und Jugendlicher**

Die bekannteste sozialwissenschaftliche Definition sexuellen Missbrauchs an Kindern und Jugendlichen ist die nach Schechter und Roberge (1976): Danach handelt es sich um die „Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an sexuellen Handlungen, die sie auf Grund ihres Entwicklungsstandes nicht verstehen, dazu kein wissentliches Einverständnis geben

können, die sexuelle Tabus der Familie und der Gesellschaft verletzen und zur sexuellen Befriedigung eines nicht Gleichaltrigen und/oder Erwachsenen dienen.“ Hier wird das Konzept des „informed consent“ deutlich, das „wissentliche Zustimmung“ bedeutet. Kinder und Jugendliche bis zu einem gewissen Alter verfügen zumeist nicht über hinreichendes Wissen über Bedeutung und Auswirkungen von Sexualkontakten. Viele Opfer befinden sich zudem in einem emotionalen oder materiellen Abhängigkeitsverhältnis zu den erwachsenen Tätern (Finkelhor, 1979; Fegert et al., 2004). Laut Finkelhor (1994b) handelt es sich um eine Missbrauchssituation, wenn ein großes Alters- bzw. Reifegefälle des Täters gegenüber dem Opfer besteht, der Täter die Funktion der Erziehung, Betreuung oder Ausbildung erfüllen soll bzw. eine anderweitige Autorität darstellt oder die sexuelle Handlungen erzwungen oder mit Hinterlist herbeigeführt sind.

Finkelhor und Hotaling (1984) forderten, dass die Definition von sexuellem Missbrauch den Altersunterschied zwischen Täter und Opfer, Merkmale der Nötigung, unabhängig von der Altersdifferenz und die Art des sexuellen Missbrauchs beinhalten muss. So berücksichtigen einige Studien bei ihrer Definition auch erzwungene sexuelle Kontakte durch andere Kinder bzw. Jugendliche mit relativ geringer Altersdifferenz. (Schötensack et al., 1992; Wyatt et al., 1999).

Im Allgemeinen unterscheidet man zwischen *Hands-on-* und *Hands-off-*Kontakten, bzw. *Contact sexual abuse* und *Noncontact sexual abuse* im englischen Sprachraum. Erstere meinen sexuelle Kontakte mit Geschlechts-, Oral- oder Analverkehr inklusive der Penetration mit Gegenständen und digitale Penetration, sowie Küsse und Berührungen mit sexueller Absicht über oder unter der Kleidung, meist der Geschlechtsorgane und der weiblichen Brust. Das Opfer kann dabei entweder die passive Rolle einnehmen oder vom Täter gezwungen werden, bestimmte sexuelle Handlungen auszuführen. *Hands-off-*Kontakte bzw. *Noncontact sexual abuse* hingegen beschreiben sexuelle Handlungen ohne Körperkontakt. Hierunter fällt Exhibitionismus, das Zeigen der Geschlechtsorgane der Täter bzw. geschlechtliche Aktivitäten gegenüber dem Kind/Jugendlichen. Auch das Herbeizwingen des Entblößens der Geschlechtsorgane des Opfers, sowie das Zeigen und Anfertigen pornographischer Materials sind unter *Hands-off-Kontakten* zu verstehen. Die Definitionen sind aber nicht immer einheitlich (Finkelhor et al., 1990; Finkelhor, 1994b; Putnam, 2003; Johnson, 2004; Fegert, 2007). In einigen Studien werden auch sexuell gefärbte Äußerungen gegenüber dem Opfer berücksichtigt (Baker und Duncan, 1985; Schötensack et al., 1992; Fergusson et al., 1996a).

Des Weiteren unterscheidet man zwischen intra- und extrafamiliärem sexuellem Missbrauch. Unter intrafamiliären Missbrauch fallen sexuelle Handlungen mit verwandten und nichtverwandten Familienmitgliedern: Dazu zählen leibliche Eltern, Geschwister, Großeltern, Tanten und Onkel, aber auch Stief- und Adoptiveltern sowie Stief- und Adoptivgeschwister und andere im Haushalt wohnende Personen (Russell, 1983; Fegert et al., 2004). Laut Fegert (1987) ist hierfür die (...) „Chronizität der pseudopartnerlichen Beziehungen und die daraus [für das Kind] resultierenden emotionale Verstrickung und Rollenkonflikte“ [typisch] (S.168). Hier kann es zu fließenden Übergängen zwischen normalem Verhalten zwischen Familienmitgliedern und sexuellem Missbrauch kommen, welche auch stark vom kulturellen Kontext abhängen können (Fegert et al., 2004).

Im rechtlichen Kontext wird von sexuellem Missbrauch von Kindern gesprochen, wenn das Opfer jünger als 14 Jahre alt ist. Auch die Art der sexuellen Handlungen und die Beziehung des Täters zum Opfer spielen juristisch gesehen eine Rolle (nach Fegert 2007). Die Tabelle 1 soll einen Überblick über die Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung gemäß Strafgesetzbuch (StGB) geben.

<b>Art des sexuellen Missbrauchs</b>	<b>Paragraphen des StGB</b>
Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen (unter 16 Jahren)	§ 174
Sexueller Missbrauch von Kindern (unter 14 Jahren)	§ 176
Sexuelle Nötigung; Vergewaltigung (ohne Altersgrenze)	§ 177
Sexuelle Nötigung und Vergewaltigung mit Todesfolge (ohne Altersgrenze)	§ 178
Sexueller Missbrauch widerstandsunfähiger Personen (ohne Altersgrenze)	§ 179
Förderung sexueller Handlungen Minderjähriger (unter 16 Jahren)	§ 180
Sexueller Missbrauch von Jugendlichen (unter 18 Jahren)	§ 182
Exhibitionistische Handlungen (ohne Altersgrenze)	§ 183
Verbreitung pornographischer Schriften (unter 18 Jahren)	§ 184

Tabelle 1: Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung gemäß Strafgesetzbuch (StGB)

Die in dieser Arbeit verwendeten Bezeichnungen „sexueller Missbrauch von Kindern bzw. Jugendlichen“ sollen, wenn nicht explizit darauf hingewiesen wird, unabhängig von der juristischen Definition des sexuellen Missbrauchs verwendet werden und sich stattdessen an den weiter oben gegebenen, breiter angelegten Definitionen des sexuellen Missbrauchs Kinder und Jugendlicher orientieren. Im folgenden Text werden die Begriffe „sexueller Missbrauch“ und „sexuelle Übergriffe“ gleichbedeutend verwendet.

### **3.3 Epidemiologie des sexuellen Missbrauchs Kinder und Jugendlicher**

Trotz einer Fülle an Studien zu sexuellem Missbrauch an Kindern und Jugendlichen stellt es sich als schwierig heraus, unter der Vielzahl dieser Studien, solche mit repräsentativen und vergleichbaren Zahlen zu Prävalenz, Altersverteilung der Opfer, zu den angewendeten sexuellen Praktiken, der Dauer und Häufigkeit des Missbrauchs und zu Angaben bezüglich des Täters auszuwählen. Die verschiedenen Studien nämlich, wie weiter unten beschrieben, verwenden ganz unterschiedliche Einschlusskriterien in Bezug auf Opfer, Täter und der Art des sexuellen Missbrauchs. Deswegen sollen hier bezüglich der genannten Häufigkeiten und Verteilungen nur einzelne Studien beispielhaft genannt werden.

Finkelhor et al. (1990) führten die erste nationale US-amerikanische Studie an Erwachsenen zu sexuellem Missbrauch in der Kindheit und Jugend durch. Hierbei gaben 27% der Frauen und 16% der Männer sexuelle Missbrauchserlebnisse an. In einer longitudinalen neuseeländischen Studie von Fergusson et al. (1996a) berichteten 10,4% der Probanden (17,3% der Frauen und 3,4% der Männer) von sexuellem Missbrauch bis zum 16. Lebensjahr. Bei MacMillan et al. (1997) gaben 12,8% der weiblichen und 4,3% der männlichen befragten Jugendlichen Erfahrungen mit sexuellem Missbrauch an. Neuere Studien brachten Zahlen von 4,5% (geschlechtsübergreifend) für sexuellen Missbrauch mit Körperkontakt zum Ergebnis (Hussey et al., 2006; Ouyang et al., 2008). Mädchen sind zweieinhalb bis dreimal so häufig betroffen als Jungen (MacMillan et al., 1997; Putnam, 2003). Nach einer deutschen epidemiologischen Studie (Schötensack et al., 1992) ist von einer Prävalenzrate von 9,6% in Leipzig und 16,1% in Würzburg für sexuell missbrauchte Mädchen und von 5,8% für sexuell missbrauchte Jungen (Leipzig und Würzburg) in Deutschland auszugehen.

Die in der Literatur dargestellten Prävalenzraten zu sexuellem Missbrauch bei Kindern- und Jugendlichen variieren zum Teil erheblich, wozu unterschiedliche Definitionen von sexuellem Missbrauch, verschiedene methodische Zugänge (Befragungsmethodik) sowie die Auswahl des Befragungskollektivs beitragen (Wyatt und Peters, 1986a; Wyatt und Peters,

1986b). Hier fällt besonders ins Gewicht, ob Hands-off-Kontakte, also sexueller Missbrauch ohne direkten Körperkontakt, berücksichtigt werden, welche höhere Prävalenzzahlen nach sich ziehen. Auch die Altersbegrenzung spielt hierbei eine Rolle. Bei manchen Studien liegt der Cut-off Wert bei 14 Jahren, bei anderen bei 16, 17 oder 18 Jahren, was ebenfalls zu höheren Prävalenzzahlen führt (Raupp und Eggers, 1993). Ebenso können Studien, die gewaltvolle sexuelle Erfahrungen mit Gleichaltrigen einbeziehen, höhere Prävalenzraten verzeichnen (Wyatt und Peters, 1986a). Auch sollen Direktinterviews mit einer höheren Prävalenzzahl assoziiert sein als Fragebogeninterviews. Dasselbe gilt für detaillierte im Gegensatz zu eher allgemein gestellten Fragen (Wyatt und Peters, 1986b). So kommt es, dass Prävalenzziffern aus dem englischsprachigen Raum zwischen 6% und 62% bei Mädchen und 3% und 13% bei Jungen variieren (Raupp und Eggers, 1993).

Tatsächlich müssen im Allgemeinen höhere Prävalenzraten angenommen werden, da eine enorm hohe Dunkelziffer vermutet wird, insbesondere, wenn es sich um ein intrafamiliäres Vergehen handelt (Fegert, 2007). Sehr junge oder behinderte Kinder können zudem das Erlebte nicht äußern oder sind sich der Bedeutung der Tat nicht bewusst (Johnson, 2004). In anderen Fällen vergisst oder verdrängt das betroffene Kind bzw. der betroffene Erwachsene den erlebten Missbrauch (Wilsnack et al., 2001). Auch Scham- und Schuldgefühle spielen eine Rolle bei sexuellem Missbrauch (Canton-Cortes et al. 2011). Inzidenzstudien, wie auch Kriminalstatistiken scheinen keine geeigneten Methoden zur Erhebung einer quantitativen Erfassung dieser Problematik zu sein, da sie eher (...) „den Erfassungsgrad bzw. das Anzeigeverhalten denn die reale Exposition von Kindern [und Jugendlichen] gegenüber den verschiedenen Missbrauchsformen zu reflektieren“ scheinen (nach Elliger et al., 1991; siehe auch Finkelhor, 1994b).

Nach Baker und Duncan (1985) liegt das mittlere Lebensalter bei sexuellem Missbrauch bei 10,7 Jahren für Mädchen und 12,0 Jahren für Jungen. Sie konnten feststellen, dass Mädchen, bezogen auf alle Arten sexuellen Missbrauchs, den ersten sexuellen Missbrauch in einem früheren Lebensalter erfahren hatten als Jungen. Diese Ergebnisse stehen im Gegensatz zu denen von Cutajar et al. (2010a) mit einem mittleren Lebensalter von 9,3 Jahren bei den männlichen Opfern vs. 10,4 Jahren bei den weiblichen Opfern. Finkelhor und Kollegen (1990) ermittelten Altersmediane von 9,6 Jahren bei den weiblichen und von 9,9 Jahren bei den männlichen Opfern. Nach einer neueren Studie von Finkelhor (1994b) finden die meisten sexuellen Übergriffe zwischen dem siebten und dreizehnten, nach Schötensack et al. (1992) zwischen dem zehnten und vierzehnten Lebensjahr statt. Eine andere deutsche Studie

aus Würzburg (Elliger und Schötensack, 1991) zeigte, dass das Missbrauchsalter bei Mädchen zumeist zwischen dem zehnten und dreizehnten Lebensjahr liegt.

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen sexuellem Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen und der sozioökonomischen Situation sowie der ethnischen Abstammung des Opfers liegen keine übereinstimmenden Ergebnisse vor (Finkelhor, 1993; Fergusson et al., 1996a; Kenny und McEachern, 2000; Hussey et al., 2006; Bebbington et al., 2011; Stoltenborgh et al., 2011).

Baker und Duncan (1985) konnten bei 63% der Opfer einen einmaligen, bei 23% der Opfer wiederholten sexuellen Missbrauch durch dieselbe Person und bei 14% der Opfer mehrfachen sexuellen Missbrauch durch unterschiedliche Täter verzeichnen.

In der Untersuchung von Finkelhor et al. (1990) lag bei 64% der Frauen und 73% der Männer einmaliger sexueller Missbrauch vor. Eine Studie von Wyatt und Kollegen (1999) verzeichnete bei 40% der untersuchten Opfer mehr als einen Übergriff. Fast die Hälfte der Opfer erfuhr dabei sexuellen Missbrauch über eine Spanne von weniger als einem Jahr bis zu mehreren Jahren. Besonders intrafamiliärer Missbrauch ist oftmals kein einmaliger Vorfall, sondern besteht meist über einen längeren Zeitraum (Finkelhor 1994b).

Prozentzahlen zu der Art des sexuellen Missbrauchs bzw. der dabei vollzogenen sexuellen Praktiken variieren von Studie zu Studie, je nachdem welche Formen des sexuellen Missbrauchs (siehe oben) berücksichtigt und welche Gruppierungen vorgenommen wurden (Finkelhor et al., 1990; Schötensack et al., 1992; Fergusson et al. 1996a; Bouvier et al. 1999; Bebbington et al. 2011). Baker und Duncan (1985) fanden heraus, dass es bei 51% der Opfer zu sexuellem Missbrauch ohne Körperkontakt, bei 44% zu sexuellem Missbrauch mit Körperkontakt (Sexualverkehr jeglicher Art ausgeschlossen) und in 5% zu Sexualverkehr kam. In der Untersuchung von Finkelhor et al. (1990) waren 62% der männlichen und 49% der weiblichen Opfer von Sexualverkehr betroffen. Bei der bereits weiter oben beschriebenen deutschen epidemiologischen Studie von Schötensack et al. (1992) berichteten 70% der Opfer von sexuellem Missbrauch mit Körperkontakt. 12% der Mädchen und 16% der Jungen gaben dabei Missbrauch mit Vaginal-, Oral-, oder Analverkehr an. Eine deutsche regionale Studie von Raupp und Eggers (1993), bei der 25,2% der Frauen und 6,3% der Männer sexuellen Missbrauch in der Kindheit angaben, kam es bei den Mädchen in 2,3% der Fälle zu Anal-, Oral- oder Geschlechtsverkehr, bei 11,7% zu manuellen Manipulationen, bei 4,6% zu Exhibitionismus und bei 6,6% zu anderen sexuellen Verhaltensweisen ohne direkten Körperkontakt. Für die betroffenen Jungen ergaben sich Zahlen von 1,5% für Anal-, Oral- oder Geschlechtsverkehr, 2,4% für manuelle

Manipulationen, 0,9% für Exhibitionismus und 1,5% für andere sexuelle Verhaltensweisen ohne direkten Körperkontakt. Nach Finkelhor (1994b) liegen die Zahlen zu sexuellem Missbrauch bei Mädchen mit vaginaler Penetration oder Oralverkehr mit 20-25% deutlich höher. In der Studie von Cutajar et al. (2010a) berichteten sogar über 60% der Betroffenen vollzogene oder versuchte orale, vaginale oder anale Penetration.

Auch bezüglich der Offenbarung der Opfer zu dem erlebten sexuellen Missbrauch gegenüber Personen ihres Vertrauens lassen sich keine übereinstimmenden Ergebnisse finden; die Zahlen variieren hier stark. Dennoch kam es in der Mehrzahl der Fälle zu einer Offenbarung der Tat vor dem Zeitpunkt der Untersuchung (Finkelhor et al., 1990; Fergusson et al., 1996a; Bouvier et al., 1999). In einer Studie von Finkelhor (1994a), in der epidemiologische Studien aus verschiedenen Ländern verglichen wurden, öffnete sich allerdings nur etwa die Hälfte der Opfer anderen Personen zu den Missbrauchserlebnissen. Jungen geben häufiger an, sich niemals jemandem bezüglich des sexuellen Missbrauchs anvertraut zu haben (Finkelhor et al. 1990). In einer jüngeren kanadischen Studie von Hebert und Kollegen (2009) hatte sich ca. eines von fünf Opfern, meist Männer, niemals einer anderen Person zu den sexuellen Missbrauchserlebnissen anvertraut.

In nahezu allen Studien ist der Großteil, meist 90% oder mehr, der angegebenen Täter männlichen Geschlechts, wobei Jungen auffallend häufiger auch Frauen als Missbrauchsverantwortliche nennen (Finkelhor et al., 1990; Schötensack et al., 1992; Finkelhor, 1994b; Fergusson et al., 1996a). 70% bis 90% der Täter bzw. Täterinnen stammen aus dem Umfeld des Opfers und sind diesem bekannt. Hiervon kommen 30% bis 50% der Täter bzw. Täterinnen bei den betroffenen Mädchen und 10% bis 20% bei den betroffenen Jungen aus dem Familienkreis (Finkelhor, 1994b; Cutajar et al., 2010a). Zu einem ähnlichen Ergebnis war auch schon die deutsche Studie von Schötensack et al. (1992) gekommen. Ebenso eine Studie von Russel (1983) über sexuellen Missbrauch bei Mädchen: In 11% der Fälle handelte es sich bei dem Täter um eine fremde Person, in 29% um ein Familienmitglied und in 60% ging es um extrafamiliären Missbrauch, wobei fremde Personen ausgeschlossen waren. Beim intrafamiliären Missbrauch handelte es sich dabei in 40% der Fälle um einen Elternteil, auch Stiefeltern, sowie Geschwister. Die Studie bekräftigt den oftmals gemachten Vorwurf, dass von Stiefvätern ein erhöhtes Potenzial für sexuellen Missbrauch ausgeht. Bei der oben erwähnten deutschen regionalen Studie (Raupp und Eggers 1993) sind die Zahlen für sexuellen Missbrauch innerhalb der Familie sogar noch höher. Meist handelt es sich um Autoritätspersonen (Finkelhor et al., 1990). Mädchen sind häufiger als Jungen von intrafamiliärem sexuellem Missbrauch betroffen (Finkelhor et

al., 1990). Jungen dagegen sind in einem höheren Maß Missbrauch im außerfamiliären Bereich ausgesetzt (Cutajar et al., 2010a), der meist durch dem Opfer fremde Personen begangen wird (Finkelhor et al., 1990; Elliger und Schötensack, 1991).

Das Alter der Täter bzw. Täterinnen ist sehr variabel (Fergusson et al. 1996a). In der Studie von Finkelhor et al. (1990) war die Mehrzahl der Täter zehn oder mehr Jahre älter als das Opfer. Jungen waren dabei vermehrt auch von jüngeren Tätern, meist älteren Jugendlichen, allerdings nur selten von Gleichaltrigen missbraucht worden.

### **3.4 Psychische Folgen des sexuellen Missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen**

Bei sexuellem Missbrauch handelt es sich primär um ein Trauma und nicht um eine psychiatrische Diagnose, die nach ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) oder DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), den Diagnoseklassifikationssystemen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bzw. der American Psychiatric Association, verschlüsselt werden kann. Nach ICD-10 (Dilling et al., 2011) kann er unter „Kapitel XX, äußere Ursachen für Morbidität und Mortalität“ kodiert werden. Es lässt sich allerdings unschwer vorstellen, dass sexueller Missbrauch zu einer Reihe von Störungen in der persönlichen Entwicklung der betroffenen Kindern und Jugendlichen, ja sogar psychischen Folgeerkrankungen führen kann.

Bereits 1986 fassten Browne und Finkelhor die bis dato in der Forschung erlangten Ergebnisse zu Kurz- und Langzeiteffekten sowie verschiedene wichtige Einflussfaktoren sexuellen Missbrauchs zusammen. Seitdem beschäftigen sich viele weitere Untersuchungen mit den Effekten des sexuellen Missbrauchs auf die Psyche der Opfer. Sexuell missbrauchte Kinder und Jugendliche haben ein erhöhtes Risiko für psychiatrische Erkrankungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter (Spataro et al., 2004; Cutajar et al., 2010a). Unter anderem werden bei den Betroffenen akute Belastungsreaktionen (Spataro et al., 2004), die posttraumatische Belastungsstörung (McLeer et al., 1992; McLeer et al., 1994; Briggs und Joyce, 1997; Cutajar et al., 2010a), Depressionen (Fergusson et al., 1996b), Angst- und Panikstörungen (Fergusson et al., 1996b; Kendler et al., 2000; Spataro et al., 2004; Cutajar et al. 2010a) sowie Persönlichkeits- (Spataro et al., 2004; Cutajar et al., 2010a) und Verhaltensstörungen (Fergusson et al., 1996b; Spataro et al., 2004) beobachtet, wobei Unterschiede zwischen dem männlichen und weiblichen Geschlecht bestehen (Spataro et al., 2004; Cutajar et al., 2010a). Auch Alkoholabhängigkeit bzw. -missbrauch sowie die Abhängigkeit bzw. der Missbrauch anderer Drogen (Fergusson et al., 1996b; Kendler et al., 2000; Cutajar et al., 2010a) und Suizidversuche (Fergusson et al., 1996b) gelten als



mögliche Folgen sexuellen Missbrauchs in der Kindheit und Jugend. Dies gilt insbesondere für schwerwiegende Formen wie sexuellem Missbrauch mit Körper- bzw. Genitalkontakt, vor allem solche Fälle mit Penetration als Bestandteil des Missbrauchs (Fergusson et al., 1996b; Kendler et al., 2000; Cutajar et al., 2010a) sowie Fälle mit mehreren Tätern (Cutajar et al., 2010a). Zudem scheinen die Opfer generell eher psychologische bzw. psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen als die Personen der Kontrollgruppe (Spataro et al., 2004; Cutajar et al., 2010a). Die Ergebnisse zu Schizophrenie und anderen Psychosen sowie Essstörungen als mögliche Folgeerkrankungen werden kontrovers diskutiert (Kendler et al., 2000; Cutajar et al., 2010a; Cutajar et al., 2010b).

Kendall-Tackett und Kollegen (1993) schlussfolgerten, dass unter einer Reihe anderer Symptome Ängste, Verhaltensprobleme, Symptome einer PTSD (Posttraumatic Stress Disorder, Posttraumatische Belastungsstörung), sexualisiertes Verhalten und ein schwaches Selbstbewusstsein die häufigsten Verhaltensauffälligkeiten bei sexuell missbrauchten Kindern darstellen. Allerdings konnte keines dieser Symptome die Mehrheit der Betroffenen charakterisieren. Etwa ein Drittel der betroffenen Kinder war frei von Symptomen. Die Autoren befürworteten Untersuchungen hinsichtlich der Symptomatik in verschiedenen Altersgruppen, die die Entwicklungsstadien der Kinder widerspiegeln. Kinder im Vorschulalter zeigten vor allem Ängste, Symptome einer PTSD, internalisierendes und externalisierendes sowie sexualisiertes Verhalten. Bei Schulkindern fielen häufig Ängste, Albträume, Schulprobleme, aggressives Verhalten, Hyperaktivität und rückschrittliche Verhaltensweisen, wie Enuresis und Enkopresis auf. Betroffene Jugendliche zeigten sich vermehrt depressiv und zurückgezogen, mit suizidalem und selbstverletzendem Verhalten, somatischen Beschwerden, illegalen Verhaltensweisen und Drogenmissbrauch und liefen häufig von zu Hause weg (Kendall-Tackett et al., 1993). Darüber hinaus werden auch Scham, Schuldgefühle und ein niedriges Selbstwertgefühl häufig von den Betroffenen angegeben (Browne und Finkelhor, 1986).

Sexuelle Missbrauchserfahrungen gehen somit mit einer Reihe von Verhaltensauffälligkeiten einher, die aber weder spezifisch noch beweisend sind. Abgesehen von der Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD), welche den Grund der Diagnose, nämlich ein traumatisierendes Ereignis, schon enthält, „gibt es im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich kein Verhaltenssyndrom, welches die Diagnostik (...) eines sexuellen Missbrauchs allein aufgrund des beschriebenen Verhaltens ermöglichen würde“ (Fegert, 2004). Außerdem sind die Opfer oftmals auch anderen widrigen Bedingungen, wie ungünstigen familiären Verhältnissen, Misshandlung oder Vernachlässigung ausgesetzt,

sodass man bei psychischen Störungen nicht immer von einer direkten Folgeerscheinung des sexuellen Missbrauchs sprechen kann (Fegert, 2007). So gaben in einer Untersuchung von MacMillan und Kollegen (2001) über körperlichen und sexuellen Missbrauch bei Kindern und dessen Folgen 56% der weiblichen Opfer und 56% der männlichen Opfer sexuellen Missbrauchs an, auch körperlich misshandelt worden zu sein.

Verschiedene Variablen, wie die Art des sexuellen Missbrauchs, die Qualität der Beziehung zum Täter und das Geschlecht sowie das Alter des Täters, Gewaltanwendung durch den Täter, die Täterzahl, die Dauer und Häufigkeit der sexuellen Übergriffe, sowie Alter und Geschlecht des Opfers haben eine Auswirkung auf die Ausprägung der Krankheitssymptomatik (Kendall-Tackett et al., 1993; Fegert, 2004). Man geht davon aus, dass diejenigen Betroffenen stärker ausgeprägte Symptome entwickeln, die folgende Formen sexuellen Missbrauchs erfahren haben: Missbrauch über einen längeren Zeitraum und gesteigerter Häufigkeit, Missbrauch durch Angehörige oder vertraute Personen (z.B. Vater, Stiefvater), Missbrauch mit Genitalkontakt bzw. Penetration, Gewaltanwendung durch den Täter und fehlende Unterstützung durch die Eltern besonders durch die Mutter nach Offenbarung des Missbrauchs. Diese Ergebnisse finden immer wieder Beachtung in der Forschung und werden kontrovers diskutiert (Browne und Finkelhor, 1986; Kendall-Tackett et al., 1993). Vor allem bezüglich des Alters des Opfers beim Missbrauch herrscht Uneinigkeit. Einige Autoren sind der Meinung, dass junge Kinder durch ihre Beeindruckbarkeit besonders stark von einer Traumatisierung gefährdet sind. Andere sagen, dass gerade diese Kinder durch ihre Naivität vor allzu großem Schaden geschützt sind und vor allem ältere Kinder bzw. Jugendliche psychischen Schaden durch den sexuellen Missbrauch nehmen (Browne und Finkelhor, 1986). Es ist also schwierig, ein genaues Ursache-Wirkungs-Prinzip zwischen kindlich sexuellem Missbrauch und der Entstehung von Psychopathologien aufzustellen. Dies resultiert daraus, dass kindlich sexueller Missbrauch aufgrund weiter oben beschriebener Merkmale bezüglich Opfer, Täter als auch der Tat selbst sehr komplex sein kann, verschiedene Variablen miteinander interagieren und fast nie ein Missbrauchsfall einem anderen gleicht. Intrafamiliärer Missbrauch zum Beispiel findet häufig über einen längeren Zeitraum statt und beinhaltet schwerere Formen sexueller Missbrauchshandlungen (Kendall-Tackett et al., 1993). Es wird insbesondere auf männliche Opfer bezogen diskutiert, ob diese im Laufe ihrer Entwicklung dazu neigen, selbst zu pädophilen Sexualtätern zu werden (z.B. Bagley et al., 1994).

### **3.5 Risikofaktoren für den sexuellen Missbrauch Kinder und Jugendlicher**

Wie bereits beschrieben, spielen Geschlecht und Alter eine wesentliche Rolle bei der Risikostratifikation des sexuellen Missbrauchs, wobei das weibliche Geschlecht häufiger betroffen ist und das Risiko, Opfer eines sexuellen Übergriffs zu werden, mit steigendem Alter zunimmt (Putnam, 2003). Auch andere Faktoren erhöhen jedoch das Risiko im Kindes- und Jugendalter sexuell missbraucht zu werden. Als negative prädiktive Faktoren für sexuellen Missbrauch im Kindes- und Jugendalter, sowohl innerhalb als auch außerhalb der Familie, gelten unter anderem folgende: soziale Isolation, körperliche Misshandlung, ein hohes Konfliktpotenzial in der elterlichen Beziehung sowie Trennung bzw. Scheidung der Eltern (und generell ohne die leibliche Mutter bzw. den leiblichen Vater aufzuwachsen) und das Vorhandensein von Stiefeltern. Ebenso werden Alkohol- bzw. Drogenprobleme sowie Kriminalität der Eltern und eine gestörte Eltern-Kind-Bindung diskutiert. Bezüglich des mütterlichen Bildungsgrads und psychischer Störungen der Mutter sowie des Vorhandenseins eines Stiefvaters als mögliche Risikofaktoren stimmen die Ergebnisse nicht überein (Finkelhor et al., 1990; Fergusson et al., 1996a). Auch Beeinträchtigungen von Seiten der Kinder bzw. Jugendlichen stellen einen möglichen Risikofaktor für sexuellen Missbrauch dar. Darunter fallen unter anderem körperliche Behinderung, Blind- und Taubheit, aber auch Verhaltensstörungen, Lernbehinderung und andere psychische Störungen (Westcott und Jones, 1999; Spencer et al., 2005; Turner et al., 2010). Immer wieder wird auch die Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) als häufige Diagnose unter sexuell missbrauchten Kindern und Jugendlichen registriert und ein möglicher Zusammenhang mit dieser kinder- und jugendpsychiatrischen Störung untersucht (McLeer et al., 1994; Merry und Andrews, 1994; et al., Çengel-Kültür et al., 2007).

### 3.6 Epidemiologie der ADHS

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bzw. das Hyperkinetische Syndrom (HKS) ist eine der häufigsten psychiatrischen Störung im Kindes- und Jugendalter. Die Prävalenz nach DSM-IV-TR beläuft sich auf 3%-7% bei Schulkindern. Die ADHS zeichnet sich durch eine dem Entwicklungsstand des Kindes unangemessene Aufmerksamkeitsdefizite und/oder Hyperaktivität-Impulsivität aus, wobei Jungen zwei bis neun Mal häufiger betroffen sind als Mädchen (American Psychiatric Association, 2000). In diesem Bereich liegt auch das Ergebnis einer großen systematischen Arbeit von Polanczyk und Kollegen (2007) über die weltweite Prävalenz der ADHS, die auf 5,3% geschätzt wird. Nach einer deutschen epidemiologischen Studie (Schlack et al., 2007; Huss et al., 2008) beträgt die nationale Prävalenz in Deutschland 4,8%. Jungen sind mit 7,9% signifikant häufiger betroffen als Mädchen, bei denen die Störung in 1,8% der Fälle auftritt. Die Untersuchung zeigt eine ADHS-Prävalenz von 1,5% im Vorschulalter. Diese steigt über 5,3% im Grundschulalter auf 7,1% in der Gruppe der Elf- bis Dreizehnjährigen, wobei die Unterschiede zwischen den Geschlechtern in allen untersuchten Altersgruppen signifikant bleiben. So wird bei jedem zehnten Jungen, allerdings nur bei jedem 43. Mädchen zwischen dem elften und siebzehnten Lebensjahr die Diagnose einer ADHS gestellt.

Nur bei einem Teil der Betroffenen bildet sich die ADHS bis zum Erwachsenenalter zurück. Bei 60% der Betroffenen bleibt die ADHS im Erwachsenenalter vollständig oder als Teilsyndrom erhalten (Retz-Junginger et al., 2008). Die Prävalenzangaben der ADHS bei Erwachsenen reichen von ein bis sechzehn Prozent (Faraone und Biederman, 2005; Fayyad et al., 2007). Auffällig ist, dass motorische Hyperaktivität und Impulsivität mit zunehmendem Alter abnehmen, die Unaufmerksamkeit aber erhalten bleibt (Biederman et al., 1996; Wilens et al., 2004; Spencer et al., 2007).

Es gibt verschiedene Bezeichnungen für das beschriebene Krankheitsbild. Die ICD-10 (Dilling et al., 2010) spricht vom Hyperkinetischen Syndrom (HKS), das DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) hingegen von der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Auch den Begriff Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) findet man in der Literatur. Früher wurde die Bezeichnung „Minimale Cerebrale Dysfunktion“ verwendet. Sie alle beschreiben unter Beachtung der Teilkriterien das gleiche Syndrom.

In der vorliegenden Arbeit wird weitestgehend die Abkürzung ADHS verwendet, da sie die wesentlichen Merkmale der Störung umfasst und im deutschen Sprachraum die am weitesten verbreitete Bezeichnung ist.

### 3.7 Diagnostik der ADHS

Um eine Hyperkinetische Störung (HKS) bzw. eine ADHS nach den Vorgaben der ICD-10 (Dilling 2011) bzw. DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) diagnostizieren zu können, muss eine bestimmte Anzahl von Kriterien einer Liste aus den Bereichen Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität erfüllt sein. Nach den Forschungskriterien des internationalen Klassifikationssystems psychischer Störungen ICD-10 (Dilling et al., 2006) müssen Verhaltensweisen aus allen folgenden drei Bereichen auf das Kind zutreffen, um zu der Diagnose eines HKS zu führen: Unaufmerksamkeit (mindestens sechs von neun Symptomen), Überaktivität (mindestens drei von fünf Symptomen) sowie Impulsivität (mindestens eins von vier Symptomen). Folgende Beschreibung (Abbildung 1) nach ICD-10 verdeutlicht das Störungsbild des HKS:

*„Diese Gruppe von Störungen ist charakterisiert durch einen frühen Beginn, meist in den ersten fünf Lebensjahren, einen Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangen, und eine Tendenz, von einer Tätigkeit zu einer anderen zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen; hinzu kommt eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität. Verschiedene andere Auffälligkeiten können zusätzlich vorliegen. Hyperkinetische Kinder sind oft achtlos und impulsiv, neigen zu Unfällen und werden oft bestraft, weil sie eher aus Unachtsamkeit als vorsätzlich Regeln verletzen. Ihre Beziehung zu Erwachsenen ist oft von einer Distanzstörung und einem Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung geprägt. Bei anderen Kindern sind sie unbeliebt und können isoliert sein. Beeinträchtigung kognitiver Funktionen ist häufig, spezifische Verzögerungen der motorischen und sprachlichen Entwicklung kommen überproportional oft vor. Sekundäre Komplikationen sind dissoziales Verhalten und niedriges Selbstwertgefühl.“ (aus ICD-10, hyperkinetische Störungen (F.90)).*

Abbildung 1: HKS nach ICD- 10 (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2011)

Zusätzlich werden die „einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ (F90.1), die „hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“ (F90.2), „sonstige hyperkinetische Störungen“ (F90.8) sowie „hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet“ (F90.9) unterschieden (Dilling et al., 2011). Dahingegen reichen nach DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) Symptome aus einem der Bereiche Unaufmerksamkeit

(mindestens sechs von neun Symptomen) oder Impulsivität-Hyperaktivität (mindesten sechs von neun Symptomen) aus. Hier unterscheidet man außerdem zwischen drei Subtypen. Am häufigsten ist der kombinierte Typ (78%), bei dem sowohl Aufmerksamkeitsstörungen als auch hyperaktiv-impulsive Symptomatik auftreten. Daneben gibt es noch den unaufmerksamen Typ (15%) und den vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Typ (7%) (Lalonde et al., 1998).

Beide Klassifikationssysteme verlangen darüber hinaus, dass ein Teil der Symptome schon vor dem sechsten (Dilling et al, 2011) bzw. siebten Lebensjahr (American Psychiatric Association, 2000; Dilling et al., 2006) auftritt und es durch diese Symptome zu Einschränkungen in mindestens zwei Bereichen (z. B. Schule/Arbeitsplatz, zu Hause) kommt. Außerdem dürfen die Symptome nicht ausschließlich im Verlauf einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung oder psychotischer Störungen auftreten oder durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden. Ebenso dürfen die Symptome laut ICD-10 zusätzlich nicht die Kriterien einer manischen Episode, einer depressiven Episode oder einer Angststörung erfüllen (Dilling et al, 2006). Das Ausmaß der Symptome muss zu Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und/oder schulischen Funktionsbereichen führen. Die Symptomatik muss zudem über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten bestehen. Werden diese zusätzlichen Kriterien nicht erfüllt ist die Diagnose eines HKS bzw. einer ADHS nicht gerechtfertigt (American Psychiatric Association 2000; Dilling et al, 2006; Dilling et al, 2011).

Trotz weitestgehender Übereinstimmung in der Diagnostik der beiden Klassifikationssysteme, bestehen gewisse Differenzen: Wie weiter oben beschrieben, müssen nach ICD-10 (Dilling et al., 2006) Kriterien aus allen drei Bereichen, nämlich Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität erfüllt sein. Nach DSM-IV-TR hingegen (American Psychiatric Association, 2000) reichen Symptome aus einem der Bereiche Unaufmerksamkeit oder Impulsivität/Hyperaktivität für die Diagnose einer ADHS aus. Die Unterschiede in den beiden Klassifikationsschemata der Weltgesundheitsorganisation bzw. der American Psychiatric Association führen zu einer höheren Prävalenzrate der ADHS nach der DSM-IV Klassifikation (Polanczyk et al., 2007).

### **3.8 Ätiologie der ADHS**

Die ADHS wird als eine psychische Störung mit bedeutender genetischer Komponente gehandelt. Zwillings-, Familien- und Adoptionsstudien haben gezeigt, dass die genetische Disposition der ADHS bei 60-80% liegt (Sprich et al., 2000; Smidt, Heiser et al., 2003).

Ursächlich wird von einem Ungleichgewicht dopaminerger, serotinerger und noradrenerger Erregungsübertragung zwischen den Nervenzellen bei ADHS ausgegangen. Molekulargenetische Untersuchungen bekräftigen dies. Die wichtigsten Genloci, die hierbei eine Rolle spielen, sind die des Dopamintransportergens (DAT1) und des Dopaminrezeptorgens (DRD4). Auch die Gene der Dopaminbetahydroxylase (DBH), des D5 Dopaminrezeptors (DRD5), des 5-Hydroxytryptamintransporters (5-HTT), des Serotonin-1B-Rezeptors (HTR1B), des SNAP25 (Synaptosomal-Associated Protein 25) und weitere werden mit ADHS in Verbindung gebracht (Cook et al., 1995; Gill, Daly et al., 1997; Retz et al., 2002; Kustanovich et al., 2004; Faraone et al., 2005). Verschiedene Genvarianten bzw. Allelkombinationen führen dabei zu einem ähnlichen oder dem gleichen Phänotyp (Smidt et al., 2003). Es wird davon ausgegangen, dass viele verschiedene Gene mit mäßigem Effekt als Einzelnes gemeinsam das Entstehen einer ADHS bedingen. Bis heute hat man kein Gen gefunden, das allein zu einer ADHS führt (Tripp und Wickens, 2009).

Nicht zuletzt wird die Theorie eines gestörten Zusammenspiels monoaminerger Transmittersysteme durch den therapeutischen Effekt von Stimulanzien unterstützt. Als first-line Medikament gilt hier Methylphenidat, das die Wiederaufnahme von Dopamin und Noradrenalin in das präsynaptische Neuron hemmt (Wilens, 2008). Auch das Nicht-Psychostimulanz Atomoxetin, ein Noradrenalin- Wiederaufnahmehemmer, zeigt seine Wirksamkeit (Spencer et al., 2002; Michelson et al., 2004).

Nicht alle Individuen mit dem entsprechenden Genotyp entwickeln zwangsläufig eine ADHS. Obwohl der genetischen Komponente dieser Erkrankung die größere Bedeutung beigemessen wird, spielen auch Umweltfaktoren, die auf das Individuum einwirken, eine wichtige Rolle (Kieling et al., 2008). Hier werden vor allem widrige psychosoziale Umstände genannt. Widrige psychosoziale Umstände im Allgemeinen und eine niedrige soziale Schicht, psychische Störungen der Mutter und familiäre Konflikte im Speziellen scheinen das Risiko einer ADHS zu erhöhen (Biederman et al., 2002). So konnten Retz und Kollegen (2008) einen Zusammenhang zwischen einem Serotonin-Transportergen-Polymorphismus (5-HTTLPR), ungünstigen Umweltfaktoren während der Kindheit und der Entstehung einer ADHS bei inhaftierten Straftätern nachweisen. Auch das Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft (Milberger et al., 1996; Kotimaa et al., 2003) und ein sehr niedriges Geburtsgewicht (Botting et al., 1997) finden neben einigen anderen Kriterien (Plomp et al., 2009) als mögliche Risikofaktoren Aufmerksamkeit in der Forschung.

Inzwischen lassen sich durch strukturelle und funktionelle Bildgebung Auffälligkeiten in bestimmten Hirnregionen nachweisen. Viele zeigen Veränderungen in Hirnarealen, die durch Dopamine aktiviert werden (Tripp und Wickens, 2009). Neben Veränderungen in den frontostriatalen Bahnen (Durstun, 2010) zeigte eine Metaanalyse struktureller bildgebender Studien von Valera et al. (2007) sowohl eine Volumenreduktion der Gesamthirnmasse als auch des Cerebellums sowie des Spleniums des Corpus callosums und des rechten Nucleus caudatus.

### **3.9 Symptomatik und Komorbidität der ADHS im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter**

Kinder mit ADHS zeigen Beeinträchtigungen in nahezu allen Lebensbereichen und leiden häufig unter Begleiterkrankungen. In einer Studie von Larson und Kollegen (2011) zeigten 67% der Kinder und Jugendlichen mit ADHS eine oder mehrere Begleiterkrankungen aus dem Bereich der Psychiatrie bzw. Entwicklungsstörungen des zentralen Nervensystems. Darunter fallen vor allem Verhaltensstörungen wie zum Beispiel die oppositionelle Verhaltensstörung, Lernbehinderungen, Angststörungen, Depressionen, aber auch Autismus, Ticstörungen inklusive Tourette Syndrom und Sprachstörungen, um nur einige zu nennen (Biederman et al., 1991; Gillberg et al., 2004; Larson et al., 2011).

Zudem besteht im Verlauf der Erkrankung ein erhöhtes Risiko für den Missbrauch von Nikotin (Tercyak et al., 2002) und anderen psychotropen Substanzen vor allem beim gleichzeitigen Vorliegen einer Verhaltensstörung (Milberger et al., 1997). Der Symptomenkomplex aus Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität sowie in vielen Fällen das Vorliegen einer weiteren psychiatrischen Erkrankung führt vor allem zu Problemen im sozialen und schulischen Bereich. Die ICD-10 beschreibt dissoziales Verhalten und ein niedriges Selbstwertgefühl als sekundäre Folgen der ADHS. Außerdem sind Kinder mit ADHS bei Gleichaltrigen unbeliebt und neigen dazu, in Isolation zu geraten (Dilling et al., 2011). Ein Kind mit ADHS kann auch die familiäre Situation schwer belasten. Häufig kommt es zu Auseinandersetzungen mit den Eltern und Geschwistern und Konflikten und Problemen im schulischen Bereich. Neben geringeren sozialen Kompetenzen und somit einem höheren Konfliktpotenzial im Umgang mit Lehrern und Mitschülern, bereiten Leistungsdefizite zusätzliche Probleme (Larson et al., 2011).

Auch im Erwachsenenalter zeigen sich bei persistierender ADHS Auswirkungen dieser Erkrankung. Jugendliche und Erwachsene mit ADHS haben ein erhöhtes Risiko für Unfälle im Straßenverkehr (Barkley et al., 1993). Neben einem erhöhten Risiko für psychiatrische



Begleiterkrankungen und einer höheren Zahl an Scheidungen, verglichen mit denen der Normalpopulation, werden ein geringerer Erfolg im schulischen Bereich sowie im Beruf und ein häufiger Wechsel bzw. häufige Kündigungen des Arbeitsplatzes registriert. Auch delinquentes Verhalten wird häufig mit ADHS assoziiert. So zeigte eine Untersuchung von Rösler et al. (2004) eine signifikant erhöhte Prävalenz der ADHS bei jungen männlichen Strafgefangenen.

Die Handlungsimpulsivität der Betroffenen zeigt sich auch im sexuellen Bereich und drückt sich zum Beispiel in einer erhöhten Anzahl an Teenagerschwangerschaften aus (Harpin, 2005).

### **3.10 Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen und ADHS**

In mehreren Studien wurde der Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen und dem Vorliegen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) untersucht. Um Informationen über einen möglichen Zusammenhang zwischen diesen beiden Erscheinungen zu erlangen, können zwei unterschiedliche methodische Herangehensweisen gewählt werden. In einigen Studien wurde der Frage nachgegangen, inwieweit Personen mit ADHS sexuellen Missbrauch in ihrer Kindheit und Jugend erfahren haben. In anderen Studien hingegen wurde erhoben, welche psychiatrischen Störungen, hierunter auch ADHS, bei Kindern und Jugendlichen vorliegen, die Opfer sexueller Übergriffe geworden sind. Die erhobenen Befunde sind bislang nicht eindeutig. Merry und Andrews (1994) untersuchte Kinder zwölf Monate nach Offenbarung sexueller Missbrauchserlebnisse auf psychiatrische Erkrankungen und ermittelte dabei eine ADHS-Prävalenz von 13,6%, die doppelt so hoch war wie diejenige der Normalpopulation. Allerdings lag bei dieser Untersuchung keine Kontrollgruppe vor. Aufgrund der relativ kleinen Stichprobe von 66 Kindern bzw. Jugendlichen waren insgesamt lediglich sechs weibliche Probanden (10,9%) und drei männliche Probanden (27,3%) von einer ADHS betroffen. Rucklidge und Kollegen (2006) befragten Patienten (40 Frauen und 17 Männer), bei denen ADHS erst im Erwachsenenalter erkannt wurde, zu Missbrauchserfahrungen in der Kindheit. Sie stellten fest, dass Männer und Frauen mit ADHS signifikant häufiger über traumatische Erfahrungen in der Kindheit berichten als die Probanden der Kontrollgruppe. Zudem war bei Frauen mit ADHS signifikant häufiger sexueller Missbrauch in der Kindheit zu registrieren als bei den drei Kontrollgruppen, bestehend aus Frauen ohne ADHS sowie Männern mit und ohne ADHS.

Ouyang und Mitarbeiter (2008) konnten ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang zwischen ADHS und dem sexuellen Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen, hier sexueller Missbrauch mit Körperkontakt, vermerken. Sie differenzierten bei ihrer Studie zusätzlich zwischen den verschiedenen Teilsymptomen der ADHS. Hierbei fand man einen Zusammenhang zwischen ADHS vom Unaufmerksamkeitstyp sowie vom kombinierten Typ und sexuellem Missbrauch mit Körperkontakt. Ein Zusammenhang zwischen der ADHS vom hyperaktiv-impulsiven Typ und sexuellem Missbrauch mit Körperkontakt konnte nicht nachgewiesen werden. Außerdem untersuchten Ouyang et al. (2008) den Zusammenhang zwischen der Anzahl der Symptome von Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität/Impulsivität und dem Schweregrad der Kindesmisshandlung. Auch hier wurde eine positive Korrelation zwischen der Anzahl an Symptomen der Unaufmerksamkeit und der Schwere des sexuellen Missbrauchs festgestellt.

Sonnby und Kollegen (2011) untersuchten in einer Studie mit über 4000 schwedischen Jugendlichen im Alter von 15 bis 18 Jahren den Zusammenhang zwischen Symptomen der ADHS sowie Depression und sexuellem Missbrauch. 21,1% der männlichen Jugendlichen und 45,3% der weiblichen Jugendlichen, die berichteten sexuell missbraucht worden zu sein, zeigten Symptome einer ADHS. Weibliche und männliche Jugendliche mit Symptomen der ADHS hatten erhöhte Odds Ratios für sexuellen Missbrauch in der Vorgeschichte. Die Ergebnisse dieser Studie lassen keine Aussage über den Ursprungs-Wirkungs-Zusammenhang zwischen ADHS assoziierten Symptomen und den Missbrauchserlebnissen zu. So kann es im Zusammenhang mit einer Traumatisierung z.B. zu Aufmerksamkeitsstörungen kommen, die Parallelen zu Aufmerksamkeitsdefiziten im Rahmen einer ADHS zeigen. Genauso ist es möglich, dass Symptome einer ADHS bereits vor dem Missbrauch bestanden haben.

Abweichend zu den beiden genannten Untersuchungen hatten McLeer und Mitarbeiter (1994) keinen signifikanten Unterschied zwischen sexuell missbrauchten Kindern und einer Kontrollgruppe in Hinsicht auf eine vorliegende ADHS feststellen können. In dieser Studie waren sexuell missbrauchte Kinder auf psychiatrische Erkrankungen untersucht und mit nicht sexuell missbrauchten, aber psychiatrisch auffälligen Kindern verglichen worden. In beiden Gruppen war ADHS die häufigste Diagnose (46% vs. 30,4%), wobei sich kein signifikanter Unterschied erkennen ließ. Auch in dieser Studie war der Stichprobenumfang gering (sexuell missbrauchte Kinder: n=26, Kontrollgruppe: n=23).

Leider differenzieren einige Studien nicht zwischen sexuellem Missbrauch und anderen Arten von Misshandlung bzw. Missbrauch (z.B. körperliche Misshandlung,

Vernachlässigung) oder sonstigen traumatischen Erlebnissen. Dadurch wird eine zuverlässige Schlussfolgerung über den Zusammenhang zwischen speziell dem sexuellem Missbrauch von Kindern bzw. Jugendlichen und dem Vorliegen einer ADHS bei diesen Untersuchungen nicht möglich.

Wozniak und Kollegen (1999) konnten in ihrer prospektiven Studie über vier Jahre keinen Zusammenhang zwischen ADHS und traumatischen Erfahrungen zeigen. Auch in Bezug auf eine posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) als Folgestörung bei traumatischen Erlebnissen ließ sich kein Zusammenhang mit ADHS herstellen. ADHS konnte somit nicht als ein Risikofaktor für Traumatisierung oder die Entstehung einer PTSD identifiziert werden. Bei dieser Studie wurden ausschließlich Jungen und männliche Jugendliche mit ADHS zu ihren Erfahrungen mit traumatischen Erlebnissen allgemein, inklusive sexueller Übergriffe, in der Kindheit und Jugend befragt und mit der Kontrollgruppe verglichen.

In den Untersuchungen von Ford et al. (1999; 2000) hatten auffällig viele Probanden mit ADHS körperliche Misshandlung oder sexuellen Missbrauch beschrieben. Die Untersuchungsergebnisse der Arbeitsgruppe deuten jedoch eher darauf hin, dass die oppositionelle Verhaltensstörung (ODD) und nicht die ADHS-Symptomatik an sich mit einem höheren Risiko einer Traumatisierung in Verbindung zu bringen ist.

Dahingegen fanden Famularo und Mitarbeiter (1992) bei schwer misshandelten Kindern eine signifikant höhere Prävalenz für ADHS im Vergleich zur Kontrollgruppe, wobei die Autoren in ihrer Untersuchung nicht zwischen den unterschiedlichen Missbrauchsformen unterschieden.

In einer Untersuchung der Arbeitsgruppe um Briscoe-Smith (2006) über den Zusammenhang zwischen ADHS bei Mädchen und deren Erfahrungen mit verschiedenen Formen von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung sowie sexuellem Missbrauch wurden bei 14,4% der Mädchen mit ADHS und 4,5% der Mädchen der Kontrollgruppe verschiedene Formen von Missbrauch, Misshandlung sowie Vernachlässigung angenommen. Die Zahlen für sexuellen Missbrauch übertrafen dabei die anderen Missbrauchsformen bei weitem. Bei dem kombinierten Typ der ADHS wurden in Abgrenzung zum aufmerksamkeitsgestörten Typ die meisten Missbrauchsfälle gefunden. Bei den missbrauchten Mädchen mit ADHS wurde bei allen diesen Patientinnen oppositionelles Trotzverhalten (ODD) als weitere Erkrankung diagnostiziert, wobei nur ungefähr die Hälfte der Mädchen mit ADHS ohne Missbrauchserfahrung in der Kontrollgruppe diese zusätzliche Diagnose hatten.

Çengel-Kültür und Mitarbeiter (2007) konnten bei 54 missbrauchten Kindern ADHS als häufigste Diagnose feststellen (22.2%). Auch hier wurden unterschiedliche Arten von kindlichem Missbrauch und Vernachlässigung eingeschlossen, wobei sexueller Missbrauch die bei weitem häufigste Missbrauchsform darstellte (77,8%).

Zur besseren Übersicht soll die folgende Tabelle 2 die Ergebnisse einiger der oben beschriebenen Studien zusammenfassend darstellen.

<b>Autor</b>	<b>Population</b>	<b>Altersgruppe</b>	<b>Ergebnis</b>	<b>Zusammenhang/ Sonstiges</b>
<b>Merry und Andrews, 1994</b>	CSA n=66	Kinder und Jugendliche	ADHS 13.6% ODD 19.6%	Ja Keine KG
<b>Rucklidge et al., 2006</b>	ADHS n=57 KG n=57	Erwachsene	CSA bei Probanden mit ADHS erhöht	Ja
<b>Ouyang et al., 2008</b>	ADHS in Kindheit n=1189	Erwachsene	CSA erhöht OR 2.31 [1.64-3.24]	Ja
<b>McLeer et al., 1994</b>	CSA n=26 KG n=23	Kinder und Jugendliche	Prävalenz ADHS 46,2% vs. 30,4%	Nein
<b>Wozniak et al., 1999</b>	ADHS n=140 KG=120	Kinder und Jugendliche (nur ♂)	Prävalenz CSA ADHS n=3 KG n=0	Nein
<b>Ford et al., 1999, 2000</b>	ADHS n=50 ADHS/ODD n=40 ODD n=27 Adjustment Disorder n=48	Kinder und Jugendliche	Prävalenz CSA ADHS 11% ADHS+ODD 31%	Nein Zusammenhang mit ODD
<b>Briscoe- Smith et al., 2006</b>	ADHS n= 140 KG n=88	Mädchen	Prävalenz CSA ADHS n=10 KG n=2	unbekannt
<b>Çengel- Kültür et al., 2007</b>	CSA n=42	Kinder und Jugendliche	ADHS n=12 (28,6%)	Ja Keine KG
<b>Sonnby et al., 2011</b>	n=4910	Jugendliche (15-18 Jahre)	ADHS- Symptome und CSA bei n♀=53 (45,3%) n♂=24 (21,1%)	Ja

Tabelle 2: Zusammenfassung der Studien über den Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen und ADHS; ADHS=Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom, CSA=Child sexual abuse, ODD=oppositional defiant disorder/oppositionelle Verhaltensstörung, KG=Kontrollgruppe

### **3.11 Ziel der Arbeit**

Ausgangspunkt der vorliegenden Untersuchung sind Studien, die einen Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer ADHS und sexuellem Missbrauch im Kindes- und Jugendalter, annehmen lassen (Merry und Andrews, 1994; Rucklidge et al., 2006; Çengel-Kültür et al. 2007; Ouyang et al. 2008). Es soll ermittelt werden, wie häufig ADHS in einer Begutachtungspopulation aus Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen vorzufinden ist bzw. im Kindes-/Jugendalter vorhanden war, bei denen der Vorwurf des sexuellen Missbrauchs im Kindes- und Jugendalter vorliegt. Darüber hinaus soll ermittelt werden, ob ein Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer ADHS und verschiedene Faktoren des sexuellen Missbrauchs vorliegt. Diese Faktoren beziehen sich auf die Person des Opfers, des Täters und auf die Tat als solche. Darunter fallen Alter, Geschlecht und Daten zu Intelligenz, Schulbildung und psychiatrische Erkrankungen des Opfers. Außerdem werden die Anzahl, Alter und Geschlecht der Täter sowie die Täter- Opfer Beziehung untersucht. Hinzu kommen Angaben zu der Tat selbst, wie Formen des sexuellen Missbrauchs, Dauer und Häufigkeit, Gewaltanwendung, Schmerzen sowie Verletzungen bei der bzw. durch die Tat und Offenbarung des Missbrauchs durch das Opfer. Hierbei soll festgestellt werden, ob Unterschiede zwischen den sexuell missbrauchten Probanden mit und ohne ADHS vorliegen.

## **4 Material und Methodik**

### **4.1 Stichprobenbeschreibung**

Grundlage der vorliegenden Untersuchung sind 210 aussagepsychologische Gutachten über die Glaubhaftigkeit der Angaben zu sexuellen Übergriffen im Kindes- und Jugendalter bis zum 18. Lebensjahr aus dem Institut für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie der Universität des Saarlandes aus den Jahren 2000 bis 2009. Es handelt sich hierbei um 175 (83,3%) weibliche und 35 (16,7%) männliche Personen, die im Rahmen eines Strafverfahrens angegeben haben, Opfer sexueller Übergriffe geworden zu sein.

Bei 36 (17,1%) der Probanden konnte die Diagnose einer ADHS verzeichnet werden.

Davon waren 23 (63,9%) weiblichen und 13 (36,1%) männlichen Geschlechts.

Anhand der vorliegenden aussagepsychologischen Gutachten wurden standardisiert mit einem Erhebungsbogen (siehe Anhang) Daten zur Person des vermeintlichen Opfers (Alter, Geschlecht, IQ, Schulbildung), dessen psychologischen und psychiatrischen Auffälligkeiten (insbesondere ADHS), Aspekte der Tat (Zeitraum und Häufigkeit der Übergriffe, Täteranzahl, Art der sexuellen Übergriffe, etc.) und Informationen über die Aussagegenese zusammengestellt. Außerdem wurden die Angaben - soweit vorhanden - des vermeintlichen Opfers zu Alter, Geschlecht und anderen Merkmalen des Täters erfasst.

Unter dem Punkt „Psychiatrische Diagnosen nach ICD-10 zum Zeitpunkt der Begutachtung“ (siehe Ergebnisse) wurde eine übersichtliche Unterteilung nach der ersten numerischen Stelle aus der ICD-10-Klassifikation verwendet. Dabei ist anzumerken, dass es in einigen Fällen zu Mehrfachdiagnosen kam. Hierbei handelt es sich sowohl um Diagnosen, die dem Untersucher durch das Opfer oder seine Begleitperson mitgeteilt wurden, als auch um Diagnosen aus vorliegenden ärztlichen Befunden und bei der Exploration durch den Untersucher beschriebene Störungen.

Einige Variablen, wie z.B. das Alter bei Beginn der sexuellen Übergriffe bei mehrmaligem Missbrauch, die Dauer und Häufigkeit der Übergriffe sowie das Täteralter sind nur ungefähre Angaben und somit mit großer Unsicherheit behaftet. Bei nicht zugänglichen Informationen zu Opfer, Täter sowie Missbrauchshergang, widersprüchlichen oder nicht nachvollziehbaren Angaben von Seiten des Opfers oder seiner Begleiter wurde bei der jeweiligen untersuchten Variable ein „unbekannt“ vermerkt.

Bei der Aktenanalyse wurde das gesamte Gutachten berücksichtigt.

## **4.2 Diagnosestellung ADHS**

Im Hinblick auf die Fragestellung der Untersuchung nach einem möglichen Zusammenhang zwischen dem Umstand, im Kindes- und Jugendalter Opfer sexueller Übergriffe zu werden und dem Vorliegen einer ADHS, lag der Fokus auf der Erhebung der kindlichen und eventuell persistierenden ADHS-Symptomatik. Bei den meisten der untersuchten vermeintlichen Opfer von sexuellem Missbrauch im Kindes- und Jugendalter war bereits im Vorfeld, meist in der frühen Kindheit, in der Regel durch einen Kinder- und Jugendpsychiater die Diagnose einer ADHS gestellt worden. Dies wurde dem Gutachter durch das Opfer selbst, deren bzw. dessen Eltern oder Begleitern oder die vorliegenden Untersuchungsbefunden eines Kinder- und Jugendpsychiaters mitgeteilt. In anderen Fällen erfolgte die Diagnosestellung einer ADHS nach den Ergebnissen der psychiatrischen Untersuchung oder bei der Exploration durch einen Psychologen/eine Psychologin, gegebenenfalls unter Einsatz störungsspezifischer diagnostischer Instrumente. Die verwendeten standardisierten diagnostischen Verfahren werden im Folgenden dargestellt.

### **4.2.1 Wender-Utah-Rating-Scale und WURS-k**

Die Kurzform der Wender-Utah-Rating-Scale (WURS) ist ein standardisiertes Verfahren zur retrospektiven klinischen Einschätzung sowohl der Präsenz als auch des Schweregrades eines hyperkinetischen Syndroms bzw. einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Kindesalter bei Erwachsenen und besitzt hierfür eine hohe Sensitivität (Ward et al., 1993). Die Basis dieses Tests bilden die 61 Items der Wender Utah Rating Scale, die Paul Wender 1971 in seiner Monografie „Minimal Brain Dysfunction in Children“ vorstellte. Bei dem in dieser Studie verwendeten Test handelt es sich um die WURS-k, der deutschen Kurzform der WURS, welche die Bereiche Impulsivität, unreife Persönlichkeitseigenschaften und Verhaltensweisen, Protestverhalten, Konzentrationsstörungen/Überaktivität, Störung der sozialen Adaptation und Schulerfolg erfasst (Retz-Junginger et al., 2002; Retz-Junginger et al., 2003).

Die WURS-k besteht aus 25 Items. Diese, für den deutschen Sprachraum validierte Selbstbeurteilungsskala, besteht aus 21 psychopathologischen Merkmalen (z.B. „Als Kind im Alter von acht bis zehn Jahren hatte ich Konzentrationsprobleme bzw. war leicht ablenkbar.“) und vier Kontrollitems, welche das Antwortverhalten des Probanden überprüfen sollen. Der Proband entscheidet zwischen fünf Einschätzungsgraden (nicht oder ganz gering ausgeprägt, gering, mäßig, deutlich und stark ausgeprägt). Die Bearbeitungszeit



beträgt ca. zehn Minuten. Unter Auslassung der Kontrollitems wird ein Summenscore ermittelt. Werte von 30 Punkten und mehr sind als Indikator einer kindlichen ADHS-Psychopathologie zu sehen (Retz-Junginger et al. 2003; Rösler et al., 2008a; Rösler et al., 2008b).

#### **4.2.2 ADHS-SB**

Bei der ADHS-SB handelt es sich um eine Selbstbeurteilungsskala, die als Screeningverfahren für ADHS bei Erwachsenen verwendet werden kann. Hierzu wurden die 18 diagnostischen Kriterien der ICD-10 und DSM-IV für den Einsatz im Erwachsenenalter modifiziert. Die ADHS-SB besteht insgesamt aus 22 Items. 18 Items beziehen sich inhaltlich auf die für die ADHS typischen Symptome Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität. Vier weitere Items zielen auf das Alter bei Störungsbeginn, das mit der Symptomatik verbundene Leiden, dessen Generalisierung in verschiedenen Lebensfeldern und auf berufliche Probleme sowie Probleme im sozialen Umgang mit anderen Menschen ab. Die Bearbeitungsdauer beträgt meist zwischen fünf und zehn Minuten. Es erfolgt eine Skalierung der Symptome, die von null bis drei (trifft nicht zu bis schwer ausgeprägt) reicht. Damit besteht die Möglichkeit sowohl Syndromscores für die drei Symptombereiche der ADHS als auch Summenscores zu ermitteln. Hier existieren allerdings keine Normwerte (Cut-Off-Wert), sondern nur klinische Referenzwerte. Es kann aber als Kompromiss zwischen noch hinreichend hoher Sensitivität und Spezifität ein Cut-Off-Wert von 15 angenommen werden. Sowohl die Retestreliaibilität als auch die innere Konsistenz sowie die divergente und konvergente Validität können als günstig bezeichnet werden (Rösler et al., 2003; Rösler et al., 2008b).

#### **4.2.3 Wender-Reimherr-Interview (WRI)**

Das WRI orientiert sich zur Erfassung einer adulten ADHS an den Utah-Kriterien und ist im Gegensatz zu den beiden oben genannten Tests als Experten-Rating ausgelegt (Wender, 1995; Rösler et al., 2008b).

In einem strukturierten Interview werden vorgegebene Fragen zu 28 Einzelsymptomen aus sieben psychopathologischen Bereichen gestellt. Dies sind neben der klassischen Trias von Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Überaktivität die Dimensionen Desorganisation, affektive Labilität, spezielle Temperamenteigenschaften („hot temper“) und emotionale Überreagibilität (Stressintoleranz). Dazu erfolgt eine Skalierung von 0 (nicht vorhanden)

über 1 (leicht vorhanden) nach 2 (mittel und schwer vorhanden). Für jede der sieben psychopathologischen Dimensionen kann zusätzlich ein klinisches Globalrating auf einer Likert-Skala von 0 (nicht vorhanden) bis 4 (sehr schwer) erfolgen. Ein Gesamtwert von 41 oder mehr Punkten (unbehandelte Patienten) spricht für das Vorliegen einer ADHS im Erwachsenenalter. Zusätzlich zur quantitativen Auswertung ist es möglich, eine kategoriale ADHS-Diagnose zu stellen. Hierzu müssen gemäß den Utah-Kriterien neben den beiden obligatorischen Merkmalen Unaufmerksamkeit und Überaktivität zusätzlich zwei von den verbleibenden fünf Bereichen vorliegen. Die Untersuchungsdauer beträgt ca. 25 bis 35 Minuten (Rösler et al., 2008a; Rösler et al., 2008b).

#### **4.2.4 Methoden zur Diagnosestellung bei Kindern und Jugendlichen**

Um bei Kindern und Jugendlichen die Diagnose einer ADHS stellen zu können, wurden neben der klinischen Beobachtung verschiedene evaluierte psychometrische Verfahren eingesetzt:

Bei den Conners-Wells Rating Scales handelt es sich um verschiedene Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen, die auf den DSM-IV Kriterien beruhen.

Der Conners-Wells-Fragebogen für Jugendliche (Conners/Wells Adolescent Self-Report, CASS: Long/Short) wird bei Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren verwendet. Die ausführliche Testversion besteht aus 87 Items. Sie erfasst die Faktoren Hyperaktivität, Verhaltensstörungen, Aufmerksamkeitsprobleme bzw. Störungen kognitiver Fähigkeiten, Probleme im Bereich der Familie sowie Probleme bezüglich der Aggressionskontrolle und Emotionen. Neben den für die ADHS typischen Zeichen der Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität werden damit in diesem Test auch andere wichtige Eigenschaften der Psychopathologie Jugendlicher erfasst. Hinzu kommen als Subskalen ein ADHS-Index und eine weitere Skala, die die Symptome der ADHS nach DSM-IV mit jeweils einer Subskala für Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität-Impulsivität abfragt. Die Kurzversion des Tests besteht aus 27 Items und beschränkt sich auf die drei erst genannten Punkte, nämlich Verhaltensstörungen, kognitive Störungen bzw. Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität. Auch hier gibt es einen ADHS-Index als weitere Subskala.

Aus derselben Testfamilie wurden der Conners-Elternfragebogen (Conners' Parent Rating Scale, CPRS: Long/Short) und der Conners-Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (Conners' Teacher Rating Scale, CTRS: Long/Short) verwendet.

Sie können für Kinder und Jugendliche vom 3. bis 17. Lebensjahr angewendet werden. Auch diese beiden Testformen existieren in einer ausführlichen Version und einer Kurzversion. Der Conners-Elternfragebogen besteht aus 80 Items und erfasst die Bereiche oppositionelles Verhalten, Aufmerksamkeitsprobleme bzw. Störungen kognitiver Fähigkeiten, Hyperaktivität, Ängstlichkeit/Schüchternheit, Perfektionismus, soziale Probleme und Psychosomatik. Der Test enthält als weitere Subskalen einen ADHS-Index, einen Conners's Global Index bezüglich der Faktoren Ruhelosigkeit/Impulsivität und emotionaler Labilität und eine Subskala zu den ADHS-Symptomen gemäß DSM-IV. Die Kurzversion, bestehend aus 27 Items, bezieht sich auf die Bereiche oppositionelles Verhalten, Aufmerksamkeitsprobleme bzw. Störungen kognitiver Fähigkeiten sowie Hyperaktivität und enthält ebenfalls den ADHS-Index als Subskala.

Der Conners- Lehrerfragebogen besteht aus 59 Items und bezieht sich auf dieselben Faktoren wie der Conners-Elternfragebogen und enthält ebenso den Conners'Global-Index, den ADHS-Index und die DSM-IV Skala als weitere Subskalen. Lediglich die Subskala Psychosomatik fällt bei diesem Test weg. Die Kurzversion gleicht in den erfassten Merkmalen der Kurzform des Elternfragebogens.

Bei allen Testformen sollen die vorgegebenen Aussagen auf einer Likert-Skala von 0 (trifft nicht zu) bis 3 (trifft stark zu) beurteilt werden. Alle Testformen haben sich als valide und reliabel erwiesen. Die Bearbeitungszeit beträgt bei den ausführlichen Formen 15 bis 20 Minuten, bei den Kurzversionen 5 bis 10 Minuten (Conners, 2004).

### **4.3 Intelligenzdiagnostik**

Zur Intelligenzdiagnostik wurden verschiedene Testverfahren, abhängig vom Lebensalter und den Fähigkeiten bzw. individuellen Besonderheiten (z.B. Muttersprache nicht deutsch, Besuch einer Förderschule etc.) des Probanden/der Probandin eingesetzt. Die Intelligenzdiagnostik erfolgte mit dem Ziel, mögliche Minder- und Grenzbegabungen festzustellen. Je nach Zeitpunkt der Begutachtung wurden verschiedene Versionen der einzelnen Tests verwendet.

Es kamen unter anderem folgende Testverfahren zum Einsatz:

Der Hamburg Wechsler Intelligenztest für Erwachsene (Wechsler, 1955; Aster et al., 2009), der Hamburger Wechsler Intelligenztest für Kinder (Wechsler, 1991; Tewes et al., 2001), der Mehrfachwahl-Wortschatztest (MWT-B, Lehrl, 2005), der Zahlenverbindungstest (ZVT;

Oswald und Roth, 1987), die Coloured Progressive Matrices (CPM; Raven et al., 1978), die Kaufman-Assessment Battery for Children (k-ABC; Kaufman und Kaufman, 1983a; Kaufman und Kaufman, 1983b; Melchers, 2003) und die Standard Progressive Matrices (SPM; Raven, 1998).

#### **4.4 Statistische Analyse**

Im Rahmen der deskriptiven Statistik wurden Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet und zur besseren Veranschaulichung dieser Zahlen Prozentwerte ermittelt.

Zum Vergleich unterschiedlicher Mittelwerte wurde der t-Test verwendet.

Um verschiedene Häufigkeiten miteinander zu vergleichen, kamen der Pearson Chi-Quadrat-Test und der Fisher's Exact Test bei kleiner Zellenbesetzung zum Einsatz. Die statistische Analyse der gewonnenen Daten erfolgte mit dem SPSS-Programm (Version 19).

Außerdem wurde eine Risikomaßzahl bestimmt. Die errechnete Odds Ratio (OR) zeigt, um welches Maß die Präsenz der unabhängigen Variablen die Auftretenswahrscheinlichkeit der abhängigen Variablen verändert. Diese soll die Unterschiede in den ADHS-Prävalenzen der hier vorliegenden Studie zu den aktuellen Prävalenzzahlen der ADHS für Kinder und Jugendliche in Deutschland verdeutlichen.

## 5 Ergebnisse

Die im folgenden Text verwendeten Bezeichnungen „Opfer“ bzw. „Täter“ leiten sich aus der vorliegenden Anklageschrift ab. Vor Abschluss des Gerichtsverfahrens kann kein Nachweis erbracht werden, ob es sich hierbei tatsächlich um Opfer und Täter handelt.

Die Größe der im Weiteren vorgestellten Teilstichproben variiert, weil nicht in Bezug auf jedes erfasste Merkmal von allen Opfern Informationen zu erhalten waren bzw. zur Verfügung standen.

### 5.1 Alter und Intelligenz der Opfer

Das durchschnittliche Alter der Untersuchungspopulation zum Zeitpunkt der Begutachtung betrug 14,5 Jahre (SD=5,9). Das mittlere Alter der weiblichen Opfer war dabei 14,8 Jahre (SD=5,9; n=175), das der männlichen durchschnittlich 12,6 Jahre (SD=5,3; n=35). Zum Zeitpunkt des sexuellen Missbrauchs (Beginn der sexuellen Übergriffe) waren die Opfer durchschnittlich 9,6 Jahre alt (SD=3,7). Das mittlere Alter der weiblichen Personen war dabei 9,8 Jahre (SD=3,7; n=143), das der männlichen durchschnittlich 8,2 Jahre (SD=3,6; n=23). Die Geschlechter unterschieden sich nicht signifikant in Bezug auf ihre Lebensalter bei dem beschriebenen sexuellen Missbrauch (t-test, p=0,06). Die mittlere Intelligenz (IQ) der Untersuchungspopulation betrug 93,9 mit einer Standardabweichung (SD) von 15,8.

In Tabelle 3 werden die Mittelwerte für das Alter zu Untersuchungs- und Tatzeitpunkt und der Mittelwert für den IQ für die Gruppe mit ADHS- und ohne ADHS-Diagnose getrennt dargestellt:

	ADHS-Diagnose	Keine ADHS- Diagnose	t-Test p
<b>Alter zum Zeitpunkt der Untersuchung</b> M (SD)	13,1 (5,3) (n=36)	14,8 (5,9) (n=174)	0,120 n.s.
<b>IQ</b> M (SD)	90,9 (15,9) (n=33)	94,5 (15,8) (n=165)	0,234 n.s.

Tabelle 3: Alter zum Untersuchungs- und Tatzeitpunkt sowie Intelligenz der Opfer mit und ohne kindliche ADHS; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung

Weder für das Alter zum Untersuchungszeitpunkt ( $p=0,120$ ) noch zum Tatzeitpunkt ( $p=0,530$ ), noch für die Intelligenz ( $p=0,234$ ) bildeten sich signifikante Unterschiede zwischen Personen mit und ohne ADHS ab.

Die Mehrzahl der untersuchten Opfer sowohl in der Gruppe mit als auch ohne ADHS-Diagnose waren normalbegabt (Tab. 4). Darüber hinaus waren sowohl Intelligenzminderungen als auch eine überdurchschnittliche intellektuelle Befähigung in der Untersuchungspopulation zu registrieren. 143 der untersuchten Personen lagen im IQ-Normbereich, vier waren hochbegabt, elf lagen im überdurchschnittlichen Bereich, 30 Probanden hatten eine Grenzbegegnung, neun eine leichte Intelligenzminderung und bei 13 der Probanden war eine mittelgradige Intelligenzminderung zu verzeichnen.

Die entsprechenden Häufigkeiten getrennt nach Gruppe mit und ohne ADHS-Diagnose sind Tabelle 4 zu entnehmen.

	<b>IQ</b>	<b>ADHS-Diagnose (n=33)</b>	<b>Keine ADHS- Diagnose (n=165)</b>
<b>Mittelgradige Intelligenzminderung</b>	35-49	4	9
<b>Leichte Intelligenzminderung</b>	50-69	1	8
<b>Grenzbegegnung/ Lernbehinderung</b>	70-84	5	25
<b>Normbegegnung</b>	85-115	25	118
<b>Überdurchschnittliche Begegnung</b>	115- 130	0	11
<b>Hochbegegnung</b>	>130	1	3

Tabelle 4: Intelligenzgruppen getrennt für die Opfer mit und ohne kindliche ADHS

Tabelle 5 ist zu entnehmen, wie viele der Opfer mit und ohne ADHS eine Förderschule besuchten. Die restlichen Opfer besuchten eine Regelschule bzw. befanden sich noch nicht im Schulalter. Bezüglich des Besuchs einer Förderschule zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Personen mit und ohne einer ADHS-Diagnose (Pearson Chi<sup>2</sup> Test, Chi<sup>2</sup>=1,680; p=0,195).

	<b>ADHS</b>	<b>Keine ADHS- Diagnose</b>	<b>Gesamt</b>
<b>Förderschule</b>	9 (27,3%) (n=33)	29 (17,4%) (n=166)	38 (19,1%) (n=199)

Tabelle 5: Besuch einer Förderschule bei Opfern mit und ohne kindliche ADHS

Ein Kind mit ADHS und sechs Kinder ohne ADHS befanden sich zum Begutachtungszeitpunkt noch im Vorschulalter bzw. besuchten den Kindergarten.

## **5.2 Prävalenz der Diagnosen aus dem Bereich der hyperkinetischen Störungen (F90) und Charakteristiken in der Untersuchungspopulation**

Bei 36 (17,1%) der Probanden konnte eine Diagnose aus dem Bereich der hyperkinetischen Störungen (F90; im folgenden Text als ADHS bezeichnet) aktuell oder retrospektiv als gesichert betrachtet werden. Es handelte sich um 23 weibliche und 13 männliche Probanden (Tab.6).

	<b>ADHS- Diagnose</b>	<b>Keine ADHS- Diagnose</b>
<b>männlich</b>	13	22
<b>weiblich</b>	23	152

Tabelle 6: Anzahl der ADHS-Diagnosen im Kindesalter getrennt nach Geschlecht

Unter Zugrundelegung der von der Arbeitsgruppe um Huss (2008) erhobenen nationalen Prävalenzraten für ADHS (gesamt 4,8%, für Jungen 7,9% und für Mädchen 1,8%) wurde mit Hilfe der errechneten ADHS-Prävalenz der hier untersuchten Stichprobe die Odds Ratio

sowohl für die Gesamtstichprobe als auch getrennt nach Geschlecht ermittelt (siehe Tabellen 7-9).

Für die Gesamtpopulation wurde eine Odds Ratio (OR) von 4,1379 mit einem Vertrauensintervall von 1,9951 bis 8,5821 berechnet. Für die Gesamtstichprobe wären nach der von Huss et al. (2008) bzw. Schlack et al. (2007) erhobenen Prävalenzrate von 4,8% zehn Fälle mit ADHS zu erwarten gewesen. Die hier vorliegende Untersuchung brachte jedoch 36 Fälle von an ADHS erkrankten Kindern und Jugendlichen (aktuell und retrospektiv) hervor (siehe Tabelle 7).

Untersuchungsgruppe gesamt	ADHS		Summe
	Ja	Nein	
Gutachtensfälle	36	174	210
Bevölkerung	10	200	210

Tabelle 7: Ermittlung der Odds Ratio für die Gesamtstichprobe

Für das weibliche Geschlecht der untersuchten Fälle sexuellen Missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen ergab sich eine Odds Ratio (OR) von 8,6754 [2,5542; 29,4667]. Geht man von 1,8% Mädchen und weiblichen Jugendlichen mit ADHS in Deutschland aus, so hätten von den 175 weiblichen Probanden dieser Stichprobe drei an einer ADHS leiden müssen. Die Untersuchungen konnten jedoch bei 23 der weiblichen Probanden eine ADHS aufzeigen (siehe Tabelle 8).

Untersuchungsgruppe weiblich	ADHS		Summe
	Ja	Nein	
Gutachtensfälle	23	152	175
Bevölkerung	3	172	175

Tabelle 8: Ermittlung der Odds Ratio für das weibliche Geschlecht

In 13 Fällen der 35 untersuchten männlichen Probanden zeigte sich eine ADHS, wobei nach der deutschen Prävalenzrate der ADHS bei Jungen und männlichen Jugendlichen in der Allgemeinbevölkerung von 7,9% lediglich drei der Probanden an einer ADHS hätten leiden dürfen (siehe Tabelle 9). Auch hier zeigte sich das deutlich erhöhte Risiko der ADHS in der untersuchten Begutachtungspopulation. Für das männliche Geschlecht ergab sich somit eine



Odds Ratio (OR) von 6,303 mit einem Vertrauensintervall von 1,6053 bis 24,7485 (siehe Tabelle 9).

Untersuchungsgruppe männlich	ADHS		Summe
	Ja	Nein	
Gutachtensfälle	13	22	35
Bevölkerung	3	32	35

Tabelle 9: Ermittlung der Odds Ratio für das männliche Geschlecht

### 5.3 Psychiatrische Diagnosen der Opfer nach ICD-10 zum Zeitpunkt der Begutachtung

Bei dieser Einteilung wurde eine übersichtliche Unterteilung nach der ersten numerischen Stelle aus der ICD-10-Klassifikation verwendet. Dabei ist anzumerken, dass es in einigen Fällen zu Mehrfachdiagnosen kam.

Bei 123 der Probanden war keine psychiatrische Diagnose zu verzeichnen (56,6%). Am häufigsten wurde die Diagnose „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (ICD-10; F9) dokumentiert. Diese trat bei 49 (23,3%) der Opfer auf und beinhaltet auch diejenigen mit ADHS. Häufig vertreten waren außerdem die „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (ICD-10; F4; 12,9%) mit einer Häufigkeit von n=27 und die „Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren“ (ICD-10; F5; 13,8%) mit einer Häufigkeit von n=29. Deutlich weniger häufig waren die Diagnosen „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (ICD-10; F1, n=4; 1,9%), „Affektive Störungen“ (ICD-10; F3; n=12; 5,7%), „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (ICD-10; F6; n=8; 3,8%), „Intelligenzstörung“ (ICD-10, F7, n=8; 3,81%) und „Entwicklungsstörungen“ (ICD-10, F8; n=9; 4,3%) festzustellen. Anzumerken ist, dass die Persönlichkeitsstörungen definitionsgerecht durchweg bei erwachsenen Personen diagnostiziert wurden. In einem Fall war die Diagnose einer Schizophrenie dokumentiert (ICD-10, F2; 0,5%). Ebenso wurde bei einer der untersuchten Personen eine Diagnose aus dem Bereich „Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“ (ICD-10, F0; 0,5%) beschrieben.

Bei den untersuchten Personen mit ADHS (n=36) hatten 14 (38,9%) eine oder mehr zusätzliche psychiatrische Diagnosen. Auch hier wurde am häufigsten die Diagnose der „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (ICD-10, F9) dokumentiert. Diese trat bei acht (22,2%) der Opfer mit ADHS auf. Häufig vertreten

waren außerdem die „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (ICD-10, F4) mit einer Häufigkeit von n=5 (13,9%) und „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ (ICD- 10, F5) mit einer Häufigkeit von n=3 (8,3%) sowie die „Entwicklungsstörungen“ (ICD-10, F8) mit einer Häufigkeit von n=5 (13,9%). Vereinzelt waren die Diagnosen „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (ICD-10, F1, n=1; 2,8%), „Affektive Störungen“ (ICD-10, F3, n=2; 5,6%), „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (ICD- 10, F6, n=1; 2,8%) und „Intelligenzstörung“ (ICD- 10, F7, n=2; 5,6%) festzustellen.

In 7 Fällen konnte die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gestellt werden, wobei es sich in einem Fall um eine Person mit ADHS handelte.

Vierzehn Opfer mit ADHS gaben an, in medikamentöser Behandlung zu sein oder in der Vergangenheit mit einem Medikament wegen der ADHS behandelt worden zu sein.

Abbildung 2 zeigt die Häufigkeiten der ICD-10-Diagnosen vergleichend für die Gruppen mit und ohne kindliche ADHS-Diagnose.

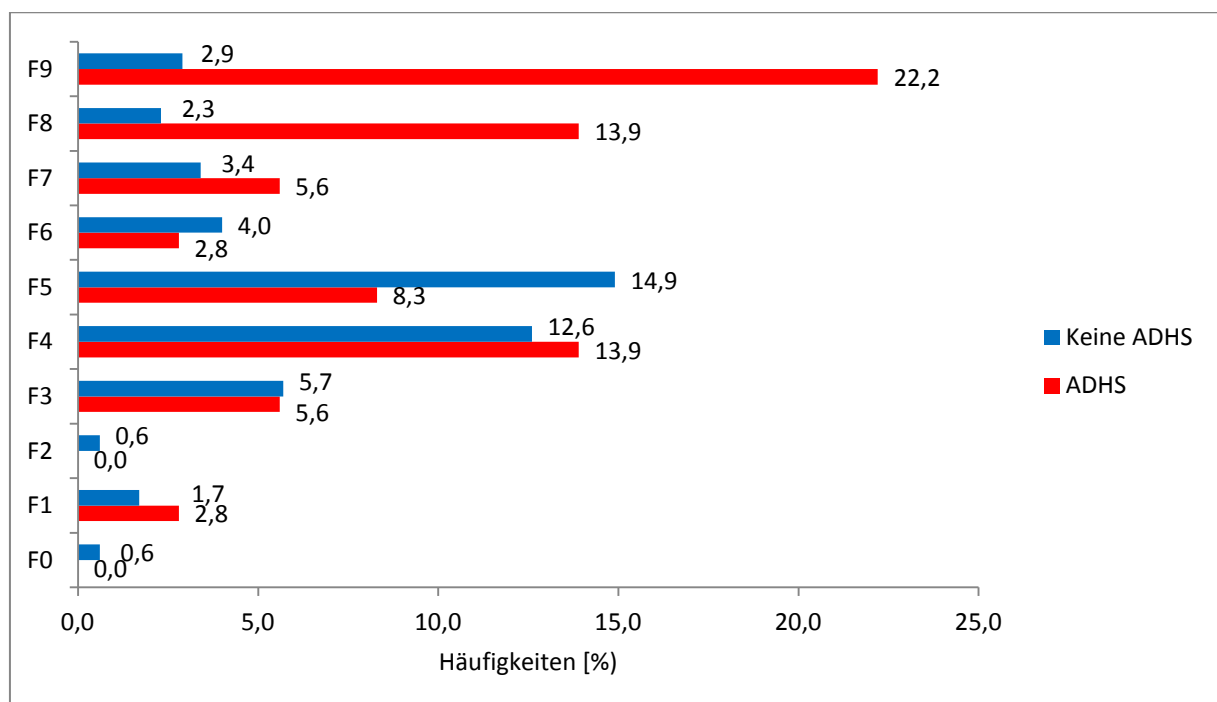


Abbildung 2: Häufigkeiten der ICD-10-Diagnosen in Prozent verglichen für die Opfer mit und ohne ADHS

#### **5.4 Zeitintervall zwischen Tat und Gutachten**

Zwischen der geschilderten Tat und der Begutachtung war über alle Opfer (n=165) im Mittel ein Zeitintervall von 5,4 Jahren (SD=6,2) vergangen.

Das durchschnittliche Zeitintervall zwischen angeblicher Tat und forensischer Untersuchung betrug bei den Probanden mit ADHS 4,6 Jahre (SD=4,9) und bei Probanden ohne ADHS 5,6 Jahre (SD=6,4). Die Prüfung auf Gruppenunterschiede bezüglich des Zeitintervalls erbrachte kein signifikantes Ergebnis (t-Test,  $p=0,440$ ).

## 5.5 Daten zum Täter

### 5.5.1 Anzahl der Täter

Bei 190 (93,1%) der Missbrauchsoffer wurde von einem einzelnen Täter berichtet. Vierzehn (6,9%) der Missbrauchsoffer berichteten von zwei und mehr Tätern. Tabelle 10 zeigt die Häufigkeiten der Täterzahl im Vergleich zwischen den Opfern der Gruppe mit ADHS und der Gruppe ohne ADHS-Diagnose. Dabei muss beachtet werden, dass sich die Anzahl der Täter nicht auf die einzelne Tat, sondern auf das Opfer bezieht. Das bedeutet, dass diejenige Anzahl der Personen erfasst wurde, durch die das Opfer in seiner bisherigen Lebensspanne (Kindes- und Jugendalter) sexuellen Missbrauch jeglicher Form nach der weiter oben stehenden Definition erfahren hat, auch wenn dieser nicht Grund für das durchgeführte aussagepsychologische Gutachten war.

<b>Anzahl Täter</b>	<b>ADHS (n=35)</b>	<b>Keine ADHS (n=169)</b>
<b>1</b>	33	157
<b>2</b>	1	7
<b>3</b>	1	2
<b>4</b>	0	2
<b>7</b>	0	1
<b>unbekannt</b>	1	5

Tabelle 10: Anzahl der Täter getrennt nach Opfern mit und ohne ADHS

### 5.5.2 Geschlecht und Alter der Täter

Bei 201 (95,7%) der untersuchten Fälle kindlich sexuellen Missbrauchs handelte es sich um einen männlichen Täter, in einem Fall (0,5%) um eine Täterin. In sieben Fällen (3,3%) waren die Täter männlichen und weiblichen Geschlechts. In einem Fall konnte man keine Information zum Tätergeschlecht erhalten. Tabelle 11 zeigt die Geschlechterverteilung für die ADHS-Gruppe und die Gruppe ohne ADHS getrennt auf.

	<b>ADHS (n=35)</b>	<b>Keine ADHS (n=174)</b>
<b>Täter männlich</b>	35	166
<b>Täter weiblich</b>	0	1
<b>Täter beiden Geschlechts bei zwei oder mehr Tätern</b>	0	7

Tabelle 11: Geschlechterverteilung der Täter getrennt für die Opfer mit und ohne ADHS-Diagnose

Man erkennt insgesamt ein Überwiegen der männlichen Täter.

Bei lediglich 65 Gutachten war es möglich, das Alter des Täters zum Tatzeitpunkt zu eruieren. Es betrug über alle Opfer im Mittel 34,1 Jahre (SD=16,3). Das Minimum war elf Jahre, das Maximum 68 Jahre. Das erfasste Durchschnittsalter der Täters bei den Opfern mit ADHS (n=13) lag bei 37,8 Jahren (SD=17,2) und bei Opfern ohne ADHS (n=52) bei 33,2 Jahren (SD=16,2).

### **5.5.3 Täterbeschreibung**

25 der Opfer berichteten, dass die Täter während des Missbrauchs unter Alkohol- oder Drogeneinfluss standen bzw. in 25 Fällen wurden die Täter als alkohol- oder drogenabhängig beschrieben. In einem Fall wurde über eine geistige Behinderung des Täters berichtet. Diese Beschreibungen wurden nur von Opfern ohne ADHS vorgetragen.

### **5.5.4 Täter-Opfer-Beziehung**

Die Gesamtstichprobe (n=203) betrachtend ergab sich in der Mehrheit der Fälle (n=132; 62,9%), dass der Täter/die Täterin (oder die Täter bei Missbrauch durch mehrere Personen) Familienmitglieder (z.B. Vater, Stiefvater, Onkel, Großvater) des Opfers waren. In 68 Fällen (32,4%) stammte(n) der Täter, die Täterin/ die Täter aus dem Bekanntenkreis des Opfers bzw. seiner Familie. In lediglich 3 Fällen (1,4%) stellte der Täter/die Täterin eine dem Opfer fremde Person dar. In zwölf Fällen bestand die Tätergruppe aus Personen mit unterschiedlicher Beziehung zum Opfer. Hierbei wurde hinsichtlich der oben beschriebenen Gruppeneinteilung für die Täter-Opfer-Beziehungen (Familienmitglied, bekannte Person,

fremde Person) nur diejenige Person mit dem engsten Beziehungsgrad berücksichtigt. In sieben Fällen war keine Information zur Täter-Opfer-Beziehung zu erhalten (3,3%). Abbildung 3 veranschaulicht die Verteilung der Täter-Opfer-Beziehung grafisch.

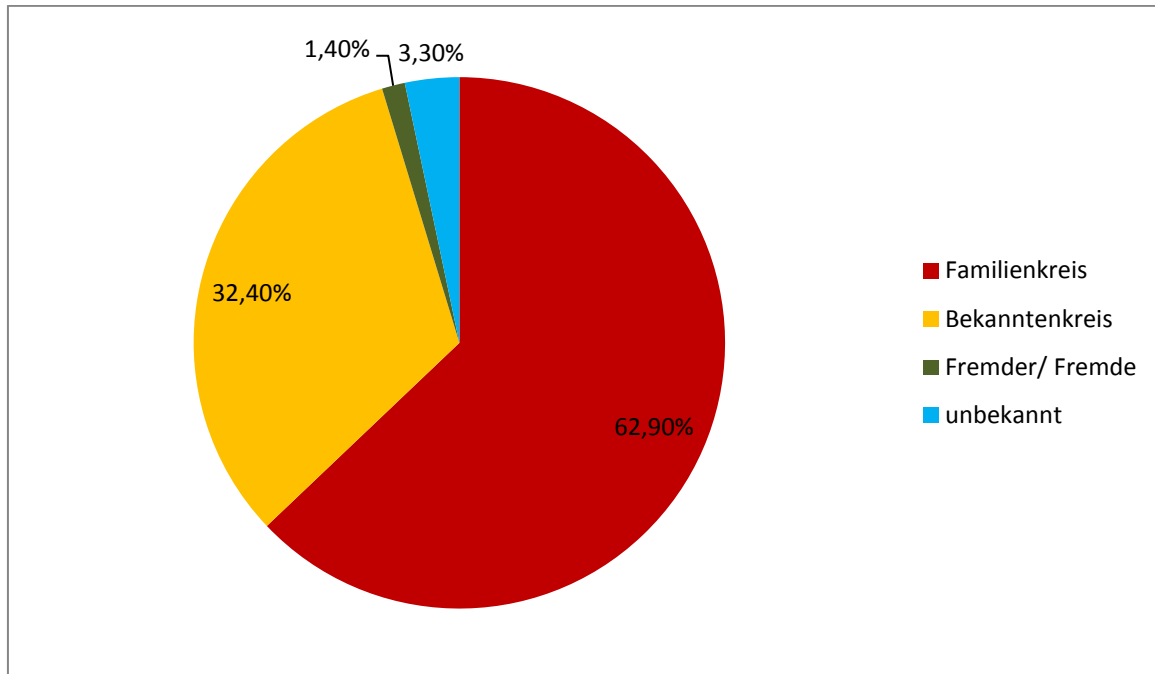


Abbildung 3: Relative Häufigkeit der Täter-Opfer- Beziehung in %

Die folgende Tabelle (Tabelle 12) stellt die Täter-Opfer-Beziehung getrennt für die Gruppen mit und ohne ADHS dar. Der Fisher's Exact Test zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen mit und ohne ADHS bezüglich des Missbrauchs durch Familienmitglieder gegenüber des Missbrauchs durch Täter aus dem Bekanntenkreis ( $p=0,558$ ). Statistische Berechnungen zu der dritten Tätergruppe „fremde Person“ waren aufgrund der zu kleinen Stichprobengröße nicht sinnvoll.

	<b>ADHS (n=169)</b>	<b>Keine ADHS (n=34)</b>
<b>Täter aus Familienkreis</b>	111	21
<b>Täter aus Bekanntenkreis</b>	55	13
<b>Täter ist eine fremde Person</b>	3	0

Tabelle 12: Täter- Opfer- Beziehung getrennt für die Gruppen mit und ohne ADHS

## **5.6 Aspekte der Tat**

### **5.6.1 Dauer und Häufigkeit der sexuellen Übergriffe**

In der erhobenen Stichprobe dauerte der sexuelle Missbrauch im Durchschnitt 929 Tage (SD=1109,2; n=129). Die maximale Dauer betrug 3600 Tage. Die Dauer des sexuellen Missbrauchs bei Kindern mit ADHS (n=19) betrug im Mittel 777 Tage (SD= 822,5), bei der Gruppe der Opfer ohne ADHS (n=110) ergab sich ein Mittelwert von 955 Tagen (SD=1152,5). Die Angabe der Missbrauchsdauer in Tagen beschreibt die Zeitspanne, über welche sexuelle Übergriffe stattfanden und sagt nichts über die Häufigkeit dieser aus.

Die beiden Gruppen (Opfer mit und ohne ADHS) unterschieden sich nicht signifikant bezüglich der Dauer des Missbrauchs (t-Test,  $p=0,421$ ).

Für die Häufigkeit der sexuellen Übergriffe, alle Missbrauchsopfer betrachtend, wurde ein Mittelwert von gerundet fünf Übergriffen (SD=15,7; n=94) berechnet. Das Maximum lag bei 150. Bei 44 Probanden (46,8%) lag ein einmaliger sexueller Missbrauch vor. Getrennt nach den Gruppen für Opfer mit und ohne ADHS wurde für die Gruppe mit ADHS-Diagnose (n=17) ein Mittelwert von rund 36 (SD=8,6) und für die Gruppe ohne ADHS (n=77) ein Mittelwert von rund vier (SD=0,4) sexuellen Übergriffen berechnet. Beide Gruppen unterschieden sich nicht signifikant bei der Häufigkeit des sexuellen Missbrauchs (t-Test,  $p= 0,256$ ). Der große Unterschied in den beiden angegebenen Mittelwerten beruhte auf der Angabe eines Opfers mit ADHS von 150 Missbrauchsvorfällen. Lässt man diesen unberücksichtigt, erhielt man Mittelwerte von rund drei sexuellen Übergriffen (SD= 3,8) für die Gruppe ohne ADHS und rund fünf sexuellen Übergriffen (SD= 4,5) für die Gruppe mit ADHS. Auch in diesem Fall lässt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen mit und ohne kindlicher ADHS erkennen (t-Test;  $p=0,139$ ).

### **5.6.2 Gewaltanwendung und Schmerzen bzw. Verletzungen im Rahmen des sexuellen Missbrauchs**

Insgesamt gaben 107 der Opfer an, im Rahmen der sexuellen Übergriffe körperliche Gewalt erfahren zu haben. Darunter wurden unter anderem Schläge, aber auch Festhalten, Fesseln des Opfers und Zerren am Opfer verstanden. Tabelle 13 zeigt den Aspekt der Gewaltanwendung getrennt für beide untersuchte Gruppen.

	<b>ADHS (n=28)</b>	<b>Keine ADHS (n=152)</b>
<b>Gewaltanwendung</b>	12 (42,9%)	95 (62,5%)

Tabelle 13: Gewaltanwendung beim sexuellen Missbrauch getrennt für Opfer mit und ohne ADHS-Diagnose

Bezüglich des Faktors Gewalt konnte kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Gruppen mit und ohne ADHS festgestellt werden (Pearson Chi<sup>2</sup> Test; Chi<sup>2</sup>=3,784; p=0,052). Des Weiteren wurden die Gutachten bezüglich Angaben von Schmerzen und/oder Verletzungen von Seiten des Opfers geprüft. Bei 113 aller untersuchten Missbrauchsfälle (n=180) wurden Schmerzen oder Verletzungen konkret angegeben (Tab. 14).

	<b>ADHS (n=29)</b>	<b>Keine ADHS (n=151)</b>
<b>Schmerzen/Verletzungen</b>	17 (58,6%)	96 (63,6%)

Tabelle 14: Schmerzen/Verletzungen beim Missbrauch getrennt für Opfer mit und ohne ADHS-Diagnose

Die beiden Gruppen unterscheiden sich bezüglich der Angaben zu Schmerzen bzw. Verletzungen im Zusammenhang mit dem kindlichen sexuellen Missbrauchs nicht signifikant (Pearson Chi<sup>2</sup> Test, Chi<sup>2</sup>=0,256; p=0,613).

### 5.6.3 Offenbarungssituation

167 (83,9%) der Opfer vertrauten sich spontan, das bedeutet aus sich heraus (allerdings ungeachtet des zeitlichen Abstandes zum sexuellen Missbrauch), Familienmitgliedern, Freunden oder anderen Personen bezüglich des sexuellen Missbrauchs an. 32 Personen (16,1%) berichteten erst auf Nachfrage anderer Personen von dem Missbrauch. Bei einem der Opfer aus der Gruppe ohne ADHS wurde der Missbrauch in Abrede gestellt, kam schließlich aber durch das Geständnis des Täters zu Tage (Tab. 15).



	<b>ADHS (n=32)</b>	<b>Keine ADHS (n=167)</b>
<b>Spontan</b>	31 (96,9%)	136 (81,4%)
<b>auf Nachfrage</b>	1 (3,1%)	31 (18,6%)

Tabelle 15: Offenbarungssituation getrennt für die Gruppen der Opfer mit und ohne ADHS (n=199)

Die Zelle Offenbarung auf Nachfrage bei der ADHS-Gruppe ist sehr gering besetzt. Zwischen der Gruppe mit ADHS und derjenigen ohne ADHS ergab sich bezogen auf die Offenbarungssituation ein signifikanter Unterschied (Fisher's Exact Test;  $p=0,033$ ).

Bei elf (5,5%) Opfern kam es zur Offenbarung des sexuellen Missbrauchs im therapeutischen Kontext, das heißt während einer Therapie durch einen Psychologen/Psychiater oder während eines Aufenthaltes in einer psychiatrischen bzw. psychosomatischen Einrichtung. Bei den restlichen 189 (94,5%) Offenbarungen lag kein therapeutischer Kontakt vor (Tab. 16).

<b>Offenbarung im therapeutischen Kontext</b>	<b>ADHS (n=33)</b>	<b>Keine ADHS (n=167)</b>
<b>Nein</b>	32 (97,0%)	157 (94,0%)
<b>Ja</b>	1 (3,0%)	10 (6,0%)

Tabelle 16: Offenbarung des sexuellen Missbrauchs im therapeutischen Kontext getrennt für die Opfer mit und ohne ADHS-Diagnose (n=200)

Es bilden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ab (Fisher's Exact-Test;  $p=0,696$ ).

#### 5.6.4 Art des sexuellen Missbrauchs

Die ausgewerteten sexuellen Übergriffe an Kindern zeigten eine große Variationsbreite an Art und Schweregrad der sexuellen Übergriffe. Diese reichten von Exhibitionismus und sexuell gefärbten Berührungen bis hin zur geschlechtlichen Penetration. Darunter fallen genital-genitaler (vaginaler) Geschlechtsverkehr, oral-genitaler (Oral-)Verkehr und genital-anale Handlungen (Analverkehr) sowie Berührungen in sexueller Absicht, Pornographie und Exhibitionismus. Bei den meisten Formen sexuellen Missbrauchs wurde dabei erfasst, ob das Opfer eine aktive und/oder passive Rolle einnahm, also ob es zum Beispiel zu sexuellen Berührungen des Täters durch das Opfer, zu sexuellen Berührungen des Opfers durch den Täter oder zu wechselseitigen sexuellen Berührungen kam. In vielen Fällen erfuhren die kindlichen bzw. jugendlichen Opfer eine Vielzahl von Arten sexuellen Missbrauchs (Abbildung 4).

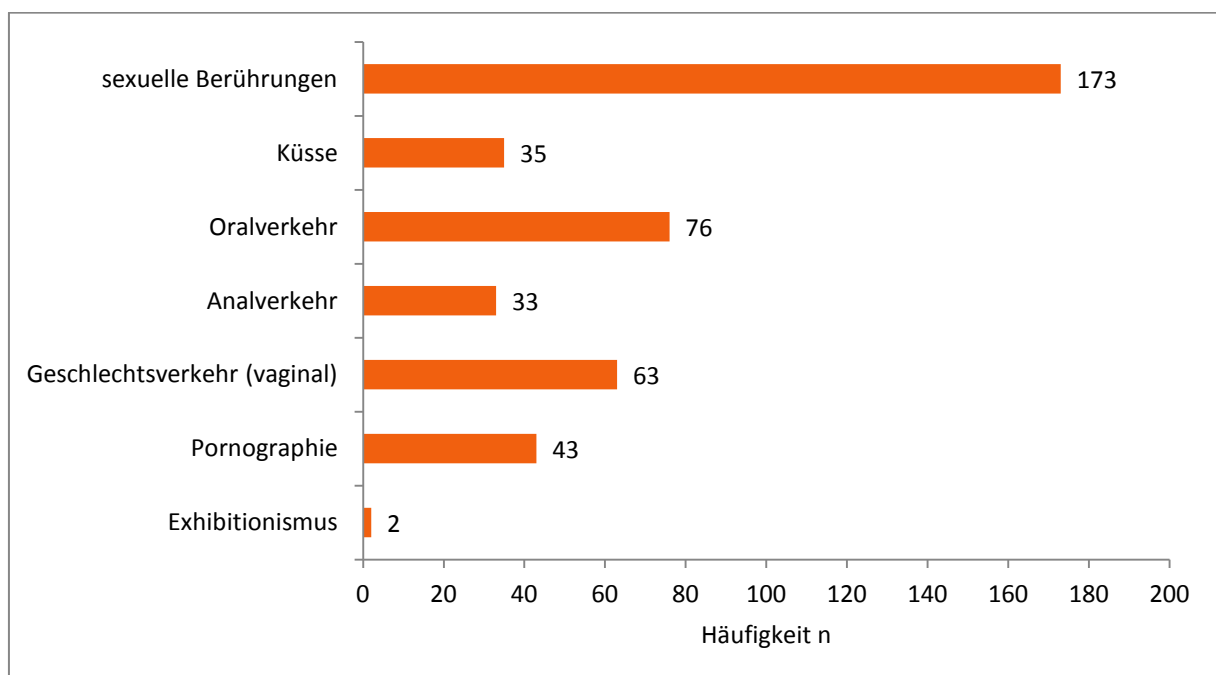


Abbildung 4: Verteilung der sexuellen Praktiken bei sexuellem Missbrauch im Kindes- und Jugendalter

#### 5.6.4.1 Berührungen mit sexueller Absicht

Bei 173 (84,8%) der Opfer kam es zu sexuell gefärbten Berührungen zwischen Täter und Opfer. Dabei handelte es sich um aktive oder passive Berührungen an Körper- oder Geschlechtsteilen mit sexueller Absicht sowohl über als auch unter der Kleidung. In 119 Fällen wurde das Opfer in sexueller Absicht vom Täter angefasst, in sieben Fällen handelte es sich um sexuelle Berührungen des Täters durch das Opfer. In 47 Fällen kam es zu wechselseitigen sexuellen Berührungen.

Tabelle 17 stellt die Häufigkeit von Fällen sexuellen Missbrauchs dar, bei denen es zu sexuell gefärbten Berührungen kam, für die Gruppe mit ADHS-Diagnose und die Gruppe ohne ADHS-Diagnose getrennt dar.

	ADHS (n=32)	Keine ADHS (n= 172)
<b>Sexuelle Berührungen</b>	28 (87,5%)	145 (84,3%)

Tabelle 17: Häufigkeiten der Berührungen mit sexueller Absicht für die Opfer mit und ohne ADHS (n=204)

Es lässt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen bezüglich der Häufigkeit der Berührungen mit sexueller Absicht erkennen (Fisher's Exact Test;  $p=0,792$ ).

#### 5.6.4.2 Küsse

In 35 (17,2%) Fällen beschrieben die Opfer Küsse als Bestandteil der sexuellen Übergriffe. Tabelle 18 stellt die Fälle sexuellen Missbrauchs, bei denen die Opfer über Küsse berichteten, getrennt nach ADHS-Diagnose dar.

	ADHS (n=31)	Keine ADHS (n=172)
<b>Küsse</b>	8 (25,8%)	27 (15,7%)

Tabelle 18: Häufigkeit von Küssen als Bestandteil der sexuellen Übergriffe für die Opfer mit und ohne ADHS (n=203)

Es lässt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Opfern mit und ohne ADHS erkennen (Pearson Chi<sup>2</sup> Test; Chi<sup>2</sup>=1,881; p=0,170).

#### 5.6.4.3 Oralverkehr

76 (37,1%) der kindlichen Opfer berichteten von oralem Geschlechtsverkehr mit dem Täter. Auch hier gab es unterschiedliche Formen, je nachdem ob der Täter oder das Opfer die jeweils aktive oder passive Rolle einnahmen oder dies im wechselseitigen Agieren stattfand. In 19 Fällen war der Täter oral beim Opfer aktiv, in 39 Fällen war das Opfer oral beim Täter aktiv und in 18 Fällen kam es zu wechselseitigem oralen Kontakt. Tabelle 19 zeigt die Zahlen der Missbrauchsopfer, die Oralverkehr angaben, getrennt nach ADHS- Diagnose auf.

	<b>ADHS</b> (n=32)	<b>Keine ADHS</b> (n=173)
<b>Oralverkehr</b>	15 (46,9%)	61 (35,3%)

Tabelle 19: Häufigkeit von Oralverkehr getrennt für Opfer mit und ohne ADHS (n=205)

Es lässt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen erkennen (Pearson Chi<sup>2</sup> Test; Chi<sup>2</sup>=1,562; p=0,211)

#### 5.6.4.4 Analverkehr

Von 33 (16,2%) Opfern war über Analverkehr berichtet worden. In 31 Fällen penetrierte der Täter das Opfer, in einem Fall musste das Opfer den Täter penetrieren und in zwei Fällen kam es zur wechselseitigen Penetration. In Tabelle 20 werden diejenigen Missbrauchsfälle, die analen Verkehr als Missbrauchsakt angaben, getrennt danach vorgestellt, ob eine ADHS vorlag oder nicht.

	<b>ADHS</b> (n=32)	<b>Keine ADHS</b> (n=172)
<b>Analverkehr</b>	9 (28,1%)	24 (14,0%)

Tabelle 20: Häufigkeit von Analverkehr getrennt für Opfer mit und ohne ADHS (n=204)

Die Gruppe der Opfer mit ADHS war signifikant häufiger von Analverkehr betroffen als diejenige ohne ADHS. (Pearson Chi<sup>2</sup> Test; Chi<sup>2</sup>=3,996; p=0,046).

#### 5.6.4.5 Geschlechtsverkehr (vaginal)

Bei 63 (30,7%) Fällen kam es zum Geschlechtsverkehr zwischen Täter und den weiblichen Opfern. Tabelle 21 zeigt die Zahlen für die Missbrauchsoffer mit ADHS im Vergleich zu denen ohne ADHS (Tab.21).

	<b>ADHS</b> (n=32)	<b>Keine ADHS</b> (n=173)
<b>Geschlechtsverkehr</b>	6 (18,8%)	57 (32,9%)

Tabelle 21: Häufigkeit von Geschlechtsverkehr getrennt für Opfer mit und ohne ADHS (n=205)

Es bildet sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen ab (Pearson Chi<sup>2</sup> Test; Chi<sup>2</sup>=2,557; p=0,110).

#### 5.6.4.6 Pornographie

Pornographie in jeglicher Form spielte bei 43 (21,8%) der Missbrauchsfälle eine Rolle. Dabei wurde unterschieden, ob das Opfer dazu aufgefordert wurde, sich pornographisches Material anzusehen oder selbst zum Zweck der sexuellen Befriedigung des Täters im pornographischen Sinne fotografiert oder gefilmt wurde. Neun der Opfer gaben an, dass von ihnen pornographische Aufnahmen gemacht wurden, 28 der Opfer mussten pornographisches Material anschauen und für zusätzliche sechs der Opfer traf beides zu. Tabelle 22 zeigt die Zahlen für die Missbrauchsoffer mit ADHS im Vergleich zu denen ohne ADHS.

	<b>ADHS</b> (n=32)	<b>Keine ADHS</b> (n=170)
<b>Pornographie</b>	13 (40,6%)	30 (17,6%)

Tabelle 22: Häufigkeit von Pornographie getrennt für Opfer mit und ohne ADHS (n=202)

Der Chi<sup>2</sup>-Test zeigt einen signifikanten Unterscheid zwischen den beiden Gruppen (Pearson Chi<sup>2</sup> Test; Chi<sup>2</sup>=8,486; p=0,004). Demnach waren die Opfer mit ADHS signifikant häufiger pornographischen Inhalten ausgesetzt als diejenigen ohne ADHS.

#### **5.6.4.7 Exhibitionismus**

Zwei der bearbeiteten Gutachten (1,0%) handelten von Exhibitionismus, ohne dass das Opfer anderweitigen sexuellen Missbrauchsformen ausgesetzt war. Hierbei stellte der Täter sein Geschlechtsteil zur Schau. Die Betroffenen stammten aus der Gruppe ohne ADHS-Diagnose (n=174; 1%). Von den Probanden mit ADHS (n=34) hingegen war niemand von Exhibitionismus betroffen.

#### 5.6.4.8 Zusammenfassende Darstellung der Art des sexuellen Missbrauchs

Abbildung 5 stellt zusammenfassend die Häufigkeiten der sexuellen Praktiken bei sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen getrennt für die Gruppe mit ADHS und diejenige ohne ADHS dar.

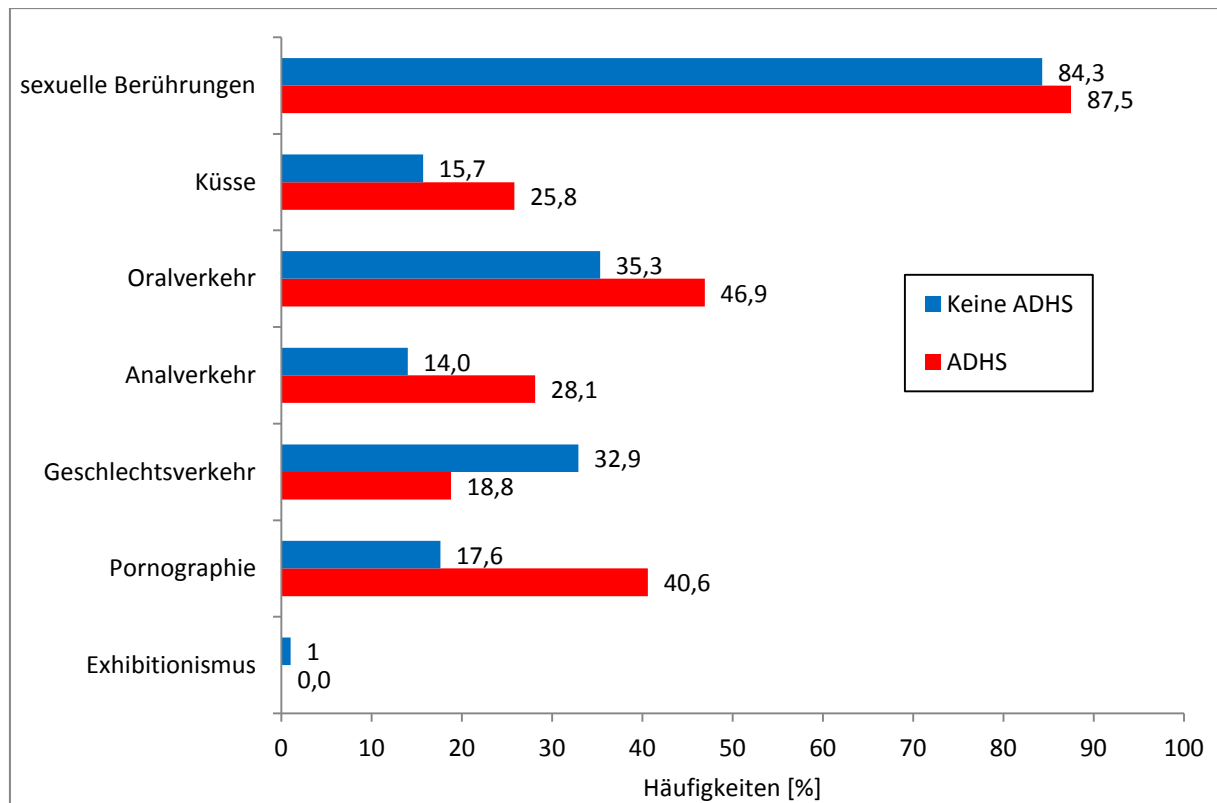


Abbildung 5: Häufigkeiten der sexuellen Praktiken vergleichend für die Gruppen mit und ohne ADHS (n=208)

Zusätzlich konnte bei der Betrachtung getrennt nach Geschlechtern (Tabelle 23) gezeigt werden, dass die weiblichen Probanden mit ADHS signifikant häufiger von der pornographischen Form des sexuellen Missbrauchs betroffen waren (Fisher's Exact Test;  $p=0,008$ ) als Mädchen ohne ADHS und männliche Probanden mit ADHS häufiger im Zusammenhang mit sexuellen übergriffigem Verhalten Küsse erdulden mussten (Fisher's exact Test,  $p=0,037$ ) als Jungen ohne ADHS. Aufgrund der sehr kleinen Fallzahlen für Exhibitionismus ohne sexuelle Kontakte wurde hierfür kein Test durchgeführt.

	<b>ADHS/keine ADHS Weiblich</b>	<b>ADHS/keine ADHS Männlich</b>
<b>Sexuelle Berührungen</b>	p=1,000 (Fisher's Exact Test)	p=0,432 (Fisher's exact Test)
<b>Küsse</b>	p=0,364 (Fisher's exact Test)	<b>p=0,037</b> (Fisher's exact Test)
<b>Oralverkehr</b>	p=0,667 (Pearson Chi <sup>2</sup> )	p=0,218 (Pearson Chi <sup>2</sup> )
<b>Analverkehr</b>	p=0,235 (Fisher's exact Test)	p=0,832 (Pearson Chi <sup>2</sup> )
<b>Geschlechtsverkehr (vaginal)</b>	p=0,500 (Pearson Chi <sup>2</sup> )	-
<b>Pornographie</b>	<b>p=0,008</b> (Fisher's exact Test)	p=0,410 (Fisher's exact Test)

Tabelle 23: Art des sexuellen Missbrauchs abhängig vom Vorliegen einer ADHS und getrennt nach Geschlecht

#### 5.6.4.9 Weitere Formen sexueller Übergriffe

Neben den oben beschriebenen Handlungen zwischen Täter/Täterin/Tätern und Opfer kam es zu einer Vielzahl anderer Arten von sexuellem Missbrauch, die wegen ihrer Heterogenität nicht in die oben genannten Gruppen integriert werden konnten. Es soll hier erwähnt werden, dass in drei Fällen sexuelle Handlungen des Opfers mit dritten Personen (Geschwistern, Freundin) erzwungen wurden und es in zwei Fällen zu sexuellen Kontakten mit einem Hund kam. In weiteren zwei Fällen kam es zur mehrmaligen Prostitution des Opfers durch die Mutter. In einem Fall handelte es sich um regelmäßige Prostitution des Opfers als Gegenleistung für Geld und Drogen.

#### 5.6.4.10 Rahmenaspekte des sexuellen Missbrauchs

Drohungen jeglicher Art (z. B. Morddrohungen, Selbstmorddrohungen des Täters, Bedrohung des Opfers mit Waffen) erfuhren 103 der Opfer. In fünf Fällen kam es zur Erpressung des Opfers durch den Täter. In 43 Fällen erhielt das Opfer Geld oder Geschenke



oder bekam solche versprochen. In fünf Fällen war das Opfer alkoholisiert oder stand unter Einfluss anderer Drogen bzw. Medikamente.

## 6 Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurde die Prävalenz der ADHS in einer forensischen Population bestimmt, nämlich bei Probanden, die einen sexuellen Missbrauch bzw. sexuelle Übergriffe im Kindes- und Jugendalter geschildert und zur Anzeige gebracht hatten. Es waren Angaben bzw. Variablen zur Person des Opfers, den Beschuldigten sowie der Tat erfasst worden und Vergleiche zwischen Opfern sexueller Gewalt mit und ohne ADHS angestellt worden. Der mittlere Intelligenzquotient (IQ) der Begutachtungspopulation lag mit 93,9 (SD=15,8) im Normbereich.

Bei 36 (17,1%) Probanden konnte die Diagnose einer kindlichen ADHS aktuell oder retrospektiv als gesichert betrachtet werden. Es handelte sich um 23 weibliche und 13 männliche Probanden. Damit waren 13,1% der weiblichen Probanden und 37,1% der männlichen Probanden von einer ADHS betroffen. Diese Zahlen übertreffen bei weitem die von Huss und Kollegen (2008) in einer großen epidemiologischen Studie berechneten Prävalenzraten von ADHS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Danach ist geschlechtsübergreifend von einer Prävalenzrate von 4,8% auszugehen sowie getrennt nach Geschlecht von 1,8% für das weibliche und von 7,9% für das männliche Geschlecht. Unter Berücksichtigung der nationalen Prävalenzraten für ADHS im Kindes- und Jugendalter errechnete sich für die untersuchte forensische Population eine Odds Ratio (OR) von 8,6754 [2,5542; 29,4667] für das weibliche Geschlecht, eine Odds Ratio (OR) von 6,303 [1,6053; 24,7485] für das männliche Geschlecht und für die Gesamtpopulation eine Odds Ratio (OR) von 4,1379 [1,9951; 8,5821]. Man registrierte für Personen, die angeben im Kindes- oder Jugendalter sexuell missbraucht worden zu sein, ein signifikant erhöhtes Risiko für eine kindliche ADHS. Die hohe Prävalenz für ADHS in der untersuchten Population kann dabei nicht auf unterschiedliches methodisches Vorgehen bei der Diagnosestellung zurückgeführt werden. Huss und Kollegen (Schlack et al., 2007; Huss et al., 2008) hatten in ihrer Studie jeweils weit über 7000 Jungen und Mädchen im Alter von 3 bis 17 Jahren auf das Vorliegen einer ADHS untersucht. Die oben angegebenen Prozentzahlen beinhalten Kinder und Jugendliche mit einer ärztlich oder psychologisch festgestellten ADHS. Somit lassen sich die Ergebnisse der beiden Studien gut miteinander vergleichen, da die Diagnostik der ADHS jeweils durch Experten erfolgte.

In der vorliegenden Studie ist kritisch darauf hinzuweisen, dass vor allem in Bezug auf männliche Probanden der Stichprobenumfang begrenzt war. Dies ergibt sich aus dem

Umstand, dass Jungen seltener als Mädchen Opfer sexueller Gewalt werden und möglicherweise sexuelle Gewalt seltener zur Anzeige bringen als weibliche Opfer. Gleichzeitig ist aber die Prävalenz von ADHS bei Jungen höher als bei Mädchen. Ein ähnliches Bild ergab sich bei der Studie von McLeer et al. (1994), bei der mehr als die Hälfte der Opfer sexuellen Missbrauchs mit ADHS weiblichen Geschlechts (sieben von dreizehn) waren.

Die in der hier vorliegenden Studie untersuchten Probanden stammten zum überwiegenden Teil aus dem Saarland sowie aus angrenzenden Bereichen des Bundeslandes Rheinland-Pfalz. Insofern war eine regionale Selektion gegeben. Huss und Kollegen (Schlack et al., 2007; Huss et al., 2008) dagegen hatten Kinder und Jugendliche aus allen Regionen Deutschlands rekrutiert, wobei weder zwischen Ost und West noch zwischen ländlichen und urbanen Regionen Unterschiede in der Prävalenz der ADHS aufzuzeigen waren. Darüber hinaus wurden bei der Studie von Huss et al. (2008) ausschließlich Kinder und Jugendliche auf das Vorliegen einer ADHS hin untersucht, wohingegen in der hier vorliegenden Studie auch Erwachsene, die angaben, sexuellen Missbrauch in der Kindheit bzw. Jugend erlebt zu haben, retrospektiv auf eine ADHS untersucht worden waren. Diese Abweichungen in der Untersuchungsmethodik führen dazu, dass die ermittelten Prävalenzen nicht ohne weiteres miteinander vergleichbar sind. Es ist jedoch nicht zu erwarten, dass allein regionale Besonderheiten die erhöhte Prävalenz für ADHS in der untersuchten Stichprobe erklären und ebenso wenig der zum Teil retrospektive Ansatz. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigten eine überzufällig hohe Zahl von ADHS-Betroffenen bei Opfern sexuellen Missbrauchs.

Die Prozentzahl der mit einer ADHS diagnostizierten Opfer sexuellen Missbrauchs dieser Studie übersteigt auch jene Zahlen der Studie von Merry et al. (1994), bei der 13,6% der Opfer unter ADHS litten. Hier wurden 66 Kinder und Jugendliche im Alter von 4 bis 16 Jahren auf das Vorliegen psychiatrischer Erkrankungen untersucht. Die Kinder und Jugendlichen wurden über den Kontakt zu verschiedenen Organisationen, allerdings nicht psychiatrischen Einrichtungen, rekrutiert. Ein relevanter Unterschied bestand neben der Tatsache, dass es sich auch bei dieser Studie ausschließlich um Kinder und Jugendliche handelt, darin, dass vorausgesetzt wurde, dass der Missbrauch in den letzten sechs Monaten stattgefunden hatte sowie dass dieser in den letzten drei Monaten vor dem Untersuchungszeitpunkt offenbart wurde. Diese Voraussetzungen unterscheiden sich von denen der hier vorliegenden Studie, bei der ein beliebig langer Zeitraum zwischen dem

Zeitpunkt des Missbrauchs und des Gutachtens bzw. der Offenbarung lag. Es wird deutlich, dass durch unterschiedliche methodische Vorgehensweisen und Probandenselektion die Studienergebnisse variieren können.

Die untersuchte Stichprobe bestand aus 175 weibliche und 35 männlichen Personen. Demnach waren fünf Mal so viele weibliche wie männliche Probanden von sexuellem Missbrauch in der Kindheit und Jugend betroffen bzw. beschrieben einen solchen. Mädchen und junge Frauen waren somit noch häufiger Opfer sexuellen Missbrauchs als durch MacMillan und Kollegen (1997) sowie Putnam (2003) beschrieben, die davon ausgehen, dass das weibliche Geschlecht zweieinhalb bis dreimal häufiger Opfer sexueller Übergriffe in Kindheit und Jugend wird als das männliche Geschlecht. Das Anzeigeverhalten des jeweiligen Geschlechts könnte hier eine Rolle spielen. Studien haben gezeigt, dass sexuell missbrauchte Jungen häufig über diese Taten schweigen bzw. sich niemandem anvertrauen (Finkelhor et al., 1990; Hebert et al., 2009). Es ist anzunehmen, dass sich dieses Verhalten auch in der Bereitschaft zur Anzeige des sexuellen Missbrauchs widerspiegelt und sich daher im Vergleich zu anderen Studien relativ wenige männliche Probanden in der hier untersuchten Stichprobe fanden.

Auch verglichen mit der epidemiologischen Studie von Schötensack et al. (1992) über die Prävalenz von sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen war in der hier vorliegenden Studie das weibliche Geschlecht deutlich häufiger von sexuellem Missbrauch betroffen als das männliche. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung liegen jedoch im Rahmen derer anderer Studien, wie jene von Fergusson et al. (1996a), bei der Mädchen ebenfalls über fünf Mal häufiger betroffen waren als Jungen. Das Verhältnis zwischen weiblichen und männlichen Opfern sexuellen Missbrauchs liegt in dem von Wekerle und Wolfe 1996 beschriebenen vom Alter abhängigen Rahmen von 2:1 bis 6:1.

Bevor weitere Ergebnisse dieser Arbeit interpretiert und diskutiert werden, soll hier angemerkt werden, dass viele der untersuchten Faktoren zu den Angaben zur Person des Opfers sowie zu Missbrauchserlebnissen und der Person des Täters aufgrund ungenauer Angaben von Seiten der Opfer mit Unsicherheit verbunden sind. Hinzu kommt, dass aus vielen Gutachten nicht zu allen Variablen Informationen zu erhalten waren. Sexuell Missbrauchte neigen dazu, das Erlebte zu vergessen, herunterzuspielen oder zu leugnen (Sjoberg und Lindblad, 2002), was zu Informationsverlust bei der Befragung der Opfer führen kann. Dies stellte ein wesentliches Problem dieser Arbeit sowie auch anderer Studien

zu diesem Thema dar und sollte bei der Interpretation von Ergebnissen berücksichtigt werden.

Das mittlere Alter der Probanden zu Beginn der sexuellen Übergriffe betrug 9,6 Jahre (SD=5,3), wobei das der weiblichen Probanden höher lag als jenes der männlichen Probanden (9,8 Jahre vs. 8,2 Jahre). Die Ergebnisse anderer Studien zu diesem Gesichtspunkt schwanken sehr stark, weshalb es sich als schwierig herausstellt, hier einen Vergleich aufzustellen. Die hier vorgelegten Zahlen liegen etwas unter den Ergebnissen von Baker und Duncan (1985), Finkelhor et al. (1990) sowie Cutajar et al. (2010a). Das relativ niedrige Durchschnittsalter der Opfer bei Missbrauch der hier vorliegenden Studie könnte damit erklärt werden, dass gerade bei jungen Opfern von Seiten des Gerichts eine Begutachtung als erforderlich betrachtet wird.

Bezüglich des mittleren Alters zu Begutachtungszeitpunkt und des Alters bei Beginn der sexuellen Übergriffe sowie dem mittleren Intelligenzquotienten konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Probanden mit und jenen ohne ADHS-Diagnose festgestellt werden. In beiden Gruppen gab es sowohl Probanden mit verschiedenen Graden von Intelligenzminderung bzw. Grenzbegabung als auch mit Hochbegabung. Ebenso besuchte ein gewisser Prozentsatz aus beiden Gruppen eine Förderschule.

In beiden Gruppen fanden sich zahlreiche psychiatrische Erkrankungen. Neben ADHS als häufigster psychiatrischer Diagnose waren noch zahlreiche weitere psychiatrische Störungen zu registrieren, die ihrerseits, wie in anderen Studien belegt werden konnte, sowohl einen Risikofaktor (Turner et al., 2010) für sexuellen Missbrauch als auch Folgen desselben darstellen können (z.B. Spataro et al., 2004; Cutajar et al., 2010a). Insgesamt litten 63,3% der untersuchten sexuell missbrauchten Personen unter einer psychiatrischen Störung. Dies ist ein Ergebnis, das sehr nahe bei jenem der retrospektiven Studie von Merry und Kollegen (1994) liegt, die bei 63,5% der untersuchten sexuell missbrauchten Kinder eine Störung der Achse I (DSM-IV) fanden. Aufgrund des retrospektiven Charakters der hier vorliegenden Studie konnte allerdings nicht festgestellt werden, ob die psychiatrischen Störungen bereits vor dem sexuellen Missbrauch vorlagen oder sich erst danach entwickelten. Es konnte lediglich beurteilt werden, welche psychiatrischen Störungen bzw. Diagnosen zum Zeitpunkt des Gutachtens vorlagen. Allerdings scheint es plausibel, dass ADHS, die in vielen Fällen mit einem hohen Grad komorbider Störungen einhergeht, eine Ausgangssituation für die Entwicklung einiger weiterer psychischer Störungen darstellt. (Schwenck et al., 2007; Rösler und Retz, 2008)

Die in vielen Studien über den Zusammenhang von sexuellem Missbrauch im Kindes- und Jugendalter und ADHS beschriebene mögliche Fehlinterpretation der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) assoziierten Verhaltensauffälligkeiten nach sexuellem Missbrauch als Symptome einer ADHS sowie die Fehldeutung ADHS-typischer Symptome als Verhaltensweisen einer PTSD (z.B. McLeer et al., 1994; Rucklidge et al., 2006) sollte bei einer regelrechten Diagnostik nicht der Fall sein (siehe auch Weinstein et al., 2000). Es ist grundsätzlich plausibel und nachvollziehbar, dass traumatische Erfahrungen bzw. eine PTSD zu Beeinträchtigungen in den Bereichen Aufmerksamkeit und Impulsregulation führen können und Überaktivität in der Folge einer Traumatisierung auftreten kann. Ebenso können in Zusammenhang mit einem erlebten Missbrauch soziale Defizite verstärkt werden. Eine Verwechslung stressbedingter Aufmerksamkeitsstörungen mit ADHS ist dabei jedoch bereits aufgrund der biografischen Komponente der Diagnose ADHS nicht möglich und durch eine ausführliche und gründliche psychiatrische Exploration zu vermeiden. Eine PTSD kann eine Folge sexuellen Missbrauchs sein, die, allerdings unabhängig von einer möglicherweise vorliegenden ADHS, diagnostiziert und behandelt werden muss. Natürlich müssen dabei mögliche Komorbiditäten (wie z.B. eine ADHS) berücksichtigt werden. Dennoch darf es nicht zur Vermischung dieser beiden grundsätzlich verschiedenen Störungsbilder kommen. Laut einiger Autoren soll die PTSD aber eine häufige komorbide Störung der ADHS darstellen (Cuffe et al., 1994; Famularo et al., 1996).

In der vorliegenden Studie war nur in sieben Fällen (3,3%) die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gestellt worden, wobei lediglich ein Opfer mit ADHS-Diagnose hiervon betroffen war. Damit litten in dieser Studie deutlich weniger Probanden an einer PTSD als in der Untersuchungen von Merry et al. (1994), bei der rund 18% der sexuell missbrauchten Kinder und Jugendliche von einer PTSD betroffen waren. Bei einer Untersuchung von McLeer et al. (1992, 1994) war sogar bei über 40% der sexuell missbrauchten Kinder und Jugendlichen eine PTSD diagnostiziert worden.

Das durchschnittliche Zeitintervall zwischen Beginn der sexuellen Übergriffe und dem aussagepsychologischen Gutachten betrug 5,4 Jahre. Die Gruppe mit ADHS-Diagnose und diejenige ohne diese Diagnose unterschieden sich in diesem Punkt nicht signifikant. Man sollte beachten, dass verschiedene Faktoren auf dieses Zeitintervall Einfluss haben. Darunter fiel der Zeitraum zwischen dem sexuellen Missbrauch und dem Zeitpunkt, an dem dieser öffentlichen Stellen gemeldet wurde, sowie Bearbeitungszeiten des jeweiligen Falles seitens Polizei, Jugendamt und Justiz. Diese Einflussfaktoren auf den Zeitintervall zwischen sexuellem Missbrauch und Erstellung des Gutachten können rückblickend nicht beurteilt

werden, sodass ein Vergleich dieser Variabel mit Ergebnissen anderer Studien wenig sinnvoll erscheint.

Hinsichtlich des Täterprofils gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen Probanden mit und ohne ADHS-Diagnose. Insgesamt wurde die Mehrzahl der Opfer sexueller Übergriffe (93,1%) durch eine Person missbraucht. In beiden Gruppen (mit und ohne kindliches ADHS) wurde allerdings auch sexueller Missbrauch durch mehrere Personen beschrieben. Diese Zahlen sind vergleichbar mit jenen von Cutajar et al. (2010a), in deren Untersuchung 94,4% der Opfer von einer Einzelperson sexuell missbraucht wurden. Wie schon in anderen Studien gezeigt wurde waren auch in der hier vorliegenden Studie über 90% der Täter männlichen Geschlechts (Finkelhor et al., 1990; Schötensack et al., 1992; Fergusson et al., 1996a). Lediglich in Ausnahmefällen wurden Frauen des sexuellen Missbrauchs beschuldigt. In nur einem Fall wurde eine Frau als Einzeltäterin genannt. Auffallend ist allerdings, dass in sieben von zwanzig Fällen mit mehreren Tätern Frauen als Täterinnen beschuldigt wurden. Bei den Opfern handelte es sich hierbei ausschließlich um Probanden ohne ADHS.

Leider war es nur bei weniger als einem Drittel der Fälle möglich, das Lebensalter der Täter zu bestimmen, sodass dieses Ergebnis wenig repräsentativ ist. Das durchschnittliche Alter der Täter betrug 37,8 Jahre (SD=17,2) und lag damit deutlich über dem von Merry et al. (1994) ermittelten Täteralter ihrer Stichprobe (27,14 Jahre).

Übereinstimmend mit den Ergebnissen anderer Studien konnte gezeigt werden, dass der Großteil der Täter bzw. Täterinnen aus dem persönlichen Umfeld der betroffenen Kinder und Jugendlichen stammte und diesen bekannt war (Russell, 1983; Schötensack et al., 1992; Merry und Andrews, 1994; Finkelhor, 1994b; Cutajar et al., 2010a). Ein wesentlicher Unterschied zu den zitierten Studien bestand darin, dass der überwiegende Teil der Täterinnen und Täter (62,9%) aus dem Kreis der Familie stammte. Damit kam es fast doppelt so häufig zu intrafamiliärem wie zu extrafamiliärem sexuellem Missbrauch (32,4% Bekanntenkreis, 1,4% fremde Person). In der Studie von Çengel-Kültür et al. (2007) hingegen waren die Täter häufiger aus dem Bekanntenkreis (40,7%) als aus dem Kreis der Familie (33,4%). Zugleich handelten in der hier vorliegenden Studie lediglich drei Fälle von sexuellem Missbrauch durch eine dem Opfer fremde Person. Hier liegen die Ergebnisse anderer Studien mit 10%-30% deutlich höher (Russell, 1983; Finkelhor et al., 1990). In der Studie von Merry et al. (1994) allerdings war auch nur in Einzelfällen von einer fremden Person als Täter berichtet worden. Auch sexueller Missbrauch durch nicht zur Familie gehörende, aber dem Opfer bekannte Personen erreichte in der Studie von Russel (1983) mit

60% wesentlich höhere Prozentzahlen als in der vorliegenden Studie. Eine mögliche Begründung für diese Unterschiede in den Prozentzahlen bezüglich der Täter-Opfer-Beziehung lassen sich durch Ungleichheiten in der Methodik der jeweiligen Studien begründen, die unterschiedliche Befragungskollektive beinhalten. Hinzu kommt, dass vermutlich eher Fälle schweren sexuellen Missbrauchs zu einem in dieser Studie ausgewerteten Gutachten führten. Exhibitionistische Handlungen und sexueller Missbrauch ohne Körperkontakt finden laut Nissen und Kollegen (1991) allerdings meist extrafamiliär statt, wohingegen intrafamiliärer Missbrauch mit einer schwerwiegenderen Art sexueller Handlungen (Penetration) und mehrmaligem Missbrauch verbunden wurde (Schötensack, Elliger et al., 1992; Fergusson, Lynskey et al., 1996a). Dies könnte die hohe Prozentzahl von Fällen sexuellen Missbrauchs mit Tätern aus dem Kreis der Familie in der vorliegenden Studie begründen. Auch die Tatsache, dass in der hier vorliegenden Studie relativ wenig männliche Probanden vertreten sind, die laut Cutajar et al. (2010a) in einem höheren Maß Missbrauch im außerfamiliären Bereich ausgesetzt sind sowie laut Elliger und Schötensack (1991) oft von weniger schwerwiegenden Formen sexuellen Missbrauchs betroffen sind, könnte erklären, warum nur etwas mehr ein Drittel der Opfer dieser Studie über sexuellen Missbrauch außerhalb der Familie berichteten.

Gegen diese Hypothesen spricht, dass sexueller Missbrauch durch Familienmitglieder im Zusammenhang damit steht, den Missbrauch verspätet oder gar nicht zu offenbaren (Kogan, 2004). Ebenso spricht gegen die oben genannte Hypothese, dass nur 2% der Fälle intrafamiliären, aber 6% der Fälle extrafamiliären sexuellen Missbrauchs der Polizei gemeldet werden (Russell, 1983). Auch die Studien von Schötensack et al. (1992) und Raupp und Eggers (1993) kamen zu dem Ergebnis, dass Missbrauch durch Täter aus dem nahen Umfeld des Opfers nur selten offiziellen Stellen gemeldet werden. Bei sexuellem Missbrauch durch fremde Personen liegt das Meldeverhalten deutlich höher, wobei hier auch nur jeder sechste sexuelle Missbrauch offiziellen Stellen gemeldet wird (Raupp und Eggers, 1993).

Auch was Dauer und Häufigkeit der sexuellen Übergriffe betrifft, konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Opfern mit und ohne ADHS-Diagnose festgestellt werden. Durchschnittlich dauerte der sexuelle Missbrauch ca. 929 Tage. Es kam durchschnittlich zu fünf sexuellen Übergriffen pro Opfer. Die Spannweite für die hier vorgestellten Werte von 44 einmaligen (46,8%; n=94) bis hin zu 150 sexuellen Übergriffen bzw. sexuellem Missbrauch über eine Zeitspanne von bis zu 3600 Tagen war dabei sehr groß. Die Angaben der Probanden zu diesen Variablen müssen aber sehr vorsichtig



interpretiert werden, da von den Opfern oftmals nur geschätzte Werte angegeben werden konnten. In der Studie von Cutajar und Kollegen (2010a) hatten 61,9% der Opfer sexuellen Missbrauchs von mehr als einem Missbrauchsfall berichtet. Das ist ein Ergebnis, das dem der hier vorliegenden Studie sehr nahe kommt (63,2%; n=94). In einer Studie von Kogan (2004) hingegen berichteten mehr als 60% der befragten weiblichen Jugendlichen von einem einmaligen Vorfall.

Über die Hälfte der Opfer erfuhren körperliche Gewalt durch den Täter. Auch in diesem Punkt zeigten Probanden mit und ohne ADHS keine signifikanten Unterschiede. Eine Studie von Russel (1983) konnte bei 41% der Fälle sexuellen Missbrauchs im Kindes- und Jugendalter Gewalt ausmachen, wobei es sich bei dieser Untersuchung ausschließlich um weibliche Opfer sexueller Übergriffe innerhalb der Familie handelte und ebenso Bewusstlosigkeit oder Betäubt-Sein des Opfers sowie sexueller Missbrauch des schlafenden Opfers mit einberechnet wurden. Letztere Umstände wurden in der hier vorliegenden Studie in einem separaten Abschnitt („Rahmenaspekte des sexuellen Missbrauchs“) untersucht. Auch bezüglich der Variablen Schmerzen/Verletzungen, die von 113 (62%) der Opfer bejaht wurde, konnte man keinen signifikanten Unterschied zwischen den Opfern mit und ohne ADHS-Diagnose feststellen. Im Gegensatz hierzu hatten in einer Untersuchung von Kogan (2004) lediglich 11% der befragten weiblichen Jugendlichen Verletzungen als Folge der sexuellen Übergriffe angegeben. Dieser Unterschied könnte damit begründet werden, dass in die Berechnungen der hier vorliegenden Studie auch noch Angaben zu Schmerzen einberechnet wurden, die gerade bei Anwendung von Gewalt bzw. schweren Formen sexuellen Missbrauchs, wie vaginalem oder analem Verkehr, anzunehmen sind.

Insgesamt berichteten 167 Opfer spontan und 32 Opfer auf Nachfrage anderen Personen vom den sexuellen Übergriffen. Nahezu alle derjenigen Opfer mit ADHS vertrauten sich spontan einer anderen Person zu den sexuellen Übergriffen an. In der Gruppe der Opfer ohne ADHS berichtete ein signifikanter Anteil erst auf Nachfrage über den erlebten sexuellen Missbrauch. Die bestehende Literatur gibt keine Erklärungen dafür, dass Kinder und Jugendliche mit ADHS eher dazu bereit sind über sexuellen Missbrauch zu berichten als nicht an ADHS erkrankte. Hier lässt sich nur vermuten, dass es bei sexuell Missbrauchten mit ADHS aufgrund der impulsiven Komponente der ADHS eher zu einer Äußerung des Missbrauches kommt.

Hinsichtlich der Offenbarung im therapeutischen Kontext ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Opfern mit und ohne ADHS-Diagnose erkennen. Die

Gesamtstichprobe betreffend berichteten lediglich elf Opfer (5,5%) von einer erstmaligen Offenbarung des sexuellen Missbrauchs im therapeutischen Kontext. Wilsnack et al. (2001) hatten herausgefunden, dass lediglich ein geringer Prozentsatz (1,8%) der weiblichen Opfer sexuellen Missbrauchs sich erst durch die Hilfe eines Anwalts, Arztes, Psychotherapeuten oder einer anderen Person mit ähnlicher Funktion einen erlebten sexuellen Missbrauch in der Kindheit und Jugend wieder ins Gedächtnis gerufen hatten. Damit widerlegten sie die sehr viel höhere Zahlen anderer Autoren zum „false memory syndrome“.

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der Art des sexuellen Missbrauchs diskutiert und interpretiert werden. In der vorliegenden Arbeit wurde versucht, nur diejenigen Formen sexuellen Missbrauchs in die Studie aufzunehmen, die nach Angaben des Opfers vollzogen wurden, und nicht solche Handlungen, bei denen es sich lediglich um einen Versuch gehandelt hatte. Gerade jüngere Opfer hatten allerdings oftmals Probleme, zwischen vollzogenen bzw. versuchten sexuellen Handlungen zu unterscheiden, insbesondere wenn es um Penetration ging. Andere Studien (Russell, 1983; Finkelhor et al., 1990; Fergusson et al., 1996a) schließen auch versuchte sexuelle Handlungen mit ein, was beim Vergleich mit solchen Studien zu berücksichtigen ist. Die gesamte Begutachtungspopulation betrachtend stellten Berührungen sexueller Absicht die häufigste Form sexueller Übergriffe dar (n=173). Mit absteigender Häufigkeit wurden Oralverkehr (n=76), vaginaler Geschlechtsverkehr (n=63), Pornographie (n=43), Küsse (n=35), Analverkehr (n=33) und Exhibitionismus (n=2) genannt. Lediglich hinsichtlich anal-genitaler Sexualkontakte sowie Pornographie konnte ein signifikanter Unterschied zwischen Opfern mit und ohne ADHS-Diagnose ausgemacht werden, wobei Probanden mit ADHS häufiger von diesen Formen sexuellen Missbrauchs betroffen waren als diejenigen ohne ADHS. Alle anderen Formen sexuellen Missbrauchs ließen keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen erkennen. Betrachtete man die Opfer nicht nur hinsichtlich einer vorliegenden ADHS-Diagnose, sondern auch getrennt nach Geschlecht, gaben weibliche Probanden mit ADHS signifikant häufiger Pornographie jeglicher Art als Form des sexuellen Missbrauchs an als weibliche Probanden ohne ADHS. Männliche Probanden mit ADHS gaben signifikant häufiger Küssen als Form des sexuellen Missbrauchs an als diejenigen ohne ADHS. Dieses Ergebnis ist durch sehr kleine Häufigkeiten (lediglich drei männliche Probanden mit ADHS vs. niemand der männlichen Probanden ohne ADHS berichteten von Küssen) in seiner Bedeutung eingeschränkt.

Lediglich zwei der Gutachten handelten von Exhibitionismus, ohne dass das Opfer anderen Formen sexuellen Missbrauchs ausgesetzt war. Aufgrund dieser geringen Häufigkeit wurden

mit diesen Ergebnissen keine weiteren Berechnungen durchgeführt. Es ist allerdings davon auszugehen, dass Kinder und Jugendliche (und auch Erwachsene) sehr viel häufiger von exhibitionistischen Handlungen betroffen sind, in diesen Fällen jedoch eher selten aussagepsychologische Gutachten in Auftrag gegeben werden.

Die Formen sexuellen Missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen sind sehr heterogen. Dies erschwert es, einzelne Fälle sexuellen Missbrauchs oder Schicksale miteinander zu vergleichen. Aus diesem Grund wurden in der hier vorliegenden Arbeit nur die häufigsten Formen sexuellen Missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen dargestellt ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu haben.

Die erfassten Rahmenaspekte des sexuellen Missbrauchs machten deutlich, dass Drohungen, Erpressung sowie Belohnung der Opfer sexuellen Missbrauchs durch ihre Täter keine Seltenheit sind und in einigen Fällen die Beurteilung der Situation durch die Opfer wegen Drogen- bzw. Medikamenteneinfluss während des sexuellen Missbrauchs nicht möglich war.

Insgesamt machen die Ergebnisse der vorliegenden Studie deutlich, dass die Prävalenz von ADHS unter Kindern und Jugendlichen, die einen sexuellen Missbrauch oder allgemein sexuell übergriffiges Verhalten beschrieben im Vergleich zur Normalbevölkerung erhöht war. Entsprechend schien das Krankheitsbild der ADHS mit einem höheren Risiko einherzugehen, Opfer eines sexuellen Missbrauchs zu werden. Dabei fanden sich keine signifikanten Unterschiede in den anderen, die Opfer beschreibenden Variablen wie Alter und IQ. Ebenso wenig konnten signifikante Unterschiede zwischen Opfern mit und ohne ADHS bezogen auf Täterereigenschaften oder die Täter-Opfer-Beziehung ausgemacht werden. Auch bezogen auf Faktoren der sexuellen Übergriffe, wie Häufigkeit, Dauer, Gewalt sowie Schmerzen und Verletzungen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Bei der Betrachtung der Art des sexuellen Missbrauchs ließ sich erkennen, dass Opfer mit ADHS signifikant häufiger anal-genitalen Missbrauch erfuhren und signifikant häufiger Pornographie als Form des sexuellen Missbrauchs als diejenigen ohne ADHS angaben. Zusätzlich ließen sich nach Berechnungen getrennt nach Geschlecht signifikante Unterschiede in zwei der Missbrauchsformen, nämlich Pornographie und Küsse, ein signifikanter Unterschied erkennen, wobei die übrigen Formen des sexuellen Missbrauchs sich ebenfalls nicht signifikant unterschieden. Es lässt sich mit dem Hintergrund der vorliegenden Literatur zum Thema sexueller Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen nicht erklären, warum gerade diese beiden Formen des sexuellen Missbrauchs

bei diesen Kindern und Jugendlichen gehäuft auftreten. In der Gesamtschau machen die vorliegenden Ergebnisse deutlich, dass Kinder und Jugendliche mit ADHS zwar ein höheres Risiko hatten, Opfer sexueller Übergriffe zu werden, die Ausgestaltung des sexuellen Missbrauchs jedoch im Weiteren nicht von Eigenschaften des Opfers bestimmt wurde und insbesondere nicht maßgeblich von dem Umstand geprägt wurde, ob das Opfer eine ADHS hatte.

Auch schon andere Studien haben einen Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und ADHS verzeichnen können (Merry und Andrews, 1994; Rucklidge et al., 2006; Ouyang et al., 2008). Während sich zwei der drei Studien auf die Untersuchung von Kindern und/oder Jugendlichen beschränkten, befragten Rucklidge und Kollegen (2006) ausschließlich Erwachsene mit ADHS zu sexuellem Missbrauch in der Kindheit und Jugend und verglichen diese mit einer Kontrollgruppe. Anzumerken ist darüber hinaus, dass Ouyang und Kollegen (2008) lediglich sexuellen Missbrauch mit Körperkontakt untersuchten. Ein wesentlicher Unterschied dieser Studie zu den hier vorliegenden Studien ist, dass es der hier um eine forensische Begutachtungspopulation handelte, die sowohl aus Kindern, Jugendlichen aber auch Erwachsenen bestand. McLeer und Kollegen (1994) hingegen hatten keinen signifikanten Unterschied zwischen sexuell missbrauchten Kindern und Jugendlichen und der nicht missbrauchten Kontrollgruppe feststellen können. ADHS war in beiden Gruppen diejenige psychiatrische Diagnose mit der häufigsten Prävalenz. Allerdings handelte es sich bei dieser Untersuchung um eine sehr kleine Stichprobe. Auch hier wurde lediglich sexueller Missbrauch mit Körperkontakt untersucht. Studien, die verschiedene Formen von Missbrauch bzw. Misshandlung sowie sonstige traumatische Erfahrungen zusammenfassen (Famularo et al., 1992; Wozniak et al., 1999; Ford et al., 2000; Briscoe-Smith und Hinshaw, 2006; Endo et al., 2006; Çengel-Kültür et al., 2007), eignen sich nur schwer für einen Vergleich mit der hier vorliegenden Studie. Diese Untersuchungen kamen zu unterschiedlichen Ergebnissen über einen möglichen Zusammenhang zwischen ADHS und sexuellem Missbrauch im Kindes- und Jugendalter.

Aufgrund des retrospektiven Charakters der hier vorliegenden Untersuchung kann allerdings nicht beurteilt werden, ob die ADHS bereits vor dem sexuellen Missbrauch bestand oder sich erst danach entwickelte. Gerade bei Kindern, die in sehr jungen Jahren sexuell missbraucht wurden, muss eine ADHS nicht bereits vor den sexuellen Übergriffen vorgelegen haben bzw. diagnostiziert worden sein. Bei allen Probanden jedoch, die nach dem siebten Lebensjahr sexuell missbraucht wurden und eine ADHS-Diagnose erhalten haben, muss der Beginn dieser Störung bereits vor dem sexuellen Missbrauch liegen und

könnte als möglicher Risikofaktor für sexuellen Missbrauch gelten. Ebenso ist es aufgrund des Studiendesigns nicht möglich, herauszufinden, ob und wenn ja, welche Komponente der ADHS möglicherweise dazu führt, dass Kinder und Jugendliche mit dieser Erkrankung häufiger Opfer sexueller Übergriffe werden. Da sowohl ADHS als auch sexueller Missbrauch jeweils mit hohen Prävalenzen in der Kindheit und Jugend auftreten, wäre ein gemeinsames Auftreten auch durch puren Zufall zu erklären (siehe auch Wozniak, 1999).

Ouyang und Kollegen (2008), die die Subtypen der ADHS nach DSM-IV berücksichtigten, konnten lediglich einen Zusammenhang zwischen ADHS vom unaufmerksamen Typ sowie vom kombinierten Typ und sexuellen Missbrauch finden. Plausibel erscheint jedoch auch, dass ADHS-Betroffene sich gerade aufgrund ihrer Impulsivität sowie der Neigung, Situationen falsch einzuschätzen, in einem erhöhten Maß der Gefahr sexueller Übergriffe aussetzen (McLeer et al., 1994). Diese Mechanismen werden allgemein als Risikofaktoren oder Risikokonstellationen für sexuellen Missbrauch diskutiert (Cuffe, 1994; Çengel-Kültür et al., 2007). Allerdings bildete sich ein solcher Zusammenhang in der Studie von Ouyang et al. (2008) gerade nicht ab und es fand sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und ADHS vom hyperaktiv-impulsiven Typ. Eine weitere mögliche Erklärung für das Zusammentreffen von ADHS und sexuellem Missbrauch ist der folgenden Beschreibung von ADHS-Patienten der ICD-10 (Dilling et al., 2011) zu entnehmen: „Ihre Beziehung zu Erwachsenen ist oft von einer Distanzstörung und einem Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung geprägt.“ Auch die Beobachtung, dass die ADHS-Patienten bei Gleichaltrigen häufig unbeliebt sind und schnell in die Außenseiterrolle geraten (Dilling et al., 2011), könnte die Betroffenen leichter in Missbrauchssituationen geraten lassen, da zu vermuten ist, dass sie für Aufmerksamkeit und Zuwendung erwachsener bzw. älterer Personen in besonderer Form empfänglich sind und dadurch eine Basis für einen Übergriff erst geschaffen wird. Denkbar wäre ebenfalls, dass Eltern von Kindern mit ADHS, die mit der Betreuung ihrer Kinder überfordert sind, eher bereit sind diese anderen Personen zur Betreuung zu überlassen und somit diese Kinder eher in eine Missbrauchssituation geraten können. Möglicherweise trägt auch der Umstand der bedeutenden erblichen (genetischen) Komponente von ADHS (Faraone et al., 2005) zu dem festgestellten Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und ADHS bei. Es ist davon auszugehen, dass auch bei den Eltern und anderen Verwandten von Kindern mit ADHS diese Symptomatik vorliegen kann. Nach Briscoe-Smith und Hinshaw (2006) kann die Hypothese aufgestellt werden, dass die Verwandten der ADHS-Kinder aufgrund ihrer erhöhten Impulsivität mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit zu Missbrauchshandlungen neigen. Blocher und Kollegen (2001)

konnten eine im Vergleich zur Kontrollgruppe erhöhte Prävalenz von HKS-Symptomen bei männlichen Sexualstraftätern nachweisen. Dieses Ergebnis könnte die hohen Zahlen für intrafamiliären Missbrauch in der vorliegenden Studie zumindest teilweise erklären. Auch McLeer und Kollegen (1994) sowie Endo und Kollegen (2006) stellten die Vermutung auf, dass Kinder mit Familienmitgliedern mit ADHS aufgrund deren impulsiven Verhaltens und anderer Verhaltensstörungen einem höheren Risiko für Missbrauch ausgesetzt sind.

Ford und Kollegen (2000), die an ADHS, ODD (oppositional defiant disorder/ oppositionelle Verhaltensstörung) sowie Anpassungsstörung erkrankte Kinder und Jugendliche auf das Vorliegen traumatischer Erfahrungen untersuchten, stellten die Vermutung auf, dass die Schwere der Psychopathologie und nicht eine dieser Erkrankungen im Speziellen ein Risiko für Missbrauch bzw. die Entwicklung einer PTSD (Posttraumatic Stress Disorder/ Posttraumatische Belastungsstörung) darstellt. Die Tatsache, dass 38,9% der ADHS-Probanden der hier vorliegenden Untersuchung an einer oder mehreren Begleiterkrankungen sowie 29,3% der Probanden ohne ADHS ebenfalls an einer oder mehreren psychiatrischen Störungen litten, erschwert zwangsläufig die Suche nach einem Zusammenhang zwischen ADHS und sexuellem Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen.

Merry und Kollegen (1994) fanden in ihrer Studie einen Zusammenhang zwischen einer vorliegenden Psychopathologie von sexuell missbrauchten Kindern und ihren Eltern und vermuteten, dass sowohl eigene psychiatrische Störungen der Eltern die Sicht auf das Kind und somit die subjektive Beschreibung des eigenen Kindes beeinflussen könnten, aber auch die Entwicklung psychischer Störungen bei dem Kind auslösen sowie zum sexuellen Missbrauch führen könnte. In der hier vorliegenden Studie wurden allerdings keine Daten zu psychiatrischen Störungen der Eltern der Opfer sexuellen Missbrauchs erhoben, da dies mit dem Gutachtensauftrag nicht in Einklang zu bringen war. Zur Klärung dieses Punktes, nämlich inwieweit die Psychopathologie der Eltern einen Risikofaktor für sexuellen Missbrauch darstellt, müssen epidemiologische Studien durchgeführt werden, insbesondere auch, um jene Fälle zu erfassen, die nicht zur Anzeige und insbesondere nicht zur Begutachtung kommen. Laut Russel und Kollegen werden lediglich 2% der Fälle intrafamiliären und 6% der Fälle extrafamiliären sexuellen Missbrauchs der Polizei gemeldet (Russell, 1983). Diese Erkenntnis erschwert es, Ergebnisse dieser Studie auf andere Untersuchungspopulationen zu übertragen. Es erscheint somit sinnvoll, klinische und nicht-klinische Populationen zu ihren Erfahrungen mit sexuellem Missbrauch in der Kindheit und Jugend zu befragen und eine ADHS-Diagnostik durchzuführen bzw. ADHS-Patienten zu ihren Erfahrungen mit sexuellem Missbrauch in der Kindheit und Jugend zu befragen und

mit einer Kontrollgruppe zu vergleichen (diese Form der Studie wurde bereits vom hiesigen Institut im Rahmen einer weiteren Doktorarbeit durchgeführt).

Die Generalisierbarkeit der erhobenen Ergebnisse wird limitiert durch den Umstand, dass mögliche Störgrößen (Confounder) für Missbrauch von Kindern wie Volkszugehörigkeit, Familienstruktur, Bildungsgrad der Mutter, Familieneinkommen, etc. nicht erfasst wurden (siehe hierzu Ouyang et al., 2008, Sonnby et al., 2010). Untersuchungsergebnisse deuten allerdings darauf hin, dass der sozioökonomische Status und Bildungsgrad sowie vermutlich auch die ethnische Zugehörigkeit nicht mit sexuellem Missbrauch bei Kindern assoziiert sind (Peters et al., 1986). Diese Confounder sowie weitere mögliche Störgrößen, die weiter oben als Risikofaktoren für den sexuellen Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen beschrieben wurden, wurden in der hier vorliegenden Studie nicht berücksichtigt. Lediglich Alter, Geschlecht und psychiatrische Erkrankungen als mögliche Risikofaktoren für sexuellen Missbrauch wurden erfasst. Kritisiert werden lässt sich außerdem, dass nicht bei allen Probanden mit ADHS diese Störung mit einem einheitlichen diagnostischen Prozedere erfasst wurde. Zum Teil kamen Probanden mit der Vordiagnose ADHS, zum Teil wurde die Diagnose im Rahmen der Begutachtung erst gestellt. Dabei wurden die oben beschriebenen ADHS-spezifischen Diagnoseinstrumente nicht bei allen Probanden standardisiert eingesetzt. Insofern wurden nicht alle Probanden dieser Studie auf ADHS gescreent und so können möglicherweise Probanden, bei denen in der Vergangenheit nie eine ADHS diagnostiziert worden war und die zum Zeitpunkt des Gutachtens nicht mehr auffällig waren, bei der Berechnung der ADHS-Prävalenz nicht berücksichtigt werden. Unter der Annahme, „übersehener“ kindlicher ADHS-Fälle wäre allerdings noch eine höhere Prävalenz möglich gewesen.

Im Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass sich in den meisten der hier untersuchten Fälle nicht eindeutig beweisen lässt, ob der beschriebene sexuelle Missbrauch wirklich stattgefunden hat. Es gibt kein psycho-diagnostisches Mittel, das einen sexuellen Missbrauch ohne jeden Zweifel beweisen oder falsifizieren kann (Fegert, 2007).

Das Ergebnis der hier vorliegenden Studie mit einer überzufällig hohen Erkrankungsrate von ADHS bei sexuell missbrauchten Kindern und Jugendlichen zieht folgende klinische Implikationen nach sich: Ärzte und Therapeuten sollten bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen mit ADHS etwaige Erfahrungen mit sexuellem Missbrauch erörtern und, falls gegeben, Folgestörungen dessen erkennen und behandeln. Aktuell gibt es keine Ergebnisse dazu, wie man Kinder und Jugendliche mit einer ADHS sowie mit Erfahrung mit (sexuellem) Missbrauch optimal therapiert (Briscoe-Smith und

Hinshaw, 2006). Dies ist ein Feld, das weiterer Forschung bedarf. Ebenso wichtig sollte es sein, Kinder und Jugendliche sowie deren Erziehungsberechtigte auf Gefahren, die durch ADHS entstehen können, hinzuweisen. Dabei sollte auch deutlich gemacht werden, dass aufgrund unterschiedlicher Defizite durch ADHS ein erhöhtes Risiko für Missbrauch unter anderem für sexuellen Missbrauch bestehen kann.

Möglichkeiten, diese Kinder und Jugendliche vor Missbrauch zu schützen, bestehen zum einen darin, diese über sexuellen Missbrauch aufzuklären, Gefahrensituationen deutlich zu machen und Möglichkeiten aufzuzeigen, solche Situationen zu vermeiden. Dasselbe gilt für Gespräche mit den Eltern betroffener Kinder und Jugendlicher, die für die Thematik „Sexueller Missbrauch“ sensibilisiert werden sollten. Ärzte und Therapeuten sollten darauf aufmerksam gemacht werden bei der Behandlung von Kindern, Jugendlichen sowie Erwachsenen mit ADHS einen möglichen sexuellen Missbrauch in der Kindheit und Jugend in Betracht zu ziehen und gegebenenfalls Folgestörungen zu therapieren.

Aufgrund der begrenzten Aussagekraft bzw. Übertragbarkeit dieser Studie auf andere Populationen, wäre es sinnvoll longitudinale Studien mit klinischen und nicht-klinischen Untersuchungspopulationen ausreichender Größe zu der hier untersuchten Thematik durchzuführen.



## 7 Literaturverzeichnis

1. American Association of Psychiatry (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM- IV.- 4th ed., text revision. Washington, DC
2. Aster A, Neubauer A, Horn R (2009) WIE. Wechsler Intelligenztest für Erwachsene. Deutschsprachige Bearbeitung und Adaptation des WAIS- III von David Wechsler. Frankfurt, Pearson Assessment& Information GmbH
3. Bagley C, Wood M, Young L (1994) Victim to abuser: mental health and behavioral sequels of child sexual abuse in a community survey of young adult males. *Child Abuse Negl* 18(8): 683-697
4. Baker AW, Duncan SP (1985) Child sexual abuse: a study of prevalence in Great Britain. *Child Abuse Negl* 9(4): 457-467
5. Barkley RA, Guevremont DC, Anastopoulos AD, DuPaul GJ, Shelton TL (1993) Driving-related risks and outcomes of attention deficit hyperactivity disorder in adolescents and young adults: a 3- to 5-year follow-up survey. *Pediatrics* 92(2): 212-218
6. Bebbington PE, Jonas S, Brugha T, Meltzer H, Jenkins R, King M, McManus S (2011) Child sexual abuse reported by an English national sample: characteristics and demography. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 46(3): 255-262
7. Biederman J, Faraone S, Milberger S, Curtis S, Chen L, Marris A, Quellerie C, Moore P, Spencer T (1996) Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: results from a four-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35(3): 343-351
8. Biederman J, Faraone SV, Michael C (2002) Differential effect of environmental adversity by gender: Rutter's index of adversity in a group of boys and girls with and without ADHD. *Am J Psychiatry* 159(9): 1556-1562
9. Biederman J, Newcorn J, Sprich S (1991) Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry* 148(5): 564-577
10. Blocher D, Henkel K, Retz W, Retz-Junginger P, Thome J, Rösler M (2001) Symptome aus dem Spektrum des hyperkinetischen Syndroms bei Sexualdeliquenten. *Fortschr Neurol Psychiatr* 69(10): 453-459.

11. Botting N, Powls A, Cooke RW, Marlow N (1997) Attention deficit hyperactivity disorders and other psychiatric outcomes in very low birthweight children at 12 years. *J Child Psychol Psychiatry* 38(8): 931-941
12. Bouvier P, Halperin D, Rey H, Jaffe PD, Laederach J, Mounoud RL, Pawlak C (1999) Typology and correlates of sexual abuse in children and youth: multivariate analyses in a prevalence study in Geneva. *Child Abuse Negl* 23(8): 779-790
13. Briggs L, Joyce PR (1997) What determines post-traumatic stress disorder symptomatology for survivors of childhood sexual abuse? *Child Abuse Negl* 21(6): 575-582
14. Briscoe-Smith AM, Hinshaw SP (2006) Linkages between child abuse and attention-deficit/hyperactivity disorder in girls: behavioral and social correlates. *Child Abuse Negl* 30(11): 1239-1255
15. Browne A, Finkelhor D (1986) Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychol Bull* 99(1): 66-77
16. Callan JP (1979) Survey shows surprising rate of child sexual abuse. *JAMA* 241(19): 1980
17. Canton-Cortes D, Cortes MR, Canton J, Justicia F (2011) The effects of perpetrator age and abuse disclosure on the relationship between feelings provoked by child sexual abuse and posttraumatic stress. *Anxiety Stress Coping* 24(4): 451-461
18. Çengel-Kültür E, Çuhadaroğlu-Çetin F, Gökler B (2007) Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. *Turk J Pediatr* 49(3): 256-262
19. Conners CK (2004) *Conners' Rating Scales- Revised: Technical manual*. Toronto, Ontario, Kanada, Multi- Health- Systems
20. Cook EH, Stein MA, Krasowski MD, Cox NJ, Olkon DM, Kieffer JE, Leventhal BL (1995) Association of attention-deficit disorder and the dopamine transporter gene. *Am J Hum Genet* 56(4): 993-998
21. Cuffe S, McCullough E, Pumariega A (1994) Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder and post-traumatic stress disorder. *Journal of Child and Family Studies* 3: 327- 336
22. Cutajar MC, Mullen PE, Ogloff JR, Thomas SD, Wells DL, Spataro J (2010a) Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse Negl* 34(11): 813-822

23. Cutajar MC, Mullen PE, Ogloff JR, Thomas SD, Wells DL, Spataro J (2010b) Schizophrenia and other psychotic disorders in a cohort of sexually abused children. *Arch Gen Psychiatry* 67(11): 1114-1119
24. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (ed) (2011) ICD-10-GM 2012. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision-German Modification. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, p 220
25. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E (eds) (2006) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel (V). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. 4., überarbeitete Auflage, Verlag Hans Huber, Bern
26. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (eds) (2011) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber, Bern
27. Durston S (2010) Imaging genetics in ADHD. *Neuroimage* 53(3): 832-838
28. Elliger TJ, Schötensack K (1991) Sexueller Missbrauch von Kindern: eine kritische Bestandsaufnahme. In: Nissen G (ed) *Psychogene Psychosynndrome und ihre Therapie im Kindes- und Jugendalter*. Verlag Hans Huber, Bern, pp 143- 155
29. Famularo R, Fenton T, Kinscherff R, Augustyn M (1996) Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder. *Child Abuse Negl* 20(10): 953-961
30. Famularo R, Kinscherff R, Fenton T (1992) Psychiatric diagnoses of maltreated children: preliminary findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31(5): 863-867
31. Faraone SV, Biederman J (2005) What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *J Atten Disord* 9(2): 384-391
32. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, Sklar P (2005) Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 57(11): 1313-1323
33. Fayyad J, Graaf De R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, Girolamo De G, Haro JM (2007) Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry* 190: 402-409
34. Fegert JM (1987) Sexueller Mißbrauch von Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 5: 164-170

35. Fegert JM (2004) Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch. In: Eggers C, Fegert J, Resch F (Hrsg.) *Psychiatrie und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters*. Springer, Berlin und Heidelberg
36. Fegert JM (2007) Sexueller Missbrauch von Kindern: Eine regionale Studie über Prävalenz und Charakteristik. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 50(1): 78-89
37. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ (1996a) Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: I. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35(10): 1355-1364
38. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT (1996b) Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35(10): 1365-1374
39. Finkelhor D (1979) What's wrong with sex between adults and children? Ethics and the problem of sexual abuse. *Am J Orthopsychiatry* 49(4): 692-697
40. Finkelhor D (1993) Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 17(1): 67-70
41. Finkelhor D (1994a) The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 18(5): 409-417
42. Finkelhor D (1994b) Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Future Child* 4(2): 31-53
43. Finkelhor D, Hotaling GT, Lewis IA, Smith C (1990) Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse Negl* 14(1): 19-28
44. Finkelhor D, Hotaling GT (1984) Sexual abuse in the National Incidence Study of Child Abuse and Neglect: an appraisal. *Child Abuse Negl* 8(1): 23-32
45. Ford JD, Racusin R, Daviss WB, Ellis CG, Thomas J, Rogers K, Reiser J, Schiffmann J, Sengupta A (1999) Trauma exposure among children with oppositional defiant disorder and attention deficit-hyperactivity disorder. *J Consult Clin Psychol* 67(5): 786-789
46. Ford JD, Racusin R, Ellis CG, Daviss WB, Reiser J, Fleischer A, Thomas J (2000) Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreat* 5(3): 205-217

47. Freud S (1896) L' hérédité et l' étiologie des névroses. *Revue Neurologique* 4: 161-169
48. Gill M, Daly G, Heron S, Hawi Z, Fingerald M (1997) Confirmation of association between attention deficit hyperactivity disorder and a dopamine transporter polymorphism. *Mol Psychiatry* 2(4): 311-313
49. Gillberg C, Gillberg IC, Rasmussen P, Kadesjö B, Söderström H, Råstam M, Johnson M, Rothenberger A, Niklasson L (2004) Co-existing disorders in ADHD. Implications for diagnosis and intervention. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 13 Suppl 1: I80-92
50. Harpin VA (2005) The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Arch Dis Child* 90 Suppl 1: i2-7
51. Hebert M, Tourigny M, Cyr M, McDuff P, Joly J (2009) Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *Can J Psychiatry* 54(9): 631-636
52. Heiser P, Friedel S, Dempfle A, Konrad K, Smidt J, Grabarkiewicz J, Herpertz-Dahlmann B, Remschmidt H, Hebebrand J (2004) Molecular genetic aspects of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neurosci Biobehav Rev* 28(6): 625-641
53. Huss M, Holling H, Kurt BM, Schlack R (2008) How often are German children and adolescents diagnosed with ADHD? Prevalence based on the judgment of health care professionals: results of the German health and examination survey (KiGGS). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 17 Suppl 1: 52-58
54. Hussey JM, Chang JJ, Kotch JB (2006) Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics* 118(3): 933-942
55. Johnson CF (2004) Child sexual abuse. *Lancet* 364(9432): 462-470
56. Kaufman AS, Kaufman NL (1983a) K- ABC Administration and Scoring Manual. American Guidance Service, Circle Pine, MN
57. Kaufman AS, Kaufman NL (1983b) K- ABC Interpretive Manual. American Guidance Service, Circle Pines, MN
58. Kempe CH, Silverman NF, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK (1962) The battered-child syndrome. *JAMA* 181: 17-24
59. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D (1993) Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull* 113(1): 164-180

60. Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hettema JM, Myers J, Prescott CA (2000) Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiatry* 57(10): 953-959
61. Kenny MC, McEachern AG (2000) Racial, ethnic, and cultural factors of childhood sexual abuse: a selected review of the literature. *Clin Psychol Rev* 20(7): 905-922
62. Kieling C, Goncalves RR, Tannock R, Castellanos FX (2008) Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 17(2): 285-307
63. Kogan SM (2004) Disclosing unwanted sexual experiences: results from a national sample of adolescent women. *Child Abuse Negl* 28(2): 147-165
64. Kotimaa A J, Moilanen I, Taanila A, Ebeling H, Smalley SL, McGough JJ, Hartikainen AL, Jarvelin MR (2003) Maternal smoking and hyperactivity in 8-year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42(7): 826-833
65. Kustanovich V, Ishii J, Crawford L, Yang M, McGough JJ, McCracken JT, Smalley SL, Nelson SF (2004) Transmission disequilibrium testing of dopamine-related candidate gene polymorphisms in ADHD: confirmation of association of ADHD with DRD4 and DRD5. *Mol Psychiatry* 9(7): 711-717
66. Labbe J (2005) Ambroise Tardieu: the man and his work on child maltreatment a century before Kempe. *Child Abuse Negl* 29(4): 311-324
67. Lalonde J, Turgay A, Hudson JI (1998) Attention-deficit hyperactivity disorder subtypes and comorbid disruptive behaviour disorders in a child and adolescent mental health clinic. *Can J Psychiatry* 43(6): 623-628
68. Larson K, Russ SA, Kahn RS, Halfon N (2011) Patterns of Comorbidity, Functioning, and Service Use for US Children With ADHD, 2007. *Pediatrics* 127(3): 462-470
69. Lehl S (2005). *Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest MWT-B*. Spitta Verlag, Balingen
70. MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL, Lin E, Boyle MH, Jamieson E, Duku EK, Walsh CA, Wong MY, Beardslee WR (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry* 158(11): 1878-1883
71. MacMillan HE, Fleming JE, Trocme N, Boyle MH, Wong M, Racine YA, Bordslee WR, Offord DR (1997). Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. Results from the Ontario Health Supplement. *JAMA* 278(2): 131-135

72. McLeer SV, Callaghan M, Henry D, Wallen J (1994) Psychiatric disorders in sexually abused children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33(3): 313-319
73. McLeer SV, Deblinger E, Henry D, Orvaschel H (1992) Sexually abused children at high risk for post-traumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31(5): 875-879
74. Melchers PP (2003) Kaufman assessment battery for children: K-ABC Interpretationshandbuch/ von Peter Melchers und Ulrich Preuß. Deutsch sprachige Fassung. 6. Auflage. Swets& Zeitlinger, Frankfurt am Main
75. Merry SN, Andrews LK (1994) Psychiatric status of sexually abused children 12 months after disclosure of abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33(7): 939-944
76. Michelson D, Buitelaar JK, Dankhaerts M, Gillberg C, Spencer TJ, Zuddas A, Faries DE, Zhang S, Biederman J (2004) Relapse prevention in pediatric patients with ADHD treated with atomoxetine: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43(7): 896-904
77. Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Chen L, Jones J (1996) Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for attention deficit hyperactivity disorder in children? *Am J Psychiatry* 153(9): 1138-1142
78. Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Chen L, Jones J (1997) Associations between ADHD and psychoactive substance use disorders. Findings from a longitudinal study of high-risk siblings of ADHD children. *Am J Addict* 6(4): 318-329
79. Oswald WD, Roth E (1987) Der Zahlen- Verbindungs- Test (ZVT). Ein sprachfreier Intelligenz- Test zur Messung der "kognitiven Leistungsgeschwindigkeit". Verlag für Psychologie, Dr. C.J. Hogrefe, Göttingen Toronto Zürich
80. Ouyang L, Fang X, Mercy J, Perou R, Grosse SD (2008) Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and child maltreatment: a population-based study. *J Pediatr* 153(6): 851-856
81. Peters SD, Wyatt G, Finkelhor D (1986) Prevalence: A review of research. In: Finkelhor D (Ed.), *A sourcebook on child sexual abuse*. Sage publications, Beverly Hills, CA, pp 15-59
82. Plomp E, Engeland van H, Durston S (2009). Understanding genes, environment and their interaction in attention-deficit hyperactivity disorder: is there a role for neuroimaging? *Neuroscience* 164(1): 230-240

83. Polanczyk G, Lima de MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA (2007) The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry* 164(6): 942-948
84. Putnam FW (2003) Ten-year research update review: child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42(3): 269-278
85. Raupp U, Eggers C (1993) Sexueller Missbrauch von Kindern. Eine regionale Studie über Prävalenz und Charakteristik. *Monatsschreiben Kinderheilkunde* 141: 316- 322
86. Raven JC (1998) Matrizen- Test- Manual Band 1. Ein Handbuch mit den deutschen Normen von K. A. Heller, H. Kratzmeier und A. Lengfelder zu den Standard Progressive Matrices von J.C. Raven. Beltz- Test GmbH, Göttingen
87. Raven JC, Court J, Raven J (1978) Raven-Matrizen-Test. Coloured Progressive Matrices. Deutsche Bearbeitung von Armin Schmidtke, Sylvia Schaller und Peter Becker. Beltz Test Gesellschaft, Weinheim
88. Retz-Junginger P, Retz W, Blocher D, Stieglitz RD, Georg T, Supprian T, Wender PH, Rösler M (2003) Reliabilität und Validität der Wender-Utah-Rating-Scale-Kurzform. *Nervenarzt* 74(11): 987-993
89. Retz-Junginger P, Retz W Blocher D, Weijers T, Wender PH, Rösler M (2002) Wender-Utah Rating Scale (WURS-K). *Nervenarzt* 73: 830-838
90. Retz-Junginger P, Sobanski E, Alm B, Retz W, Rösler M (2008) Alters- und geschlechtsspezifische Besonderheiten der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. *Nervenarzt* 79: 809-819
91. Retz W, Freitag CM, Retz-Junginger P, Wenzler D, Schneider M, Kissling C, Thome J, Rösler M (2008) A functional serotonin transporter promoter gene polymorphism increases ADHD symptoms in delinquents: interaction with adverse childhood environment. *Psychiatry Res* 158(2): 123-131
92. Retz W, Thome J, Blocher D, Baader M, Rösler M (2002) Association of attention deficit hyperactivity disorder-related psychopathology and personality traits with the serotonin transporter promoter region polymorphism. *Neurosci Lett* 319(3): 133-136
93. Rösler M, Retz W, Retz-Junginger P, Thome J, Supprian T, Nissen T, Stieglitz RD, Blocher D, Hengesch G, Trott GE (2003) Instrumente zur Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. Selbstbeurteilungsskala (ADHS-SB) und Diagnosecheckliste (ADHS-DC). *Der Nervenarzt* 75: 888- 895



94. 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(6): 365-371
95. Rösler M, Retz W, Retz-Junginger P, Stieglitz RD, Kessler H, Reimherr F, Wender PH (2008a) ADHS-Diagnose bei Erwachsenen. Nach DSM-IV, ICD-10 und den UTAH-Kriterien. *Nervenarzt* 79: 320-327
96. Rösler M, Retz-Junginger P, Retz W, Stieglitz RD (2008b) Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene (HASE). Hogrefe Verlag, Göttingen
97. Rösler M, Retz W (2008) Diagnose, Differentialdiagnose und komorbide Leiden der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. *Psychotherapie* 13(2): 175-183
98. Rucklidge J, Brown DL, Crawford S, Kaplan BJ (2006) Retrospective reports of childhood trauma in adults with ADHD. *J Atten Disord* 9(4): 631-641
99. Russell DE (1983) The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse Negl* 7(2): 133-146
100. Schechter M, Roberge L (1976) Child sexual abuse. In: Helfer RE, Kempe CH (eds) *Child abuse and neglect: the family and the community*. Ballinger, Cambridge, MA
101. Schlack R, Hölling H, Kurth MB, Huss M (2007) Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Springer Medizin Verlag*. 50: 827- 835
102. Schötensack K, Elliger T, Gross A, Nissen G (1992) Prevalence of sexual abuse of children in Germany. *Acta Paedopsychiatr* 55(4): 211-216
103. Schwenck C, Walitza S, Warnke A (2007). Komorbide Störungen bei ADHS im Kindes- und Jugendalter und ihre Therapie. In: Retz W (ed) *ADHS und komorbide Erkrankungen. Neurobiologische Grundlagen und diagnostisch- therapeutische Praxis bei Kindern und Erwachsenen*. 1. Auflage. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart
104. Sjoberg RL, Lindblad F (2002) Limited disclosure of sexual abuse in children whose experiences were documented by videotape. *Am J Psychiatry* 159(2): 312-314
105. Smidt J, Heiser P, Dempfle A, Konrad K, Hemminger U, Kathöfer A, Halbach A, Strub J, Grabarkiewicz J, Krefl H, Lindner M, Knölker U, Warnke A, Remschmidt H, Herpertz-Dahlmann B, Hebebrand J (2003). Formalgenetische Befunde zur

- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. *Fortschr Neurol Psychiatr* 71(7): 366-377
106. Sonby K, Aslund C, Leppert J, Nilsson KW (2011) Symptoms of ADHD and depression in a large adolescent population: Co-occurring symptoms and associations to experiences of sexual abuse. *Nord J Psychiatry* 65(5):315-22
  107. Spataro J, Mullen PE, Burgess PM, Wells DL, Moss SA (2004) Impact of child sexual abuse on mental health: prospective study in males and females. *Br J Psychiatry* 184: 416-421
  108. Spencer N, Devereux E, Wallace A, Sundrum R, Shenoy M, Bacchus C, Logan S (2005) Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: a population-based study. *Pediatrics* 116(3): 609-613
  109. Spencer T, Heiligenstein JH, Biederman J, Faries DE, Kratochvil CJ, Conners CK, Potter WZ (2002) Results from 2 proof-of-concept, placebo-controlled studies of atomoxetine in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry* 63(12): 1140-1147
  110. Spencer TJ, Biederman J, Mick E (2007) Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Ambul Pediatr* 7(1 Suppl): 73-81
  111. Sprich S, Biederman J, Crawford MH, Mundy E, Faraone SV (2000) Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39(11): 1432-1437
  112. Stoltenborgh M, Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ (2011) A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment* 16(2): 79-101
  113. Tardieu A (1857) *Etude Médico-Légale sur les Attentats aux Mœurs*. Troisième Edition. JB. Ballière, Paris
  114. Tercyak KP, Lerman C, Audrain J (2002) Association of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms with levels of cigarette smoking in a community sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41(7): 799-805
  115. Tewes U, Rossmann P, Schallberger U (eds) (2001) *HAWIK- III: Hamburg-Wechsler Intelligenztest für Kinder-Dritte Auflage*. Manual. Übersetzung und Adaptation der WISC- III Wechsler Intelligence Scale for Children- Third Edition

- von David Wechsler/ The Psychological Corporation. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto , Seattle
116. Tripp G, Wickens JR (2009) Neurobiology of ADHD. *Neuropharmacology* 57(7-8): 579-589
  117. Turner HA, Finkelhor D, Ormrod R (2010) Child mental health problems as risk factors for victimization. *Child Maltreat* 15(2): 132-143
  118. Valera EM, Faraone SV, Murray KE, Seidman LJ (2007) Meta-analysis of structural imaging findings in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 61(12): 1361-1369
  119. 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(6): 885-890
  120. Wechsler D (1955) Wechsler Adult Intelligence Scale. The Psychological Corporation, New York
  121. Wechsler D (1991) Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children. The Psychological Corporation, San Antonio, TX
  122. Weinstein D, Staffelbach D, Biaggio M (2000) Attention-deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder: differential diagnosis in childhood sexual abuse. *Clin Psychol Rev* 20(3): 359-378
  123. Wekerle C, Wolfe A (1996) Child Maltreatment. In: Mash EJ, Barkley RA. (eds) *Child Psychopathology*. Guilford Press, New York, pp 492-537.
  124. Wender PH (1971) *Minimal brain dysfunction in children*. Wiley, New York
  125. Wender PH (1995) *Attention- Deficit Hyperactivity Disorder in Adults*. Oxford University Press, New York
  126. Westcott HL, Jones DP (1999) The abuse of disabled children. *J Child Psychol Psychiatry* 40(4): 497-506
  127. Wilens TE (2008) Effects of methylphenidate on the catecholaminergic system in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychopharmacol* 28(3 Suppl 2): S46-53
  128. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J (2004) Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *JAMA* 292(5): 619-623
  129. Wilsnack JC, Kristjanson AF, Vogeltanz-Hom ND, Wilsnack R (2001) Self- report of forgetting and remembering childhood sexual abuse in a nationally representative sample of US women. *Child Abuse Negl* 26: 139-147

130. Wozniak J, Crawford MH, Biederman J, Faraone SV, Spencer TJ, Taylor A, Blier HK (1999) Antecedents and complications of trauma in boys with ADHD: findings from a longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38(1): 48-55
131. Wyatt GE, Loeb TB, Solis B, Carmona JV (1999) The prevalence and circumstances of child sexual abuse: changes across a decade. *Child Abuse Negl* 23(1): 45-60
132. Wyatt GE, Peters SD (1986a) Issues in the definition of child sexual abuse in prevalence research. *Child Abuse Negl* 10(2): 231-240
133. Wyatt GE, Peters SD (1986b) Methodological considerations in research on the prevalence of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 10(2): 241-251

## 8 Publikationen

1. Vortrag im Rahmen einer Posterpräsentation:  
Koch A-K, Retz W, Boureghda S, Rösler M, Retz-Junginger P (2011) Child sexual abuse and ADHD (3rd International Congress on ADHD – From childhood to adult disease, 26.-29. Mai 2011, Berlin)
2. Poster; Retz-Junginger P, Koch A-K, Rösler M, Retz W (2012) Sexueller Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS (DGPPN 2012, 21.-24. November 2012, Berlin)
3. Retz-Junginger P, Koch A-K (im Druck) ADHS und kindlicher sexueller Missbrauch In: Rösler M., Retz W., Gontard von A., Paulus F.W. (eds) Soziale Folgen der ADHS. Kohlhammer Verlag, Stuttgart
4. Retz-Junginger P, Koch A-K (im Druck) Gibt es einen Zusammenhang zwischen ADHS und Sexuellem Missbrauch im Kindes und Jugendalter?, Neuro aktuell
5. Retz-Junginger P, Retz W, Koch A-K, Rösler M (zur Publikation eingereicht) ADHS und Sexueller Missbrauch. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie
6. Retz-Junginger P, Koch A-K, Rösler M, Retz W (in preparation) Co-Occurrence of ADHD and child sexual abuse

## 9 Dank

Danken möchte ich allen, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Mein besonderer Dank gilt Frau PD Dr. Petra Retz-Junginger für das Überlassen des Themas, für die vielen und geduldigen Gespräche, Hilfestellungen, Anregungen, Verbesserungen und ihren großen Einsatz im Allgemeinen, der wesentlich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen hat.

Ebenso bedanke ich mich bei Herrn Prof. Dr. Michael Rösler, Direktor des Institutes für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie der Universität des Saarlandes, für die Möglichkeit, die vorliegende Dissertation an dem von ihm geleiteten Institut erstellen zu können.

Allen Mitarbeitern des Institutes der gerichtlichen Psychologie und Psychiatrie der Universität des Saarlandes möchte ich meinen Dank für die sehr angenehme Arbeitsatmosphäre und die große Hilfsbereitschaft ausdrücken.

Herzlich danke ich meinen lieben Eltern, sowie meiner Schwester Johanna und meinem Freund Matthias für alles, was sie in den letzten Jahren für mich getan haben, vor allem für die große Geduld, die sie immer mit mir hatten.

## **10 Lebenslauf**

## 11 Anhang

### Erhebungsbogen: Sexueller Missbrauch bei Kindern/Jugendlichen und ADHS

Bearbeitungsnummer:

Nummer des Gutachtens:

#### 1. Daten der Opfer des sexuellen Missbrauchs:

- Geschlecht: m  w
- Alter bei der Untersuchung: \_\_\_\_\_
- Alter bei der Tat: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Diagnosen:
  - **ADHS ja**  **nein**
  - wenn ja: medikamentöse Behandlung der ADHS: ja  nein
  - weitere psychiatrische Diagnosen:

- psychische Auffälligkeiten\*:
  - Entwicklungsverzögerung\*: ja  nein
  - IQ: \_\_\_\_\_
  - Regelschule: ja  nein
- Lebenssituation (z.B.: bei den Eltern, im Heim)\*:
  - Sozialkontakte (Ausmaß und Güte sozialer Integration)\*:  
gut  mittelmäßig  schlecht
  - Paarbeziehung\*:  
früher: ja  nein   
aktuell: ja  nein

#### 2. Daten zu dem Täter/der Täterin bzw. dem/der Beschuldigten:

- Geschlecht: m  w
- Alter bei der Tat:
- Täter-Opfer-Beziehung (besonders vermerken, falls Expartner der Mutter\*):
- Psychische Auffälligkeiten (z.B. Behinderung, Alkohol- und Drogeneinfluss):



### 3. Daten zum sexuellen Missbrauch:

- Zeitraum der Übergriffe:
- Häufigkeit der Übergriffe:
- Anzahl der Täter:
- Ort(e) des sexuellen Missbrauchs (z.B. häusliches Umfeld, Park)\*:
  
- Art der sexuellen Übergriffe:
  - Berührungen  Täter/B. → Opfer  Opfer → Täter/B.
  - Geschlechtsverkehr  Täter/B. → Opfer  Opfer → Täter/B.
  - Oralverkehr  Täter/B. → Opfer  Opfer → Täter/B.
  - Analverkehr  Täter/B. → Opfer  Opfer → Täter/B.
  - Pornografie ja  nein  (angefertigt  gesehen
  - Küsse ja  nein
  - reiner Exhibitionismus ja  nein
- körperliche Gewalt: ja  nein
- Schmerzen/ Verletzungen: ja  nein
- Kooperation des Opfers\*: ja  nein   
(falls Widerstand erfolgt: erfolgreich  nicht erfolgreich - Ejakulation des Täters\*: ja  nein
- Variation (weitere Formen des sexuellen Missbrauchs; u.a. auch Steigerung\*):
  
- Rahmenaspekte (z.B. Drohungen, Geschenke):

### 4. Offenbarung des sexuellen Missbrauchs/Aussagengenes:

- spontan  vs. auf Nachfrage
- in therapeutischem Kontext: ja  nein

\*Die hier erhobenen Daten wurden bei der Auswertung dieser Arbeit nicht berücksichtigt, weil sie sich im weiteren Verlauf der Datenaufbereitung und Verwertung als nur schwer objektivierbar, nicht aussagekräftig oder nicht verwertbar herausstellten.