

Institut für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie,
Universität des Saarlandes, Homburg/Saar
(Direktor: Prof. Dr. med. Wolfgang Retz)

**Die Rolle von Alkohol, sonstigem Substanzkonsum und
belastenden Kindheitserfahrungen für Aggression,
Gewaltdelinquenz und Rückfälligkeit**

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

2026

vorgelegt von: Nicolas Simon

geb. am: 17.11.1999

in Binningen

Kolloquium:

Tag der Promotion: 30.04.2026

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. dent. M. Hannig

Berichterstatter: Prof. Dr. P. Retz-Junginger, Prof. Dr. E. Möhler

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	6
Abbildungsverzeichnis	7
Abkürzungsverzeichnis	8
Zusammenfassung.....	9
Abstract	11
1 Einleitung	14
1.1 Prävalenz von Alkoholkonsum	14
1.1.1 Prävalenz weltweit.....	14
1.1.2 Prävalenz in Deutschland.....	14
1.2 Alkoholbezogene Diagnosen nach ICD-10.....	15
1.2.1 Schädlicher Alkoholgebrauch (F10.1) nach ICD-10.....	16
1.2.2 Alkoholabhängigkeit (F10.2) nach ICD-10	16
1.2.3 Neuerungen der ICD-11	17
1.2.4 Prävalenz von alkoholbezogenen Störungen und Alkoholabhängigkeit	17
1.2.5 Prävalenz von psychiatrischen Komorbiditäten bei Alkoholkonsumstörungen ...	18
1.3 Zur forensisch-psychiatrischen Relevanz von Alkohol	19
1.3.1 Alkohol und die psychiatrische Begutachtung im Strafverfahren	19
1.4 Prädiktoren von Alkoholkonsum nach dem bio-psycho-sozialen Modell.....	21
1.4.1 Genetische Faktoren	22
1.4.2 Elterlicher Alkoholkonsum	23
1.4.3 Belastende Kindheitserfahrungen	25
1.5 Aggression und die Ausübung von Gewaltstraftaten als Folge von Alkoholkonsum.....	27
1.5.1 Theorien zur Entstehung von Aggression bei Alkoholkonsum	27
1.5.2 Zusammenhang zwischen Alkohol und Aggression.....	28
1.5.3 Einfluss von Alkohol und sonstigen Drogen auf Gewaltdelinquenz	30
1.5.4 Einfluss von Alkohol und sonstigen Drogen auf kriminelle Rückfälligkeit	31
1.5.5 Belastende Kindheitserfahrungen und Aggression/Gewaltdelinquenz	32
1.6 Latente Klassenanalysen	34
1.6.1 LCAs zu Substanzkonsum	34
1.6.2 LCAs zu Substanzkonsum und dessen forensischen Folgen	35
1.7 Ziele der Arbeit und Untersuchungshypothesen.....	37
1.7.1 Erwartete Klassen	38
1.7.2 Erwartete Zusammenhänge mit den Variablen	38
2 Material und Methodik	42
2.1 Studiendesign und Vorgehensweise.....	42

2.2	Stichprobe	43
2.3	Interessierende Variablen und Messinstrumente	44
2.3.1	Alkohol und sonstiger Drogenkonsum.....	44
2.3.2	Outcome-Variablen und Kontrollvariablen.....	46
2.4	Statistische Verfahren	50
2.4.1	Deskriptive Statistik	50
2.4.2	Latente Klassenanalyse	50
3	Ergebnisse	53
3.1	Deskriptive Statistik.....	53
3.1.1	Beginn des Konsums vor dem 15. Lebensjahr	53
3.1.2	Phase mit regelmäßigem Konsum	53
3.1.3	Mit Substanzkonsum assoziierte Diagnose(n)	54
3.1.4	Einfluss während des Anlassdeliktes	54
3.1.5	Frühe Verhaltensauffälligkeiten (SKID-II-Fragebogen)	54
3.1.6	Neigung zu körperlicher Aggression (AQ-G).....	55
3.1.7	Gewaltdelinquenz	56
3.1.8	Rückfälligkeit bezüglich Gewaltdelinquenz	56
3.1.9	Belastende Kindheitserfahrungen (KERF)	56
3.1.10	Elterlicher Alkohol- und sonstiger Drogenkonsum	57
3.1.11	Psychiatrische Komorbiditäten neben Substanzkonsumstörungen	57
3.2	Latente Klassenanalyse	58
3.2.1	Darstellung und Vergleich der Passungskennwerte	58
3.2.2	Vergleich der 4-Klassenlösung mit der 5-Klassenlösung	59
3.2.3	Fazit	61
3.3	Regressionsmodelle	62
3.3.1	Einflüsse der Kontrollvariablen auf die Klassenzugehörigkeit.....	62
3.3.2	Einflüsse der Klassenzugehörigkeit auf die Outcome-Variablen	63
3.3.3	Einflüsse der Kontrollvariablen auf die Outcome-Variablen.....	63
3.3.4	Gesamte Einflüsse auf die Outcome-Variablen	64
4	Diskussion	66
4.1	Ergebnis der Latenten Klassenanalyse	66
4.2	Zusammenhang zwischen der Klassenzugehörigkeit und den Kontrollvariablen	68
4.3	Diskussion der prädiktiven Zusammenhänge.....	71
4.3.1	Zusammenfassung der wichtigsten prädiktiven Zusammenhänge	77
4.4	Stärken und Limitierungen dieser Studie	78
4.5	Fazit und Ausblick	79
5	Literaturverzeichnis	82
6	Anhang	91

7	Danksagung	107
8	Lebenslauf.....	108

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Alkoholbezogene Diagnosen nach ICD-10	16
Tabelle 2: Reliabilitäten der einzelnen Variablen (ICC und Cohens Kappa).....	47
Tabelle 3: Darstellung relevanter statistischer Passungskennwerte für jede Klassenanzahl.....	59
Tabelle 4: Regressionsmodell für frühe Verhaltensauffälligkeiten (ohne Kontrollvariablen).....	91
Tabelle 5: Regressionsmodell für frühe Verhaltensauffälligkeiten (Alter und KERF) ...	92
Tabelle 6: Regressionsmodell für frühe Verhaltensauffälligkeiten (Alter, KERF und elterlicher Konsum)	93
Tabelle 7: Regressionsmodell für frühe Verhaltensauffälligkeiten (Alter, KERF, elterlicher Konsum und psychiatrische Komorbiditäten)	94
Tabelle 8: Regressionsmodell für jemals begangene Gewaltstraftaten (ohne Kontrollvariablen).....	95
Tabelle 9: Regressionsmodell für jemals begangene Gewaltstraftaten (Alter und KERF).....	96
Tabelle 10: Regressionsmodell für jemals begangene Gewaltstraftaten (Alter, KERF und elterlicher Konsum).....	97
Tabelle 11: Regressionsmodell für jemals begangene Gewaltstraftaten (Alter, KERF, elterlicher Konsum und psychiatrische Komorbiditäten)	98
Tabelle 12: Regressionsmodell für die Neigung zu körperlicher Aggression (ohne Kontrollvariablen).....	99
Tabelle 13: Regressionsmodell für die Neigung zu körperlicher Aggression (Alter und KERF).....	100
Tabelle 14: Regressionsmodell für die Neigung zu körperlicher Aggression (Alter, KERF und elterlicher Konsum).....	101
Tabelle 15: Regressionsmodell für die Neigung zu körperlicher Aggression (Alter, KERF, elterlicher Konsum und psychiatrische Komorbiditäten)	102
Tabelle 16: Regressionsmodell für die Rückfälligkeit bezüglich Gewaltdelinquenz (ohne Kontrollvariablen)	103
Tabelle 17: Regressionsmodell für die Rückfälligkeit bezüglich Gewaltdelinquenz (Alter und KERF).....	104
Tabelle 18: Regressionsmodell für die Rückfälligkeit bezüglich Gewaltdelinquenz (Alter, KERF und elterlicher Konsum)	105
Tabelle 19: Regressionsmodell für die Rückfälligkeit bezüglich Gewaltdelinquenz (Alter, KERF, elterlicher Konsum und psychiatrische Komorbiditäten).....	106

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Häufigkeitsverteilung der Summe früher Verhaltensauffälligkeiten	55
Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung der Rückfälligkeit von Gewaltstraftaten	56
Abbildung 3: Häufigkeitsverteilung des KERF-Scores	57
Abbildung 4: Häufigkeitsverteilung der zusätzlichen psychiatrischen Diagnosen.....	58
Abbildung 5: 5-Klassenlösung.....	60
Abbildung 6: 4-Klassenlösung.....	61

Abkürzungsverzeichnis

aBIC	Sample-size adjusted Bayesian Information Criterion
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
AIC	Akaike Information Criterion
AQ-G	Die deutsche Version des „Aggression questionnaire“
BIC	Bayesian Information Criterion
BLRT	Bootstrapped Parametric Likelihood Ratio Test
FASD	Fetale Alkoholspektrumstörungen
ICC	Intraklassenkorrelationskoeffizient
ICD-10	Die 10. Version der „International Classification of Diseases and Related Health Problems“
ICD-11	Die 11. Version der „International Classification of Diseases and Related Health Problems“
KERF	Messinstrument für belastende Kindheitserfahrungen
LCA	Latent Class Analysis (Latente Klassenanalyse)
LMR LRT	Lo-Mendell-Rubin Likelihood Ratio Test
log	Logarithmus
M	Arithmetischer Mittelwert
SD	Standardabweichung
SKID-II	„Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders of Axis II“
StGB	Strafgesetzbuch
VLM LRT	Vuong-Lo-Mendell-Rubin Likelihood Ratio Test
WHO	World Health Organization

Zusammenfassung

Theoretischer Hintergrund: Das häufige Vorkommen und die Relevanz von Alkoholkonsumstörungen in forensischen Stichproben wird in vielen Studien beschrieben. Auch das gleichzeitige Vorliegen anderer Substanzkonsumstörungen wird häufig erwähnt. Zusätzlich ist bekannt, dass belastende Kindheitserfahrungen in forensischen Stichproben häufig sind und mit Substanzkonsum, aber auch mit aggressiven und weiteren delinquenten Verhaltensweisen im Zusammenhang stehen. Die Erforschung der Einflüsse von Alkohol- und sonstigem Substanzkonsum auf Aggression, das Begehen von Gewaltstraftaten und die Rückfälligkeit bei Gewaltstraftaten unter der Berücksichtigung von belastenden Kindheitserfahrungen ist dabei besonders wichtig, um die Gesellschaft vor den Konsequenzen dieser Verhaltensweisen zu schützen.

Ziel: In dieser Studie sollten in einer forensischen Stichprobe zunächst vor allem Alkohol-, aber auch sonstige Substanzkonsummuster sowie belastende Kindheitserfahrungen identifiziert und anschließend Zusammenhänge mit maladaptiven Verhaltensweisen wie frühen Verhaltensauffälligkeiten, Neigung zur körperlichen Aggression und gewalttätiger Kriminalität (inklusive Rückfälligkeit) untersucht werden.

Methode: Insgesamt wurden 325 männliche Straftäter mittels einer retrospektiven Analyse von Daten untersucht, die teilweise aus den Selbstauskünften der Personen während ihrer psychiatrischen/psychologischen Begutachtungen und teilweise aus den entsprechenden Gutachten gewonnen werden konnten. Neben Selbstauskunftsfragebögen zu belastenden Kindheitserlebnissen und Aggression wurden mithilfe eines strukturierten Kodierungssystems relevante Informationen zu Substanzkonsum und Verhaltensauffälligkeiten aus den Gutachten extrahiert. Darüber hinaus wurden die jeweiligen kriminellen Vorgeschichten und etwaige Rückfälle nach der Begutachtung mittels Bundeszentralregisterauszügen analysiert. Mit einer latenten Klassenanalyse wurden Substanzkonsummuster untersucht und diese durch Regressionsanalysen mit den anderen interessierenden Konstrukten in Zusammenhang gebracht.

Ergebnisse: Die latente Klassenanalyse ergab eine Unterteilung der Stichprobe in vier Substanzkonsumklassen: Eine „Alkohol-Klasse“, eine „Drogen-Klasse“, eine „Polyuser-Klasse“ und eine Klasse ohne auffälligen Substanzkonsum. Es zeigte sich, dass 44,2% der Alkohol konsumierenden Probanden auch sonstige Drogen konsumierten. Zudem erhöhte die Zugehörigkeit zur „Alkohol-Klasse“ das Risiko, im Begehen von Gewaltstraftaten

taten rückfällig zu werden. Die Zugehörigkeit zur „Polyuser-Klasse“ hing mit Verhaltensauffälligkeiten in der Kindheit und Jugend sowie mit körperlicher Aggression zusammen. Belastende Kindheitserfahrungen waren mit keiner Klassenzugehörigkeit assoziiert, jedoch erhöhten sie das Risiko für bisherige Gewaltdelinquenz und Rückfälligkeit.

Conclusio: Die Ergebnisse veranschaulichen die Wichtigkeit einer rechtzeitigen Diagnostik und Therapie von Alkoholkonsumstörungen, um das Risiko von zukünftigen Gewaltverbrechen zu reduzieren und die Gesellschaft vor diesen zu schützen.

Abstract

Theoretical Background: The frequent occurrence and relevance of alcohol use disorders in forensic samples have been described in many studies. The co-occurrence of other substance use disorders is also frequently mentioned. Furthermore, it is well known that adverse childhood experiences are common in forensic populations and are associated with substance use as well as aggressive and other delinquent behaviors. Investigating the influences of alcohol and other substance use on aggression, the commission of violent crimes, and recidivism involving violent offenses while taking adverse childhood experiences into account is particularly important in order to protect society from the consequences of such behaviors.

Aim: The aim of this study was, first, to identify patterns of alcohol and other substance use as well as adverse childhood experiences in a forensic sample. Subsequently, the relationships between these factors and maladaptive behaviors such as early behavioral problems, a tendency toward physical aggression, and violent criminality (including recidivism) were to be examined.

Method: A total of 325 male offenders were analyzed retrospectively using data derived partly from the individuals' self-reports during their psychiatric/psychological evaluations and partly from the corresponding forensic reports. In addition to self-report questionnaires on adverse childhood experiences and aggression, relevant information on substance use and behavioral abnormalities was extracted from the reports using a structured coding system. Furthermore, the participants' criminal histories and any recidivism following the evaluation were analyzed using records from the Federal Central Register. A latent class analysis was conducted to investigate substance use patterns, and these were then associated with the other constructs of interest using regression analyses.

Results: The latent class analysis revealed four substance use classes: an "alcohol class," a "drug class," a "polyuser class," and a class without significant substance use. It was found that 44.2% of individuals who consumed alcohol also used other drugs. Moreover, membership in the "alcohol class" increased the risk of recidivism involving violent offenses. Membership in the "polyuser class" was associated with behavioral problems during childhood and adolescence as well as with physical aggression. Although adverse childhood experiences were not associated with any specific class membership, they did increase the risk for prior violent criminality and recidivism.

Conclusion: The findings underscore the importance of early diagnosis and treatment of alcohol use disorders in order to reduce the risk of future violent crimes and to protect society from their consequences.

Gender-Hinweis

Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit das generische Maskulinum verwendet. Die in dieser Arbeit verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich, sofern nicht anders kenntlich gemacht, auf alle Geschlechter.

1 Einleitung

1.1 Prävalenz von Alkoholkonsum

1.1.1 Prävalenz weltweit

Alkohol ist die weltweit am weitesten verbreitete psychoaktive Substanz und gehört für viele Menschen zur Alltagskultur (De Bock & Koch-Gromus, 2021). Nach dem „Global Status Report on Alcohol and Health and Treatment of Substance Use Disorders“ haben im Jahr 2019 52% der Männer und 35% der Frauen in den vergangenen zwölf Monaten Alkohol getrunken. Unter den 15- bis 19-Jährigen tranken weltweit 22% Alkohol (World Health Organization, 2024). In den USA haben laut der „National Survey on Drug Use and Health“ aus dem Jahr 2021 sogar 66.9% der Menschen, die älter als 18 Jahre waren, im vergangenen Jahr (also im Jahr 2020) Alkohol konsumiert. In der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen haben 17.8% der Jugendlichen im letzten Jahr Alkohol konsumiert (NSDUH, 2022).

In der europäischen Union tranken 22.8% der Einwohner im Jahr 2019 monatlich Alkohol, 28.8% jede Woche und 8.4% jeden Tag (Eurostat, 2021). Zudem zeigte sich, dass der prozentuale Anteil derer, die jeden Tag Alkohol trinken, mit steigendem Alter immer größer wurde. So konsumierten 2.6% der 25- bis 34-Jährigen, 8.2% der 45- bis 54-Jährigen und 16% der über 75-Jährigen täglich Alkohol. Bezüglich des Alters bei Beginn des Alkoholkonsums fand man in einer anderen europäischen Studie heraus, dass 33% der Jugendlichen, die 13 Jahre oder jünger waren, bereits Alkohol konsumiert hatten (EUDA, 2019).

1.1.2 Prävalenz in Deutschland

Obwohl in den letzten 20 Jahren der Anteil der Personen in Deutschland, die Alkohol trinken, leicht gesunken ist (Rückgang des Pro-Kopf-Alkoholkonsums um etwa 16%), ist der Alkoholkonsum hierzulande immer noch weit verbreitet (Kahnert et al., 2022). Im Jahr 2021 tranken laut dem „Alkoholatlas Deutschland 2022“, der vom Deutschen Krebsforschungszentrum veröffentlicht wurde, mehr als zwei Drittel der Erwachsenen in Deutschland Alkohol, wobei 77% der Männer und 68% der Frauen im Alter von 18 bis

59 Jahren innerhalb der letzten 30 Tage Alkohol getrunken hatten. Bei rund 16% der erwachsenen Männer und 11% der erwachsenen Frauen konnte sogar eine wöchentlich riskante Menge an konsumiertem Alkohol (mehr als 10 Gramm Reinalkohol pro Tag für Frauen und mehr als 20 Gramm Reinalkohol pro Tag für Männer) festgestellt werden. Laut dem Jahrbuch der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) aus dem Jahr 2024 wiesen 7.9 Millionen Menschen der 18- bis 64-jährigen Bevölkerung in Deutschland einen Alkoholkonsum in gesundheitlich riskanter Form auf (DHS, 2024).

Des Weiteren liegt das Durchschnittsalter für den ersten Alkoholrausch bei 16.3 Jahren und hat sich im Vergleich zu den Jahren davor nach hinten verschoben (BZgA, 2019). Bei Betrachtung des Alkoholkonsums in Bezug auf die Lebensspanne lässt sich erkennen, dass der riskante Konsum bei Männern im Alter von 18 bis 54 Jahren relativ konstant bleibt und erst in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen deutlich ansteigt. Bei Frauen hingegen ist er im Alter von 18 bis 24 Jahren am höchsten, sinkt danach und steigt in der Altersgruppe der 45- bis 54-Jährigen wieder an (Kahnert et al., 2022).

Im Zuge der COVID-19-Pandemie wurde außerdem untersucht, ob eine Veränderung im Trinkverhalten der Bevölkerung aufgrund der pandemischen Lage zu beobachten ist. Dabei gaben 33.2% der Jugendlichen und 31.5% der jungen Erwachsenen an, nach eigener Einschätzung seit Beginn der Pandemie mehr Alkohol zu trinken. Während nur 15.7% der Jugendlichen berichteten, dass sie seitdem weniger Alkohol konsumiert hatten, waren es bei den jungen Erwachsenen 37.7% (IFT-Nord, 2022).

Manthey et al. fanden anhand einer Umfrage im Zeitraum von April bis Juli 2020 heraus, dass der Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland seit Beginn der Pandemie insgesamt zurückgegangen sei. Obwohl die Trinkfrequenz sogar leicht zugenommen hat, kann der allgemeine Rückgang des Alkoholkonsums vor allem mit der Reduktion von Gelegenheiten zum Rauschtrinken erklärt werden. Bei Frauen sei der Alkoholkonsum im Vergleich zu Männern weniger stark gesunken (Manthey et al., 2020).

1.2 Alkoholbezogene Diagnosen nach ICD-10

In Tabelle 1 sind nach der „International Classification of Diseases“ (ICD-10) alkoholbezogene Diagnosen dargestellt (ICD-10, 2022).

Tabelle 1: Alkoholbezogene Diagnosen nach ICD-10

Akute Alkoholintoxikation (F10.0)
Schädlicher Alkoholgebrauch (F10.1)
Alkoholabhängigkeit (F10.2)
Alkoholentzugssyndrom (F10.3)
Alkoholentzugssyndrom mit Delirium (F10.4)
Alkoholbedingte psychotische Störung (F10.5)
Alkoholbedingtes amnestisches Syndrom (F10.6)
Alkoholbedingter Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung (F10.7)
Sonstige alkoholbedingte psychische Störungen und Verhaltensstörungen (F10.8)

Im Folgenden wird auf den schädlichen Alkoholgebrauch (F10.1) sowie auf die Alkoholabhängigkeit (F10.2) näher eingegangen.

1.2.1 Schädlicher Alkoholgebrauch (F10.1) nach ICD-10

Der schädliche Gebrauch einer psychotropen Substanz (wie Alkohol) liegt dann vor, wenn deren Konsum zu einer Gesundheitsschädigung führt. Diese kann sich sowohl als körperliche Störung als auch als psychische Störung wie beispielsweise in Form einer depressiven Episode aufgrund von massivem Alkoholkonsum manifestieren. Die Schäden sollten seit mindestens einem Monat oder wiederholt über die letzten zwölf Monate bestehen. Außerdem sollte die Art der Schädigung klar festgestellt und benannt werden können und es sollte ein deutlicher Nachweis darüber vorliegen, dass der Substanzgebrauch auch der tatsächliche Grund für die körperlichen und psychischen Schäden ist (Batra et al., 2016; ICD-10, 2022).

1.2.2 Alkoholabhängigkeit (F10.2) nach ICD-10

Die Diagnosekriterien der Alkoholabhängigkeit stimmen mit den allgemeinen Kriterien der Abhängigkeit nach ICD-10 überein. Dazu zählen folgende Kriterien:

1. Substanzverlangen (Craving)
2. Körperliches Entzugssyndrom

3. Toleranzentwicklung gegenüber der Substanz
4. Vernachlässigung anderer Aktivitäten aufgrund des Konsums
5. Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren
6. Anhaltender Substanzgebrauch trotz nachweislich schädlicher Folgen

Um die Diagnose der Alkoholabhängigkeit zu erfüllen, sollten drei oder mehr dieser Kriterien zusammen mindestens einen Monat lang aufgetreten sein. Wenn sie lediglich für eine kürzere Zeit gemeinsam aufgetreten sind, sollten sie innerhalb von zwölf Monaten wiederholt vorgekommen sein (ICD-10, 2022).

1.2.3 Neuerungen der ICD-11

Die neuere ICD-11 trat Anfang 2022 in Kraft und unterscheidet ebenfalls zwischen einem schädlichen Gebrauch von Alkohol und einer Alkoholabhängigkeit. Für Deutschland liegt derzeit jedoch nur eine Entwurfsfassung vor, die verbindliche Anwendung der ICD-11 steht noch aus. Im Vergleich zur bisherigen Version wurden die sechs Kriterien einer Alkoholabhängigkeit in der ICD-11 zu den folgenden drei Kriterien zusammengefasst:

1. Beeinträchtigte Kontrolle über den Substanzkonsum
2. Physiologische Merkmale (wie zum Beispiel Toleranzentwicklung oder Entzugserscheinungen)
3. Substanzkonsum als fortschreitende Priorität im Leben

Von diesen drei Kriterien müssen nun zwei erfüllt sein, um die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit stellen zu können. Die Kriterien bestehen dabei in der Regel seit mindestens 12 Monaten, allerdings kann die Diagnose auch bei anhaltendem Alkoholkonsum, der täglich oder fast täglich stattfindet, gestellt werden (Heinz et al., 2022; ICD-11 (deutsche Entwurfsfassung), 2022).

1.2.4 Prävalenz von alkoholbezogenen Störungen und Alkoholabhängigkeit

Während die Prävalenz von allen alkoholbezogenen Störungen im Jahr 2019 weltweit bei 7% lag, betrug die weltweite Prävalenz von Alkoholabhängigkeit laut einem Bericht

der WHO im Jahr 2019 3.7% (World Health Organization, 2024). In Deutschland erfüllten 4.8% der zwischen 18 und 54 Jahre alten Männer und 1.9% der zwischen 18 und 54 Jahre alten Frauen im Jahr 2018 die Kriterien einer Alkoholabhängigkeit in den letzten zwölf Monaten. Dabei wies die Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen sowohl bei Männern mit 11.6% als auch bei Frauen mit 5.4% den höchsten Anteil an Alkoholabhängigen der untersuchten Altersgruppen auf (Kahnert et al., 2022).

1.2.5 Prävalenz von psychiatrischen Komorbiditäten bei Alkoholkonsumstörungen

In früheren Studien konnte wiederholt festgestellt werden, dass Patienten mit einem schädlichen oder abhängigen Substanzkonsum eine überdurchschnittlich hohe Prävalenz an psychiatrischen Komorbiditäten aufweisen (Kessler et al., 1997; Kranzler & Rosenthal, 2003; Regier et al., 1990). In einer dieser Studien zeigte sich, dass mehr als ein Drittel der teilnehmenden Personen mit einer Diagnose im Bereich der Alkoholkonsumstörungen bereits (mindestens) eine weitere psychiatrische Diagnose gestellt bekommen hat (Regier et al., 1990). Zu den am häufigsten auftretenden Komorbiditäten zählen weitere Substanzkonsumstörungen, affektive Störungen (insbesondere Bipolarität und Depression), Angststörungen sowie Persönlichkeitsstörungen, wobei vor allem die antisoziale Persönlichkeitsstörung häufig ist (Kranzler & Rosenthal, 2003). Manche Autoren gehen sogar davon aus, dass mehr als 50% aller Alkoholkranken neben Alkohol noch von einer weiteren Droge abhängig sind und circa 25% der Opiatabhängigen gleichzeitig süchtig nach Alkohol sind (Falkai et al., 2022). Außerdem wiesen 13.4% der Personen mit einer Alkoholkonsumstörung (wobei nicht differenziert wurde, um welche Art von Alkoholkonsumstörung es sich jeweils handelte) eine affektive Störung auf, 19.4% eine Angststörung und 14.3% eine antisoziale Persönlichkeitsstörung (Regier et al., 1990).

Die häufigen Komorbiditäten von Alkoholkonsumstörungen mit weiteren Substanzkonsumstörungen sowie mit dissozialen Persönlichkeitszügen legen nahe, dass der Betrachtung von Alkohol im forensisch-psychiatrischen Kontext eine besondere Aufmerksamkeit beizumessen ist und ein erhöhtes Risiko für delinquentes Verhalten vermutet werden kann.

1.3 Zur forensisch-psychiatrischen Relevanz von Alkohol

Ein Zusammenhang zwischen dem Trinken von Alkohol und dem Begehen von Straftaten wurde bereits in zahlreichen Publikationen beschrieben (Lundholm et al., 2013; Martin, 2001; Rempel et al., 2015). Es konnte gezeigt werden, dass Alkohol- und Substanzkonsumstörungen mehr als ein Drittel aller psychischen Störungen in einer Gruppe von Straftätern ausmachten (Wormith & Mckeague, 1996). Bei der Untersuchung von Gefängnisinsassen sowie Straftätern auf Bewährung im Nordosten Englands fand man sogar bei 63% eine Alkoholkonsumstörung (Newbury-Birch et al., 2009). In einer australischen Stichprobe von Straftätern, die ein Tötungsdelikt begangen haben, konnte bei 38.8% ein problematisches Trinkverhalten im Jahr vor der Tat festgestellt werden (Eriksson et al., 2021). In einer Studie, die die Prävalenz von psychischen Störungen bei männlichen und weiblichen Gefangenen im geschlossenen Vollzug in Deutschland untersuchte, ließ sich bei 59.2% der Männer und bei 23.8% der Frauen eine Alkoholkonsumstörung erkennen (von Schönfeld et al., 2006).

In einer Stichprobe von männlichen, jugendlichen Straftätern wiesen 31% der unter 16-Jährigen und 44.1% der über 16-Jährigen eine Alkoholkonsumstörung auf (Bessler et al., 2018).

Aufgrund der enthemmenden Wirkung von Alkohol und der Tatsache, dass die Prävalenz von Alkoholkonsumstörungen bei Straftätern im Vergleich zu der Gesamtbevölkerung deutlich höher ist, liegt nahe, dass viele Straftaten unter dem Einfluss von Alkohol ausgeübt werden.

In der deutschen Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) aus dem Jahr 2023 ist der Anteil an alkoholisierten Straftätern für die jeweilige Straftat im Berichtszeitraum vom 01.01.2023 bis zum 31.12.2023 dargestellt. Dabei lässt sich feststellen, dass 203.261 der Tatverdächtigen (von insgesamt 2.246.767 Tatverdächtigen) und somit ungefähr jeder zehnte (9.1%) alkoholisiert war. Innerhalb der Gewaltstraftaten war der Anteil an alkoholisierten Tätern bei Totschlag mit 25.6% am höchsten. Bei Körperverletzung lag er bei 20.9% und bei Mord bei 13.4% (PKS 2023, 2024).

1.3.1 Alkohol und die psychiatrische Begutachtung im Strafverfahren

Da der übermäßige Konsum von Alkohol schwerwiegende Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit des menschlichen Gehirns hat, kann das Begehen einer Straftat unter

Alkoholeinfluss nach dem Strafgesetzbuch (StGB) ein Grund für eine verminderte Schuldfähigkeit (Paragraf 21 StGB) oder eine Schuldunfähigkeit (Paragraf 20 StGB) sein. Allerdings sollte dabei jeder Fall individuell betrachtet werden, da Menschen mit Alkoholabhängigkeit im Gegensatz zu gesunden Menschen aufgrund einer Toleranzentwicklung oft erst bei höheren Blutalkoholwerten als unzurechnungsfähig einzustufen sind. Außerdem kann eine Person, bei der eine Schuldinderung oder Schuldunfähigkeit festgestellt wurde, nach Paragraf 323a StGB dennoch verurteilt werden, wenn sie sich durch alkoholische Getränke vorsätzlich und/oder fahrlässig selbst in einen Rausch versetzt hat und in diesem Zustand eine Straftat begeht (Bußgeldkatalog, 2025).

Des Weiteren besteht die Möglichkeit der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach Paragraf 64 StGB, die zu den „Maßregeln der Besserung und Sicherung“ gezählt wird. Der Zweck dieser Maßregel besteht in der Heilung von stoffgebundenen Abhängigkeiten und im Schutz der Öffentlichkeit vor gefährlichen Tätern. Sie kann nur dann auferlegt werden, wenn folgende Voraussetzungen zutreffen:

- Es muss ein Hang bestehen, berauschende Mittel (wie zum Beispiel Alkohol) im Übermaß zu sich zu nehmen. Von einem Hang wird dann ausgegangen, wenn eine chronisch körperliche oder zumindest eine psychische Abhängigkeit von dem berauschenden Mittel vorliegt (wobei nicht zwingend eine körperliche Abhängigkeit vorliegen muss).
- Die Straftat muss aufgrund des Hangs begangen worden sein und es muss die Gefahr weiterer Straftaten in der Zukunft gegeben sein. Die Anordnung dieser Maßregel aus rein therapeutischen Gründen ist nicht zulässig.
- Es muss eine hinreichend konkrete Aussicht bestehen, die betroffene Person von ihrer Sucht zu heilen oder sie zumindest für eine gewisse Zeit vor einem Rückfall zu bewahren (Schalast et al., 2023).

Die Anzahl der Personen, die nach Paragraf 64 StGB untergebracht wurden, ist in den letzten Jahren stark gestiegen (DGPPN, 2021) und hat sich laut Daten des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2014 im Vergleich zu 1990 sogar vervierfacht (Statistisches Bundesamt, 2015). Dies führte zur Überbelegung von vielen Entziehungseinrichtungen und stellte einen der Gründe dar, weshalb am 01.10.2023 eine Novellierung des Paragrafen 64 StGB durch den Deutschen Bundestag in Kraft trat (M. Schwarz & Stübner, 2023). Die Neuerungen beinhalten unter anderem folgende Punkte:

- Der Begriff des Hangs wird nun enger gefasst und trifft erst dann zu, wenn die angeklagte Person an einer Substanzkonsumstörung leidet, infolge derer eine „andauernde und schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensgestaltung, der Gesundheit, der Arbeits- oder der Leistungsfähigkeit“ besteht.
- Der Erfordernis einer Kausalität zwischen dem Hang und dem Anlassdelikt soll nun eine deutlich größere Bedeutung beigemessen werden.
- Die Anforderungen auf das Kriterium der Erfolgsaussicht wurden angehoben. Diese muss aufgrund tatsächlicher Anhaltspunkte zu erwarten sein und ist dann gegeben, wenn eine Wahrscheinlichkeit höheren Grades für einen Therapieerfolg spricht.
- Bislang war es möglich, im Falle eines erfolgreichen Therapieabschlusses bereits zum Halbstrafenzeitpunkt entlassen zu werden. Um die Attraktivität dieser Maßregel zu senken, kann nun erst eine Reststrafenaussetzung zur Bewährung erfolgen, wenn mindestens zwei Drittel der Strafe verbüßt wurden (Burhoff, 2023).

1.4 Prädiktoren von Alkoholkonsum nach dem bio-psycho-sozialen Modell

Nach der Betrachtung der psychiatrischen Begutachtung von strafrechtlich relevantem Alkoholkonsum ergibt sich nun die Frage, welche Faktoren zur Entstehung und Aufrechterhaltung eines problematischen Alkoholkonsums beitragen. Ein Erklärungsansatz hierfür bietet das bio-psycho-soziale Modell, welches durch den amerikanischen Psychiater George L. Engel geprägt wurde. Es beruht auf der Annahme, dass biologische Faktoren wie genetische Disposition oder physiologische Prozesse, psychologische Faktoren wie Verhalten oder Bewältigungsstrategien und soziale Faktoren wie der sozioökonomische Status oder die soziale Unterstützung eine wichtige Rolle in der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten spielen und in gegenseitiger Wechselwirkung zueinander stehen (Engel, 1977). Da dieses Modell auch auf Substanzkonsumstörungen wie Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit angewendet werden kann (Stiftung Gesundheitswissen, 2020), wird auf Basis dessen im Folgenden die Rolle von genetischen Faktoren und Umweltfaktoren bei Alkoholkonsumstörungen näher betrachtet.

1.4.1 Genetische Faktoren

Eine mögliche genetische Prädisposition von Alkoholkonsumstörungen wurde in der Vergangenheit wiederholt in Form von Zwillingsstudien, bei denen eineiige mit zweieiigen Zwillingen verglichen wurden, untersucht (Agrawal & Lynskey, 2008; Pickens et al., 1991, 1995; Prescott & Kendler, 1999). Dabei fand man heraus, dass bei männlichen Zwillingspaaren eineiige Zwillinge häufiger von schädlichem Alkoholgebrauch und von Alkoholabhängigkeit betroffen sind als zweieiige Zwillinge. Aufgrund der Tatsache, dass eineiige Zwillinge im Gegensatz zu zweieiigen Zwillingen mit nahezu demselben Erbgut ausgestattet sind, gilt dies als Hinweis auf eine genetische Prädisposition von Alkoholkonsumstörungen. Bei weiblichen Zwillingspaaren konnte dieser Unterschied lediglich bei der Alkoholabhängigkeit, nicht aber bei schädlichem Gebrauch festgestellt werden (Pickens et al., 1991). Dazu passend gehen manche Wissenschaftler davon aus, dass die genetische Prädisposition bei schwerwiegenderen Alkoholkonsumstörungen wie der Alkoholabhängigkeit eine größere Rolle als bei weniger problematischem Trinkverhalten spielt (Agrawal & Lynskey, 2008; Pickens et al., 1995).

Außerdem wurden zahlreiche Adoptionsstudien (Bohman et al., 1981; Cloninger et al., 1985; Goodwin et al., 1973) durchgeführt, um Hinweise für die genetische Prädisposition von Alkoholkonsumstörungen zu finden. Dabei wurde untersucht, ob die biologischen Kinder von alkoholkranken Eltern, die zur Adoption freigegeben wurden und somit bei Adoptiveltern ohne Alkoholprobleme aufwuchsen, dennoch ein erhöhtes Risiko für Alkoholkonsumstörungen aufwiesen (Agrawal & Lynskey, 2008). In einer der ersten Adoptionsstudien überhaupt verglichen Goodwin et al. diese Kinder mit solchen, die von biologischen Eltern ohne Alkoholprobleme zur Adoption freigegeben wurden und somit ebenfalls in einer Adoptivfamilie aufwuchsen. Dabei konnten sie feststellen, dass Kinder, die von biologischen Eltern mit Alkoholproblemen stammten, eine höhere Wahrscheinlichkeit aufwiesen, Kriterien von Alkoholismus zu erfüllen oder wegen Alkoholproblemen bereits in Behandlung gewesen zu sein. Allerdings war dieser Zusammenhang nur bei Söhnen und nicht bei Töchtern signifikant (Goodwin et al., 1973). In einer späteren schwedischen Studie wurde der Alkoholkonsum von adoptierten Töchtern genauer untersucht. Es konnte festgestellt werden, dass unter den Töchtern von alkoholabhängigen biologischen Müttern ebenfalls ein deutlich erhöhtes Risiko für einen problematischen Alkoholkonsum vorlag (Bohman et al., 1981).

Beim Hinzuziehen von Adoptionsstudien sollten jedoch auch die Schwächen dieser Art von Studie berücksichtigt werden. Denn in einigen dieser Arbeiten konnte zum Beispiel

nicht sicher ausgeschlossen werden, dass in der Adoptivfamilie ebenfalls Alkoholprobleme vorliegen. Außerdem sind Familien, die ein Kind adoptieren, oft nicht mit der Ursprungsfamilie zu vergleichen, da Adoptiveltern nicht selten älter sind und einer höheren sozialen Schicht angehören, sodass sich die Umweltfaktoren, unter denen die Kinder aufwachsen, unterscheiden (Agrawal & Lynskey, 2008).

Des Weiteren gibt es umfangreiche Hinweise in der Literatur, dass Kinder, die mit alkoholkranken Eltern aufwachsen, ein höheres Risiko für die Entwicklung eines eigenen problematischen Alkoholkonsums aufweisen (Rossow et al., 2016; Sharmin et al., 2019; Yap et al., 2017). So konnten in einer systematischen Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2015, die 21 prospektive Kohortenstudien untersuchte, in vier der 21 Studien zumindest teilweise kausale Zusammenhänge zwischen dem elterlichen Alkoholkonsum und dem der Nachkommen festgestellt werden (Rossow et al., 2016). Aufgrund der Tatsache, dass diese Zusammenhänge sowohl durch genetische als auch durch andere Faktoren wie beispielsweise das Modelllernen nach Bandura (Bandura & Walters, 1977) erklärt werden können und somit eine gemeinsame Beeinflussung anzunehmen ist, werden elterlicher Alkoholkonsum und belastende Kindheitserfahrungen im Folgenden in eigenen Abschnitten betrachtet.

1.4.2 Elterlicher Alkoholkonsum

Dass Kinder von alkoholkranken Eltern bereits früh vielen verschiedenen Risikofaktoren ausgesetzt sind, scheint ein Grund dafür zu sein, dass sie im Vergleich zu Kindern von nicht-alkoholkranken Eltern häufiger von den sozialen Normen abweichendes Verhalten zeigen (Adger et al., 1999). In einer Metaanalyse aus dem Jahr 2017 stellten sich beispielsweise eine positive Einstellung der Eltern gegenüber Alkohol sowie deren Alkoholkonsum als Risikofaktoren heraus, die sowohl einen früheren Beginn als auch ein größeres Ausmaß des Alkoholkonsums der Kinder vorhersagten. Dem gegenüber standen protektive Faktoren wie die elterliche Kontrolle des kindlichen Alkoholkonsums oder die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung (Yap et al., 2017). Außerdem scheint es eine Rolle zu spielen, wie viel Zeit die Kinder mit ihren Alkohol konsumierenden Eltern verbringen, da Kinder, die viel Zeit mit ihnen verbrachten, ein höheres Risiko für Alkoholkonsum hatten (Yu, 2003). Dies könnte wiederum für den Einfluss des Modelllernens (Bandura & Walters, 1977) sprechen, da Kinder somit mehr Zeiten haben, die dysfunktionalen

Verhaltensweisen der Eltern zu beobachten und diese gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt nachzuahmen.

Der Einfluss von weiteren Faktoren wurde unter anderem in einer Studie von Su et al. aus dem Jahr 2018 untersucht. Sie zeigte, dass durch väterlichen Alkoholkonsum positives elterliches Verhalten wie das Zeigen von Wärme, Mitgefühl und Akzeptanz gegenüber den Kindern sowohl von dem Vater selbst als auch von der Mutter seltener auftrat und somit der Mediator zwischen dem väterlichen Alkoholkonsum und dem der Kinder sein könnte. Für den mütterlichen Alkoholkonsum konnte dieser Zusammenhang jedoch nicht dargestellt werden, sodass es Unterschiede im Einfluss des väterlichen und mütterlichen Alkoholkonsums zu geben scheint (Su et al., 2018). Dies stimmt mit den Ergebnissen früherer Studien überein (Chassin et al., 1993; Ohannessian, 2012). Eine weitere Assoziation könnte darin bestehen, dass Kinder von Eltern mit Alkoholkonsumstörungen eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, an psychiatrischen Erkrankungen wie der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) oder anderen Verhaltensstörungen zu leiden (Adger et al., 1999; Knopik et al., 2005). Psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter hängen wiederum mit einem höheren Risiko für einen späteren problematischen Alkoholkonsum zusammen (Kumpulainen, 2000).

Darüber hinaus konnten mehrere Studien zeigen, dass bereits der pränatale Alkoholkonsum der Mutter Auswirkungen auf den späteren Alkoholkonsum der Kinder haben kann (Alati et al., 2006; Baer et al., 2003; Duko et al., 2020; Goldschmidt et al., 2019). Bei der Übersichtsarbeit von Duko et al. aus dem Jahr 2022, in der insgesamt zwölf Studien aus einem Zeitraum von 1998 bis 2020 zu diesem Thema zusammengefasst wurden, wurde festgestellt, dass bei acht dieser zwölf Studien ein Zusammenhang zwischen pränataler Alkoholexposition und erhöhtem Risiko von späterem Alkoholkonsum vorlag. Bei zwei Studien zeigte sich zusätzlich ein erhöhtes Risiko an einer Alkoholabhängigkeit zu erkranken (Duko et al., 2022). Des Weiteren wurde in bestimmten Arbeiten untersucht, ob Kinder, die an einer fetalen Alkoholspektrumstörung (FASD) leiden, häufiger als nicht betroffene Kinder Verhaltensauffälligkeiten, Aggressivität oder Gewalt zeigen (Streissguth et al., 2004; Tsang et al., 2016). Tsang et al. fanden dabei mittels einer Metaanalyse heraus, dass Kinder mit FASD höhere Werte in den Bereichen internalisierende Verhaltensweisen (zum Beispiel Ängste und Depressionen), externalisierende Verhaltensweisen (zum Beispiel impulsives oder aggressives Verhalten) sowie in der Gesamtheit aller Verhaltensprobleme aufwiesen (Tsang et al., 2016). Zudem stellten Streissguth et al. fest, dass Menschen mit FASD häufiger Probleme mit adaptivem Verhalten und 60% der Betroffenen im Laufe ihres Lebens bereits Probleme mit dem Gesetz

hatten. 49% der Probanden mit FASD zeigten außerdem unangemessenes sexuelles Verhalten und 35% hatten Alkohol- oder Drogenprobleme (Streissguth et al., 2004).

Abschließend kann festgehalten werden, dass der Zusammenhang zwischen elterlichem und kindlichem Alkoholkonsum in einer Vielzahl von wissenschaftlichen Arbeiten erwähnt und daher durch Evidenzen gestützt wird. Zudem lässt sich vermuten, dass das oben beschriebene, seltenere Zeigen von Wärme, Mitgefühl und Akzeptanz durch alkoholranke Eltern gegenüber ihren Kindern mit einem häufigeren Auftreten von belastenden Kindheitserfahrungen einhergeht (Su et al., 2018).

1.4.3 Belastende Kindheitserfahrungen

Eine der bekanntesten Studien, die den Zusammenhang zwischen dem Erleben von verschiedenen belastenden Kindheitserfahrungen und dem späteren Auftreten von bestimmten Krankheiten bei den Betroffenen untersuchte, ist die „Adverse Childhood Experiences Study“ von Felitti et al. aus dem Jahr 1998. Bei dieser Studie wurden insgesamt sieben verschiedene Kategorien von belastenden Kindheitserfahrungen wie zum Beispiel emotionaler, körperlicher und sexueller Missbrauch erfragt, woraufhin die Anzahl der zutreffenden Kategorien mit dem Gesundheitsstatus der Betroffenen, deren Risikoverhalten und deren Krankheiten verglichen worden ist. Dabei fand man heraus, dass Personen, die vier oder mehr Kategorien in ihrer Kindheit erlebt hatten im Vergleich zu Personen ohne belastende Kindheitserfahrungen mit einer vier bis zwölf Mal höheren Wahrscheinlichkeit eine psychiatrische Erkrankung wie Depression, Alkohol- oder Drogenkonsumstörung im Erwachsenenalter aufwiesen und zudem deutlich häufiger einen Suizidversuch begangen haben. Die einzelnen Kategorien an belastenden Kindheitserfahrungen hatten dabei einen kumulativen Effekt auf die Wahrscheinlichkeit eines erhöhten Alkoholkonsums (Felitti et al., 1998). Dieser kumulative Effekt wird auch in einer Studie von Douglas et al. aus dem Jahr 2010 beschrieben und führt zu der Annahme, dass das Erleben von mehreren belastenden Kindheitserfahrungen unterschiedlicher Art gravierendere Auswirkungen auf die Gesundheit der betroffenen Person hat als eine allein auftretende belastende Kindheitserfahrung. Außerdem wurden hierbei neben den belastenden Kindheitserfahrungen, die in der oben genannten Studie erhoben worden sind, noch weitere wie eine schlechte Beziehung zur primären Bezugsperson, häufige Umzüge oder eine instabile Haushaltsführung berücksichtigt. Diese führten ebenfalls zu einem erhöhten Risiko für Alkoholkonsumstörungen.

Zudem wiesen emotionaler, körperlicher und sexueller Missbrauch sowie ein elterlicher Substanzkonsum einen Zusammenhang mit dem häufigeren Auftreten von affektiven Störungen und Angststörungen auf. Affektive Störungen und Angststörungen erhöhten wiederum die Wahrscheinlichkeit für eine entstehende Substanzkonsumstörung, sodass ein indirekter Zusammenhang zwischen den genannten belastenden Kindheitserfahrungen und der Entstehung einer Substanzkonsumstörung vorzuliegen scheint. Allerdings wird darauf hingewiesen, dass auch unabhängig von affektiven Störungen und Angststörungen ein direkter Zusammenhang zwischen belastenden Kindheitserfahrungen und Alkoholkonsumstörungen besteht (K. R. Douglas et al., 2010). Des Weiteren untersuchten Burke et al. belastende Kindheitserfahrungen in einer Stichprobe von 701 Kindern und fanden dabei heraus, dass bei vier oder mehr zutreffenden Kategorien von belastenden Kindheitserfahrungen das Risiko für Verhaltens- und Lernstörungen deutlich anstieg (Burke et al., 2011). Verhaltensstörungen wie beispielsweise ADHS im Kindes- und Jugendalter erhöhen wiederum die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung eines problematischen Alkoholkonsums (Fergusson & Lynskey, 1998; Kumpulainen, 2000).

In einer anderen Studie wurde das Zusammenwirken von elterlichem Alkoholkonsum, belastenden Kindheitserfahrungen und dem späteren Alkoholkonsum der betroffenen Kinder näher untersucht. Es konnte festgestellt werden, dass Kinder mit alkoholkranken Eltern ein höheres Risiko aufwiesen, dass alle neun erhobenen belastenden Kindheitserfahrungen auf sie zutrafen. Des Weiteren stieg mit der Anzahl der zutreffenden belastenden Kindheitserfahrungen die Wahrscheinlichkeit, im Erwachsenenalter an einer Alkoholkonsumstörung oder Depression zu erkranken (Anda et al., 2002). Diese Ergebnisse zeigen, dass der elterliche Alkoholkonsum, die Häufung von belastenden Kindheitserfahrungen und die Entstehung von Alkoholkonsumstörungen bei den betroffenen Kindern im Erwachsenenalter eng miteinander verbunden sind und sich gegenseitig beeinflussen. Dies könnte außerdem zu einem generationsübergreifenden Effekt führen, wenn alkoholkonsumierende Personen, die aus einem alkoholkranken Elternhaus stammen und belastende Kindheitserfahrungen gemacht haben, ebenfalls Kinder bekommen und somit als Elternteil fungieren. Durch den elterlichen Alkoholkonsum könnte nämlich wiederum die Wahrscheinlichkeit für belastende Erfahrungen der Kinder und somit für deren problematischen Alkoholkonsum im Erwachsenenalter steigen. Außerdem zeigte sich, dass Menschen, die vielen belastenden Kindheitserfahrungen ausgesetzt waren, mit höherer Wahrscheinlichkeit eine alkoholranke Person heiraten (Dube et al., 2002). Dies würde den oben genannten Effekt noch verstärken.

Um auf das bio-psycho-soziale Modell von Engel zurückzukommen, scheinen also weder die genetische Prädisposition noch soziale Umweltfaktoren allein ursächlich für die Entstehung von Alkoholkonsumstörungen zu sein. Vielmehr lässt sich ein komplexes Zusammenspiel von genetischen Faktoren und Umweltfaktoren vermuten (Agrawal & Lynskey, 2008).

1.5 Aggression und die Ausübung von Gewaltstraftaten als Folge von Alkoholkonsum

Bereits Mitte des 19. Jahrhunderts wurde von dem schwedischen Forscher Magnus Huss beschrieben, dass der Konsum von Alkohol mit einer höheren Bereitschaft zu aggressivem Verhalten und dem Begehen von Gewaltstraftaten verbunden ist (Huss, 1851). Seitdem wurden einige Theorien zur Entstehung von Aggression unter Alkoholeinfluss aufgestellt und die Art des Zusammenhangs in zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten untersucht (Beck & Heinz, 2013; Cheong & Nagoshi, 1999; Chermack & Taylor, 2015; Dermen & George, 2012; Giancola, 2003; Godlaski & Giancola, 2009; Quigley & Leonard, 2006).

1.5.1 Theorien zur Entstehung von Aggression bei Alkoholkonsum

Nach der I3-Theorie (Finkel, 2014), die für „instigation“, „impellance“ und „inhibition“ steht, geht man davon aus, dass das Zusammenwirken der folgenden drei Prozesse zur Entstehung von Aggression und daraus resultierenden Gewaltstraftaten im Kontext von Alkoholkonsum führt:

1. Anstiftende Faktoren („instigation“), wie zum Beispiel Beleidigungen oder Provokationen, erhöhen die Tendenz zu aggressivem Verhalten.
2. Impulsive Persönlichkeitseigenschaften oder eine positive Haltung gegenüber Gewalt („impellance“) lösen Aggression aus oder verstärken diese.
3. Hemmungsprozesse („inhibition“), wie zum Beispiel eine hohe Selbstkontrolle, können ohne den Einfluss von Alkohol die Ausübung von Gewalt verhindern. Bei Alkoholkonsum kommt es allerdings zu einer Reduktion dieser Hemmungsprozesse, sodass in diesem Zustand häufiger Gewaltstraftaten begangen werden.

Die I3-Theorie bezieht sich auf den Missbrauch von Alkohol sowie die Alkoholabhängigkeit (Finkel, 2014; Finkel et al., 2012; Finkel & Hall, 2018; Klein, 2022). Als Ergänzung kann die „Theorie der Alkoholmyopie“ (Steele & Josephs, 1990) hinzugezogen werden, die davon ausgeht, dass der akute Konsum von Alkohol die kognitive Kapazität einschränkt und somit dafür sorgt, dass nur noch besonders auffällige Reize, die direkt ins Auge springen, verarbeitet werden. Diese Reize, bei denen es sich beispielsweise um eine Provokation handelt, werden im alkoholisierten Zustand im Vergleich zu „normalen“, unauffälligeren Reizen nun verstärkt wahrgenommen, was zur Entstehung von Aggression und daraus resultierenden Gewaltstraftaten führen kann (Sevincer & Oettingen, 2021; Steele & Josephs, 1990).

1.5.2 Zusammenhang zwischen Alkohol und Aggression

Aufgrund der Tatsache, dass nicht alle Menschen, die Alkohol konsumieren, unmittelbar aggressiv werden, geht man davon aus, dass es sich nicht um einen direkten Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und der Entstehung von Aggression handelt, sondern dieser von verschiedenen individuellen Faktoren beeinflusst wird (Beck & Heinz, 2013). Als ein Faktor, der in bestimmten Situationen die Wahrscheinlichkeit für aggressives Verhalten erhöht, wird die eigene Erwartung, dass man durch Alkoholkonsum aggressiv wird, diskutiert (Quigley & Leonard, 2006). Dermen und George fanden in einer Stichprobe von amerikanischen College-Studenten heraus, dass bei Probanden mit der Erwartung, beim Konsum von Alkohol aggressiv zu werden, ein größerer Zusammenhang zwischen dem Trinken von Alkohol und der Häufigkeit von körperlich aggressivem Verhalten bestand als bei denjenigen, die nicht davon ausgingen, dass sie durch Alkoholkonsum aggressiv werden (Dermen & George, 2012). Chermack und Taylor konnten diesen Zusammenhang zwischen der Erwartungshaltung und dem Auftreten von aggressivem Verhalten allerdings erst dann feststellen, als die Probanden bestimmten Provokationen ausgesetzt waren (Chermack & Taylor, 2015). Erklärt werden könnte dieses Ergebnis mit der Annahme, dass Provokationen als anstiftender Faktor bei der Entstehung von Aggression eine Rolle spielen (siehe I3-Modell). Des Weiteren konnte man bereits bei Vorschulkindern, deren Eltern Alkohol konsumiert hatten, Erwartungen bezüglich eines aggressiven Verhaltens unter Alkoholeinfluss beobachten (Zucker et al., 1995). Dies könnte ein Hinweis für die Relevanz von sozialen Lernprozessen bei der Entstehung von Aggression nach Alkoholkonsum sein (Bandura & Walters, 1977; Beck

& Heinz, 2013). In einer anderen Studie untersuchte man, ob der Zusammenhang zwischen gesteigertem Alkoholkonsum (im Vergleich zu den sonst üblichen Trinkgewohnheiten der Probanden) und gesteigertem aggressivem Verhalten von verschiedenen Individual- und Kontextfaktoren abhängig ist. Als Ergebnis zeigte sich, dass der genannte Zusammenhang nur bei zwei von insgesamt vier miteinbezogenen Individual- und Kontextfaktoren statistisch signifikant war: einerseits bei Jugendlichen, die eine positive Einstellung gegenüber Gewalt aufwiesen und andererseits bei solchen, die in einem Stadtbezirk mit einer hohen Kriminalitätsrate lebten (White et al., 2013).

Auch die Rolle von Persönlichkeitseigenschaften, die im I3-Modell als Aggressionsauslöser und -verstärker fungieren, wurde in einigen Studien untersucht. Dabei fand Giancola heraus, dass Personen, die einen niedrigen Empathie-Wert erzielten im Vergleich zu denen, die einen hohen Wert erreichten, unter Alkoholeinfluss häufiger aggressives Verhalten zeigten. Die Empathie wurde mithilfe des „Interpersonal Reactivity Index“, der auf Deutsch „Interpersoneller Reaktivitätsindex“ heißt, gemessen (Davis, 1980). Dabei schätzten die Probanden ihre eigenen empathischen Fähigkeiten in 28 Items, die sowohl die kognitive als auch die emotionale Dimension von Empathie erfassen, ein. Auch das Geschlecht der Personen erwies sich als relevant, da als wenig empathisch eingestufte Frauen immer noch seltener aggressives Verhalten beim Alkoholkonsum zeigten als empathische Männer (Giancola, 2003). Als weitere Eigenschaften waren das „sensation-seeking“ (Cheong & Nagoshi, 1999) sowie eine gesteigerte Reizbarkeit (Godlaski & Giancola, 2009) mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für Aggression beim Trinken von Alkohol assoziiert (Beck & Heinz, 2013).

Des Weiteren wurde auch der Einfluss des Alters auf den Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und gewalttätigem Verhalten untersucht. Salas-Wright et al. befassten sich mit diesem Zusammenhang anhand ihrer Stichprobe aus 12- bis 25-Jährigen und bezogen ihre Rechnungen jeweils auf die verschiedenen Altersklassen, sodass sich altersspezifische Aussagen über Alkoholkonsum und gewalttätiges Verhalten treffen lassen. Es zeigte sich, dass Rauschtrinken, welches das Trinken von fünf oder mehr alkoholischen Getränken bei einer Gelegenheit bezeichnet, in den Altersklassen der 13- bis 20-Jährigen signifikant (unter Kontrolle von soziodemographischen Faktoren und Konsum anderer Rauschmittel) mit gewalttätigem Verhalten assoziiert war. Das Ausmaß des Rauschtrinkens wurde anhand der Anzahl der Gelegenheiten, bei denen es innerhalb der letzten 30 Tage zu Rauschtrinken kam, ermittelt. Bei den älteren jungen Erwachsenen im Alter von 21 bis 25 zeigte sich diese bedeutsame Assoziation allerdings nicht mehr (Salas-Wright et al., 2016).

1.5.3 Einfluss von Alkohol und sonstigen Drogen auf Gewaltdelinquenz

Darüber hinaus findet man in der Literatur zahlreiche Forschungsarbeiten, die sich gezielt mit dem Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum, sonstigem Drogenkonsum und Gewaltdelinquenz auseinandersetzen. So ergab sich im Rahmen einer Studie, welche sich mit dem Einfluss von Rauschtrinken auf die Ausübung von Gewalt beschäftigte, bei den 18- bis 24-Jährigen, die sich mindestens ein Mal in der Woche betranken, ein mehr als fünffach erhöhtes Risiko für die Beteiligung an einer Schlägerei oder einem Gewaltverbrechen (Richardson & Budd, 2003). Lennings et al. bezogen neben Alkohol auch sonstige Drogen mit ein und erfragten den Substanzkonsum ihrer Probanden, bei denen es sich um inhaftierte Jugendliche handelte. Sie stellten fest, dass der Konsum von Alkohol den größten Einfluss auf das Begehen von Gewaltstraftaten hatte, während von Kokain der zweitgrößte Einfluss ausging. Zwischen anderen Drogen wie Amphetaminen, Cannabis, Opioiden oder Halluzinogenen und Gewaltdelinquenz konnte hingegen keine Assoziation gezeigt werden (Lennings et al., 2003). In einer Studie von Lundholm et al. konzentrierte man sich eher auf den kurzfristigen Effekt von Alkohol und berücksichtigte ebenfalls den Drogenkonsum. Dabei wurde bei 194 Untersuchungshäftlingen kurz nach Begehung ihrer Tat untersucht, ob diese währenddessen unter dem Einfluss von Alkohol oder sonstigen Drogen standen und inwiefern anhand der konsumierten Substanz ein Zusammenhang zur Ausübung von Gewaltstraftaten festgestellt werden kann. Es zeigte sich, dass fast die Hälfte aller Probanden in einem 24-stündigen Zeitraum vor der Tat Alkohol konsumiert hatte und dies einen signifikanten Einfluss auf die Entwicklung von gewalttätigem Verhalten und somit der Begehung von Gewaltstraftaten hatte. Bei der Untersuchung von sonstigen Drogen konnte hingegen lediglich bei einer ungewöhnlich hohen Dosis an Benzodiazepinen eine bedeutsame Assoziation zu Gewaltstraftaten gefunden werden, während sich die Einflüsse von Kokain, Amphetaminen, anabolen Steroiden, Cannabis und Opioiden auf Gewaltstraftaten nicht als bedeutsam erwiesen (Lundholm et al., 2013). Ähnliche Ergebnisse erzielten Håkansson und Jesionowska, die den Einfluss von Substanzkonsumproblemen auf Straftaten bei erwachsenen Gefangenen im schwedischen Strafvollzugssystem untersuchten. Sie stellten fest, dass ein exzessiver Alkoholkonsum („Binge Drinking“) mit dem Begehen von Gewaltstraftaten zusammenhing. Nur der Konsum von Sedativa war ebenfalls mit Gewaltverbrechen assoziiert, während dies bei anderen Drogen wie Heroin, Kokain und Amphetaminen nicht der Fall war (Håkansson & Jesionowska, 2018).

1.5.4 Einfluss von Alkohol und sonstigen Drogen auf kriminelle Rückfälligkeit

Im Gegensatz zu der Fülle an Studien über die Auswirkung von Alkohol und sonstigen Drogen auf Gewaltdelinquenz gibt es über den Einfluss von Alkohol- und sonstigem Drogenkonsum auf die Rückfälligkeit von Gewaltstraftaten nur wenige Arbeiten (White et al., 2015). Dowden und Brown fanden mithilfe einer Metaanalyse heraus, dass sich sowohl Alkoholkonsum als auch sonstiger Drogenkonsum gleichermaßen begünstigend für die Rückfälligkeit mit Gewaltstraftaten zeigten. Dabei muss allerdings bedacht werden, dass eine Mehrheit der in die Metaanalyse miteinbezogenen Studien die Rückfälligkeit für alle möglichen Straftaten untersuchte, während sich nur circa 20% auf die Rückfälligkeit speziell mit Gewaltstraftaten fokussierte (Dowden & Brown, 2002). Nichtsdestotrotz bestätigten Dowden & Brown mit ihrer Studie die Erkenntnisse einer früheren Metaanalyse von Bonta et al., die ebenfalls einen (wenn auch nur milden) Zusammenhang zwischen Alkohol- beziehungsweise sonstigem Drogenkonsum und gewalttätigen Rückfällen feststellte (Bonta et al., 1998). Bei ihrer Studienauswahl bezogen sich Bonta et al. jedoch auf Arbeiten, die die Auswirkungen von Substanzkonsum auf die Rückfälligkeit von Probanden mit psychischen Erkrankungen untersuchten, sodass die Vergleichbarkeit der beiden Studien aufgrund der andersartigen Stichproben eingeschränkt ist. In einer neueren Arbeit wurde der Einfluss von Alkohol und anderen Drogen auf die Rückfälligkeit von Gewaltstraftaten bei inhaftierten Personen mit Substanzkonsumproblemen in Schweden untersucht (Karlsson & Håkansson, 2022). Als Substanzen wurden Alkohol, Amphetamine, Cannabis, Heroin, Sedativa, Kokain und Injektionsdrogen berücksichtigt. Es zeigte sich, dass Alkohol den größten Prädiktor für Rückfälle in Gewaltkriminalität darstellte und das Risiko für erneute Gewaltstraftaten deutlich erhöhte. Sedativa waren ebenfalls mit einem erhöhten Risiko für Gewaltstraftaten assoziiert. Im Gegensatz dazu waren Heroin und Injektionsdrogen sogar mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für Gewaltverbrechen verbunden. Allerdings waren diese häufiger mit Eigentums- und Drogendelikten assoziiert (Karlsson & Håkansson, 2022).

Eine andere Studie widmete sich spezifisch den Alkoholkonsummustern ihrer Probanden sowohl während der Adoleszenz (Altersspanne von 13 bis 17 Jahren) als auch während des frühen Erwachsenenalters (Altersspanne von 18 bis 25 Jahren), wobei in beiden Lebensphasen die Menge sowie die Häufigkeit des Konsums erfasst wurde. Dabei ließ sich erkennen, dass ein problematischer Alkoholkonsum in der Adoleszenz ein Risikofaktor für eine persistierende Gewaltdelinquenz in der Zukunft war, wohingegen

problematisches Trinken im frühen Erwachsenenalter nicht mit einer anhaltenden, zukünftigen Gewaltdelinquenz verbunden war. Die Autoren führten diese Erkenntnis darauf zurück, dass Alkoholkonsum im frühen Erwachsenenalter eher als normativ zu betrachten ist als Alkoholkonsum in der Adoleszenz, zumal die Vergleichsgruppe, die aus nicht-gewalttätigen Männern bestand, ihren Alkoholkonsum im frühen Erwachsenenalter ebenfalls deutlich erhöhte (White et al., 2012). In einer späteren Studie betrachteten White et al. nun die älteste Kohorte derselben Stichprobe und bezogen neben Alkoholkonsum auch sonstigen Drogenkonsum in ihre Analysen mit ein, wobei sie im Vergleich zu den oben erwähnten Studien jedoch lediglich einen signifikanten Einfluss von sonstigem Drogenkonsum, nicht aber von Alkoholkonsum, auf die Rückfälligkeit mit Gewaltstraftaten feststellen konnten. Den starken Einfluss der sonstigen Drogen erklärten White et al. damit, dass die Probanden durch den Konsum eventuell in eine gewisse „Devianzkultur“ verfallen waren, die letztendlich die Entstehung einer persistierenden Gewaltdelinquenz unterstützte und diese aufrecht erhielt (White et al., 2015).

Darüber hinaus ist aufgrund der bereits genannten Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum, psychiatrischen Komorbiditäten und Gewaltdelinquenz auch die Studie von Tikkanen et al. erwähnenswert. Diese beschreibt, dass eine vorliegende antisoziale Persönlichkeitsstörung, die bei Straftätern besonders häufig zu finden ist, das Risiko für eine gewalttätige Rückfälligkeit bei den Probanden nahezu verdoppelt hat (Tikkanen et al., 2009). In einer anderen Studie war eine antisoziale Persönlichkeitsstörung bei Probanden, die Totschlag oder versuchten Totschlag begangen haben, ein bedeutsamer Prädiktor für die Rückfälligkeit mit Gewaltstraftaten (Dejong et al., 1992).

1.5.5 Belastende Kindheitserfahrungen und Aggression/Gewaltdelinquenz

Neben dem erhöhten Risiko für die Entstehung einer Substanzkonsumstörung sind belastende Kindheitserfahrungen ebenfalls mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für das Begehen von Straftaten assoziiert (Fox et al., 2015; Reavis et al., 2013; Testa et al., 2022). Laut Testa et al. ging eine Häufung von belastenden Kindheitserfahrungen (vor allem bei vier oder mehr) mit einem erhöhten Risiko von Verhaftungen oder Inhaftierungen, einer höheren Anzahl dieser sowie einer längeren Zeit in Haft einher (Testa et al., 2022). Bezogen auf Gewaltdelinquenz fanden Fox et al. in einer Stichprobe von mehr als 20.000 jugendlichen Straftätern heraus, dass die Gesamtanzahl der belastenden

Kindheitserfahrungen bei Jugendlichen, die bereits des Öfteren schwere Gewaltstraftaten begangen haben, mehr als doppelt so hoch war als bei Jugendlichen, die lediglich ein einziges Mal durch eine nicht-gewalttätige Straftat auffällig geworden waren. Außerdem erhöhte jede einzelne belastende Kindheitserfahrung, die hinzukam, das Risiko, des Öfteren schwere Gewaltstraftaten zu begehen, um mehr als 35%. Dies zeigte sich auch unter der Kontrolle anderer Risikofaktoren für kriminelles Verhalten (Fox et al., 2015). In einer anderen Studie, bei der es sich um eine systematische Übersichtsarbeit handelt, untersuchten Goddard und Pooley die Auswirkungen von belastenden Kindheitserfahrungen auf erwachsene männliche Strafgefangene. Dabei zeigte sich, dass Männer, die in ihrer Kindheit Missbrauch oder Vernachlässigung erlebt hatten, ein deutlich erhöhtes Risiko für Rückfälligkeit im Erwachsenenalter (bezogen auf alle Straftaten, nicht spezifisch auf Gewaltdelinquenz) aufwiesen. Im Vergleich zu den Erkenntnissen über die Auswirkung von belastenden Kindheitserfahrungen auf die Rückfälligkeit von Jugendlichen ist die Studienlage bei der Rückfälligkeit von Erwachsenen allerdings noch relativ begrenzt (Goddard & Pooley, 2019). Des Weiteren konnten Reavis et al. zeigen, dass Probanden, die Gewaltstraftaten im häuslichen Umfeld begingen, deutlich mehr belastende Kindheitserfahrungen gemacht haben als eine nicht-kriminelle Vergleichsgruppe (Reavis et al., 2013). Als eine Erklärung für dieses von Reavis et al. gefundene Ergebnis kann erneut die Theorie des Modelllernens nach Bandura (Bandura & Walters, 1977) hinzugezogen werden, die besagt, dass Kinder Verhaltensweisen durch die Beobachtung und Nachahmung anderer (wie zum Beispiel der Eltern) erlernen. Wenn Kinder also in einem gewalttätigen häuslichen Umfeld aufwachsen, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sie Gewalt als ein angemessenes Mittel zur Konfliktlösung betrachten, das gewalttätige Verhalten der Eltern übernehmen und es anschließend im Laufe ihres Lebens im häuslichen Umfeld immer wieder anwenden. Als eine weitere Erklärung kann zudem die General Strain Theorie nach Agnew (Agnew, 1992) betrachtet werden, die sich auf die Bedeutung von negativen Emotionen wie Frustration oder Stress für die Entwicklung von kriminellen Verhaltensweisen fokussiert. Diese negativen Emotionen können zum Beispiel durch belastende Kindheitserfahrungen im häuslichen Umfeld verursacht werden und bei unzureichender oder dysfunktionaler Verarbeitung in gewalttätiges Verhalten in der Zukunft münden.

Des Weiteren wurde in einer Studie von Barra et al. der Zusammenhang zwischen belastenden Kindheitserfahrungen, aggressivem Verhalten und Persönlichkeitsmerkmalen bei straffälligen Männern untersucht. Hierbei zeigte sich, dass belastende Kindheitserfahrungen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für körperliche Aggression und einer

Vorgeschichte von Gewaltkriminalität verbunden waren. Zudem wiesen Probanden mit antisozialen sowie Borderline-typischen Persönlichkeitsmerkmalen eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit für belastende Kindheitserfahrungen auf. Somit deuten die Ergebnisse auf eine wichtige Rolle von belastenden Kindheitserfahrungen als Risikofaktor für die Entwicklung von aggressivem und delinquentem Verhalten im Erwachsenenalter hin, wobei das Risiko besonders dann erhöht war, wenn zusätzlich antisoziale oder Borderline-typische Persönlichkeitsmerkmale vorlagen (Barra et al., 2025a). Eine andere Studie beschreibt außerdem einen vermittelnden Effekt von ADHS-Symptomen auf den Zusammenhang zwischen belastenden Kindheitserfahrungen und aggressivem Verhalten (Barra et al., 2025b). Weitere wichtige Erkenntnisse über aggressives beziehungsweise antisoziales Verhalten bei Menschen mit belastenden Kindheitserfahrungen liefert die Studie von Caspi et al., die zeigte, dass nicht alle misshandelten Kinder im Erwachsenenalter aggressiv oder antisozial werden. Als ein entscheidender Faktor, ob ein späteres antisoziales Verhalten entsteht oder nicht, stellte sich ein Polymorphismus im MAOA-Gen heraus: Kinder mit niedriger MAOA-Aktivität entwickelten nach Misshandlungen deutlich häufiger antisoziales Verhalten, während Kinder mit hoher MAOA-Aktivität weitgehend geschützt waren. Die Studie betont somit die Bedeutung genetischer Moderatoren im Zusammenhang zwischen belastenden Kindheitserfahrungen und aggressivem beziehungsweise antisozialem Verhalten im Erwachsenenalter (Caspi et al., 2002).

1.6 Latente Klassenanalysen

Um den Substanzkonsum ihrer Stichprobe näher zu untersuchen, wählten einige Autoren die Latente Klassenanalyse (LCA) als statistisches Verfahren. Diese ermöglicht, eine heterogene Population auf der Basis von Indikatorvariablen in qualitativ unterschiedliche, homogene und sich gegenseitig ausschließende Subgruppen zu unterteilen (Weller et al., 2020). Im Folgenden werden Studien betrachtet, die den Substanzkonsum und teilweise auch dessen forensische Folgen mittels LCA untersuchten.

1.6.1 LCAs zu Substanzkonsum

In einer Arbeit von Lanza et al. wurden College-Studierende im ersten Semester anhand ihrer angegebenen Substanzkonsummuster in vier verschiedene Klassen unterteilt. Neben

einer Klasse mit unauffälligem Substanzkonsum konsumierte eine Klasse vor allem Zigaretten, eine hauptsächlich Alkohol in exzessiven Mengen („Binge Drinking“) und eine Alkohol und Cannabis gleichzeitig (Lanza et al., 2010). Eine ähnliche Studie mit College-Studierenden aus dem vierten Semester zeigte zudem eine Gruppe mit „Polyusern“, die mehrere Substanzen gleichzeitig konsumierten (Evans-Polce et al., 2016). Im Rahmen eines systematischen Literaturreviews wurden außerdem 20 Studien zum Substanzkonsum von 18- bis 25-Jährigen zusammengefasst, um bestimmte Konsumprofile zu identifizieren. Dabei wurden Arbeiten berücksichtigt, die den Konsum von Alkohol, Cannabis und anderen Drogen untersuchten. Insgesamt bildeten sich vier Klassen ab, wovon eine Klasse keinen auffälligen Konsum und eine Klasse einen Polysubstanzkonsum zeigte. Die anderen beiden Klassen waren durch einen leichten Alkohol- und Tabakkonsum beziehungsweise durch einen starken Alkohol- und Tabakkonsum gekennzeichnet (De Jonge et al., 2022). Ein weiterer systematischer Review zum Thema stammt von Tomczyk et al., die 23 Studien über Substanzkonsum miteinbezogen. Die Stichprobe war mit 10- bis 19-Jährigen allerdings deutlich jünger als in den zuvor erwähnten Arbeiten. Es konnte festgestellt werden, dass sich in 19 von 23 Studien eine Klasse ohne auffälligen Substanzkonsum zeigte. Diese war in den meisten Fällen die größte Klasse. Zudem identifizierten alle 23 Arbeiten eine (oder mehrere) Klassen mit Polysubstanzkonsum. Diese „Polyuser-Klassen“ bestanden teilweise jedoch nur aus wenigen Probanden (Tomczyk et al., 2016). In einer anderen Studie wurden Patienten, die in Suchtbehandlungszentren in Italien behandelt wurden, anhand ihres Substanzkonsums in den letzten 30 Tagen in Klassen eingeteilt. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 37.7 Jahre, sodass diese im Vergleich zu den Probanden der bisher genannten Studien deutlich älter waren. Insgesamt wurden fünf Substanzkategorien berücksichtigt, wozu Alkohol, Cannabis, Opioide, Kokain und Heroin zählten. Dabei ermittelte die LCA zwei Klassen: In der ersten dominierte der Alkoholkonsum, während in der zweiten Klasse vor allem ein Polysubstanzkonsum stattfand (Bonfiglio et al., 2022).

1.6.2 LCAs zu Substanzkonsum und dessen forensischen Folgen

Green et al. nutzten die LCA, um Patienten aus einer forensischen Psychiatrie in Schweden anhand ihrer Substanzkonsumstörungen, psychischen Erkrankungen und ihres aggressiven beziehungsweise antisozialen Verhaltens in verschiedene Klassen zu unterteilen. Insgesamt ergaben sich vier Klassen, wobei die Probanden in Klasse 1 und 4 besonders häufig Alkohol und andere Drogen gleichzeitig konsumierten (sogenannte

„Polyuser“). Die Probanden in Klasse 2 konsumierten vor allem Cannabis, während die Probanden in Klasse 3 keinen relevanten Substanzkonsum aufwiesen. Anschließend untersuchten Green et al. den Zusammenhang zwischen den Klassenzugehörigkeiten und dem Zeigen von aggressivem/antisozialem Verhalten, welches mithilfe der „Lifetime History of Aggression“ (Coccaro et al., 1997) ermittelt worden war. Dabei stellte sich heraus, dass die Probanden in Klasse 1 und 4, in denen Polysubstanzkonsum besonders häufig vorkam, mehr aggressives und antisoziales Verhalten als die anderen beiden Klassen zeigten. Klasse 1 fiel zudem durch häufige Gewaltstraftaten und Rückfälle auf (Green et al., 2023).

Ähnliche Ergebnisse erzielten Schmitter et al., die das Rückfallrisiko bei forensisch-psychiatrischen Patienten, welche eine Substanzkonsumstörung aufwiesen und aus einer niederländischen Klinik entlassen worden waren, mittels einer LCA untersuchten. Die Einteilung der Klassen erfolgte anhand der „HKT-R-Risikoanalyse“ (Bogaerts et al., 2017; Spreen et al., 2014), welche sich am „HCR-20“ (K. S. Douglas & Webster, 1999) orientiert und ein Risikobewertungsinstrument für Gewaltkriminalität darstellt. Dieses berücksichtigt unter anderem die kriminelle Vorgeschichte, klinische Risikofaktoren (zum Beispiel Aggressivität, Impulsivität oder psychotische Symptome) und zukünftige Risikofaktoren (zum Beispiel die Rückkehr in ein riskantes Umfeld). Insgesamt zeigten sich vier Klassen, wobei Klasse 1 ein niedriges Rückfallrisiko hatte und vor allem Alkohol und Cannabis konsumierte. Probanden der Klasse 2 konsumierten vor allem „harte“ Drogen und wiesen ein moderates Rückfallrisiko auf. Probanden der Klasse 3, die ebenfalls vor allem Alkohol sowie Cannabis konsumierten und häufig psychotische Symptome zeigten, hatten ein hohes Rückfallrisiko. Das höchste Rückfallrisiko fanden Schmitter et al. in Klasse 4, die sich durch einen Polysubstanzkonsum auszeichnete und zudem häufig Persönlichkeitsstörungen aufwies. Somit zeigte sich der Polysubstanzkonsum als der stärkste Prädiktor für die Rückfälligkeit von (Gewalt-)Straftaten (Schmitter et al., 2021).

Jankovic et al., die ebenfalls bei Probanden aus einer niederländischen forensischen Psychiatrie eine LCA durchführten, teilten die Stichprobe anhand psychiatrischer Diagnosen, Risikofaktoren (wie zum Beispiel Substanzkonsum), der kriminellen Vorgeschichte und protektiver Faktoren (beispielsweise soziale Kompetenzen) in fünf Klassen ein. Dabei lag bei der „antisozialen Klasse“, die durch eine hohe Impulsivität, antisoziales Verhalten, häufige sowie schwerwiegende Gewaltverbrechen und das höchste Rückfallrisiko auffiel, besonders oft eine Substanzkonsumstörung vor (Janković et al., 2021).

1.7 Ziele der Arbeit und Untersuchungshypothesen

Bei Betrachtung der bisherigen Studienlage zum Substanzkonsum in forensischen Stichproben fällt zunächst auf, dass häufig ein kombinierter Konsum von sowohl Alkohol- als auch sonstigen Drogen beobachtet wurde (Falkai et al., 2022; Kranzler & Rosenthal, 2003). Nichtsdestotrotz untersuchten zahlreiche Studien lediglich die Auswirkungen von alleinigem Alkohol- beziehungsweise alleinigem sonstigen Drogenkonsum auf bestimmte Verhaltensweisen in einer forensischen Stichprobe (Karlsson & Håkansson, 2022; Lennings et al., 2003; Lundholm et al., 2013). An dieser Stelle setzt die vorliegende Arbeit an, indem der Alkohol- und sonstige Drogenkonsum nicht nur jeweils einzeln, sondern auch zusammen betrachtet wird. Anhand der Identifizierung von verschiedenen Substanzkonsummustern und deren Zusammenhängen mit bestimmten Verhaltensweisen sollen außerdem Risikoprofile von Straftätern abgeleitet werden, die hilfreiche Erkenntnisse für die Forschung und klinische Praxis liefern können. Als Variablen, die auf ihren Zusammenhang mit Substanzkonsum untersucht werden sollten, wurden deshalb solche miteinbezogen, die in forensischen Stichproben besonders relevant sind (Aggression, Gewaltdelinquenz, Rückfälligkeit, belastende Kindheitserfahrungen). Somit soll zum einen die Entwicklung von differenzierteren Präventions- und Interventionsstrategien ermöglicht werden, die den komplexen Einfluss von Substanzkonsum auf die genannten Verhaltensweisen berücksichtigen. Zum anderen können die Erkenntnisse dazu beitragen, gezielte Therapie- und Rehabilitationsprogramme für Straftäter zu entwickeln, die auf den spezifischen Konsummustern und den damit verbundenen Risikofaktoren basieren. Der Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und der Rückfälligkeit mit Gewaltstraftaten soll dabei aufgrund der bisher begrenzten Studienlage sowie der großen Bedeutung für die Gesellschaft besonders im Fokus stehen.

Als statistisches Verfahren für diese Studie wurde die Latente Klassenanalyse ausgewählt, da durch diese Muster von Alkohol- und sonstigem Drogenkonsum parallel berücksichtigt werden können. Außerdem handelt es sich bei diesem Verfahren um einen personenzentrierten Ansatz, wodurch die Betrachtung von individuellen Unterschieden der Probanden sowie die Ableitung bestimmter Risikoprofile ermöglicht wird.

1.7.1 Erwartete Klassen

Die Einteilung der Stichprobe in verschiedene Klassen, die für die vorliegende Arbeit erwartet wird, orientiert sich an den LCAs über Substanzkonsum, die in der Literatur bereits zu finden sind. Dabei fällt auf, dass in fast allen der erwähnten Studien eine Klasse mit einem unauffälligen Substanzkonsum vorlag (De Jonge et al., 2022; Evans-Polce et al., 2016; Green et al., 2023; Janković et al., 2021; Lanza et al., 2010; Tomczyk et al., 2016). Auch eine Klasse mit Polysubstanzkonsum zeigte sich in fast jeder LCA (Bonfiglio et al., 2022; De Jonge et al., 2022; Evans-Polce et al., 2016; Green et al., 2023; Schmitter et al., 2021; Tomczyk et al., 2016). Klassen, in denen vor allem Alkohol konsumiert wurde, kamen ebenfalls gehäuft vor (Bonfiglio et al., 2022; De Jonge et al., 2022; Lanza et al., 2010). In Zusammenschau dieser Erkenntnisse mit den Ergebnissen von Studien, die eine hohe Prävalenz von Alkoholkonsumstörungen sowie gleichzeitig vorliegenden sonstigen Substanzkonsumstörungen in forensisch-psychiatrischen Stichproben ermittelten (Bessler et al., 2018; Eriksson et al., 2021; Falkai et al., 2022; Kranzler & Rosenthal, 2003; Newbury-Birch et al., 2009; von Schönfeld et al., 2006; Wormith & McKeague, 1996), ergeben sich folgende Hypothesen für die zu erwartenden Klassen in dieser Arbeit:

H1: Es wird sich eine Klasse zeigen, die keinen auffälligen Substanzkonsum aufweist.

H2: Es wird sich eine Klasse zeigen, die sowohl Alkohol- als auch andere Drogen konsumiert (Polysubstanzkonsum).

H3: Es wird sich eine Klasse zeigen, die hauptsächlich Alkohol konsumiert.

1.7.2 Erwartete Zusammenhänge mit den Variablen

Anschließend sollten mithilfe von multinomialen logistischen Regressionsanalysen die Einflüsse der Klassenzugehörigkeit (und somit der verschiedenen Alkohol- und/oder Drogenkonsummuster) auf Verhaltensauffälligkeiten in Kindheit und Jugend, körperliche Aggression, Gewaltdelinquenz sowie Rückfälligkeit bezüglich Gewaltdelinquenz bei den

Probanden untersucht werden, wobei die Erfahrung von belastenden Kindheitserlebnissen und elterlichem Substanzkonsum sowie psychiatrischen Komorbiditäten berücksichtigt werden soll.

Über die zu erwartenden Zusammenhänge zwischen der Klassenzugehörigkeit und den erhobenen Variablen in der vorliegenden Arbeit liefern mehrere Studien Hinweise. So konnten bereits zahlreiche Autoren einen Einfluss von Alkoholkonsum auf die Begehung von Gewaltstraftaten feststellen (Håkansson & Jesionowska, 2018; Lennings et al., 2003; Lundholm et al., 2013). Was den Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und der Rückfälligkeit von Gewaltkriminalität betrifft, ist die Studienlage weniger übersichtlich, da die Studienanzahl zum einen geringer ist und zum anderen viele Studien lediglich den Einfluss von Alkoholkonsum auf die generelle Rückfälligkeit von Straftaten untersuchten. Nichtsdestotrotz gibt es vereinzelte Arbeiten, die eine Verbindung zwischen dem Konsum von Alkohol und einem erhöhten Risiko für die Rückfälligkeit von Gewaltstraftaten feststellen konnten (Karlsson & Håkansson, 2022; White et al., 2012). Auf diesen Ergebnissen stützt sich die folgende Hypothese für die vorliegende Arbeit:

H4: Probanden, die vor allem Alkohol konsumierten, werden eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Begehen von Gewaltstraftaten sowie die Rückfälligkeit mit Gewaltstraftaten aufweisen.

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Alkoholkonsum und der Entstehung von körperlicher Aggression wird in der Literatur immer wieder auf die Wichtigkeit von Kontextfaktoren wie die Einstellung gegenüber Gewalt oder bestimmte Persönlichkeitseigenschaften (zum Beispiel erhöhte Reizbarkeit oder niedrige Empathie) verwiesen (Beck & Heinz, 2013; Cheong & Nagoshi, 1999; Dermen & George, 2012; Giancola, 2003; Godlaski & Giancola, 2009; Quigley & Leonard, 2006; White et al., 2013). Auch die I3-Theorie beruht auf dem Zusammenwirken von verschiedenen Faktoren wie Provokationen, impulsiven Persönlichkeitseigenschaften sowie Hemmungsprozessen und stützt daher eher das Vorliegen eines indirekten, durch andere Variablen vermittelten Zusammenhangs zwischen Alkoholkonsum und der Entstehung von Aggression (Finkel, 2014). Aus diesem Grund wird davon ausgegangen, dass sich in dieser Studie kein direkter Zusammenhang zwischen dem Konsum von Alkohol und der Tendenz zu körperlicher Aggression zeigen wird.

Des Weiteren sollte auch der Einfluss des gleichzeitigen Konsums von Alkohol und anderen Drogen (Polysubstanzkonsum) auf die erhobenen Variablen untersucht werden. Hierzu fanden Green et al. mittels einer LCA heraus, dass die Probanden der Klassen, in denen Polysubstanzkonsum besonders häufig vorkam, am stärksten durch aggressives und antisoziales Verhalten auffielen. Eine der beiden „Polyuser-Klassen“ wies zudem das höchste Risiko für das Begehen von Gewaltstraftaten und für Rückfälligkeit auf (Green et al., 2023). In einer LCA von Schmitter et al. war die Klasse, in der vor allem „Polyuser“ waren, ebenfalls mit einer erhöhten Rückfälligkeit von (Gewalt-)Straftaten assoziiert (Schmitter et al., 2021). Auch in einer anderen LCA wies die Klasse, die am meisten Impulsivität sowie aggressives und antisoziales Verhalten zeigte, die höchste Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Substanzkonsumstörung auf (Janković et al., 2021). Aus diesen Erkenntnissen ergibt sich die folgende Hypothese für die vorliegende Arbeit:

H5: Probanden, die Alkohol und andere Drogen gleichzeitig konsumierten (Polysubstanzkonsum), werden eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für körperliche Aggression, das Begehen von Gewaltstraftaten sowie die Rückfälligkeit mit Gewaltstraftaten aufweisen.

Aufgrund der Tatsache, dass Polysubstanzkonsum im frühen Erwachsenenalter in der Literatur zudem mit Verhaltensauffälligkeiten in der Kindheit und Jugend in Verbindung gebracht wird (Black et al., 2024; Steinhoff et al., 2022), kann die genannte Hypothese folgendermaßen erweitert werden:

H6: Probanden, die Alkohol und andere Drogen gleichzeitig konsumierten (Polysubstanzkonsum), werden eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für alle in dieser Arbeit erhobenen Outcome-Variablen aufweisen.

Darüber hinaus sollte die Frage berücksichtigt werden, ob die Zugehörigkeit zu einer Klasse sowie deren Zusammenhang mit den genannten Outcome-Variablen von weiteren (Kontroll-)Variablen wie dem Alter, belastenden Kindheitserfahrungen, elterlichem Alkohol- und Drogenkonsum und psychiatrischen Komorbiditäten beeinflusst wird.

Bezogen auf den Einfluss von belastenden Kindheitserfahrungen findet man in der Literatur bereits einige Studien, die einen Zusammenhang mit dem Begehen von Gewaltstraftaten beschreiben (Barra et al., 2025a; Fox et al., 2015; Reavis et al., 2013). Obwohl die Studienlage hier begrenzter ist, gibt es außerdem Hinweise darauf, dass belastende Kindheitserfahrungen das Risiko für eine Rückfälligkeit bei erwachsenen Straftätern erhöhen (Goddard & Pooley, 2019). An dieser Stelle setzt die folgende Hypothese an:

H7: Probanden, die belastenden Kindheitserfahrungen ausgesetzt waren, werden eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Begehen von Gewaltstraftaten sowie für die Rückfälligkeit mit Gewaltstraftaten aufweisen.

Abschließend sollten anhand der Klassenzugehörigkeit und den damit assoziierten maladaptiven Outcomes Risikokonstellationen in Bezug auf Alkohol-, sonstigen Drogen- und Mischkonsum erkannt werden können, sodass dadurch relevante Erkenntnisse für die ärztliche oder psychologische Behandlung von Menschen mit einem auffälligen Substanzkonsum ableitbar sind.

2 Material und Methodik

2.1 Studiendesign und Vorgehensweise

Die vorliegende Arbeit ist in einem breiter angelegten Forschungsprojekt des Instituts für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie der Universität des Saarlandes angesiedelt, welches die Zusammenhänge zwischen psychosozialen Belastungen und Straffälligkeit beziehungsweise Aggression aus verschiedenen Blickwinkeln untersucht. Das Projekt basiert auf einer retrospektiven Analyse von psychologischen sowie psychiatrischen Gutachten über straffällig gewordene männliche Personen, die am benannten Institut im Zeitraum zwischen August 2007 und Februar 2020 zu strafrechtlichen Fragestellungen begutachtet worden sind. Die Begutachtungen basierten sowohl auf Informationen aus Straf- und Krankenakten der Straftäter als auch auf persönlichen Gesprächen, die von forensisch geschulten Psychologen und Psychiatern durchgeführt wurden. Bei diesen Gesprächen waren Fragen über biographische Ereignisse (inklusive Familiengeschichte und Bildungsweg), die geistige, körperliche und sexuelle Entwicklung, den Suchtmittelkonsum, das Vorliegen von gesundheitlichen Problemen und die frühere sowie aktuelle Straffälligkeit gestellt worden. Des Weiteren hatten die Probanden diverse Fragebögen zur Selbsteinschätzung spezifischer Erfahrungen beziehungsweise Erlebens- und Verhaltensweisen ausgefüllt, von denen eine Auswahl in der vorliegenden Arbeit berücksichtigt wurde. Für die retrospektive Analyse wurden in Anbetracht der dem Projekt zugrundeliegenden Fragestellungen nur Gutachten über diejenigen Probanden berücksichtigt, die vollständige Angaben in einem Fragebogen zu Missbrauchs- und Vernachlässigungserfahrungen in Kindheit und Jugend sowie in einem Fragebogen zum aktuellen Aggressionsempfinden gemacht haben.

Studierende der Psychologie und Medizin, die nicht am ursprünglichen Begutachtungsprozess beteiligt waren, sichteten die am Institut vorliegenden Gutachten und extrahierten die für die Studie relevanten Informationen mithilfe eines strukturierten Kodierungssystems. Dieses wurde speziell für dieses Forschungsprojekt entwickelt und basiert auf einem bereits existierenden, ähnlichen System, das sich zuvor schon bei anderen Analysen im forensisch-psychiatrischen/psychologischen Kontext bewährt hatte (Barra et al. 2017a, 2017b; Barra & Thönnies, 2020). Es besteht aus 44 Seiten und beinhaltet eine Vielzahl forensisch relevanter Variablen aus den folgenden Bereichen:

- Administrative Daten (zum Beispiel Name)
- Demographische Daten (zum Beispiel Wohnort)
- Informationen über die aktuelle Straffälligkeit (zum Beispiel Art der begangenen Straftat)
- Analyse der begangenen Straftat (zum Beispiel Alkoholeinfluss oder Ausmaß der angewendeten Gewalt)
- Frühere Straffälligkeit (zum Beispiel Anzahl und Art der Vorstrafen)
- Biographische und familiäre Informationen (zum Beispiel familiäre Konstellationen oder Krankheiten)
- Suchtmittelanamnese
- Generelle und sexuelle Entwicklung (zum Beispiel schulische Laufbahn oder Anzahl und Dauer romantischer Beziehungen)
- Negative Kindheitserlebnisse (zum Beispiel verschiedene Arten von Vernachlässigung und Missbrauch)
- Inhalt des forensischen Gutachtens (zum Beispiel Grund des Gutachtens wie Überprüfung der Schuldfähigkeit)
- Risikoeinschätzung (zum Beispiel mithilfe spezifischer Prognoseinstrumente)

Zur Untersuchung der Güte der Kodierung wurde die Interrater-Reliabilität bestimmt, indem jeweils 15 Prognose- und 15 Schuldfähigkeitsgutachten von zwei unabhängigen Personen, die das Rating der anderen Person nicht kannten, kodiert wurden und deren Einschätzungen der relevanten Konstrukte dann statistisch miteinander verglichen wurden. Für kategoriale Variablen wurde Cohens Kappa berechnet, für dimensionale Variablen der Intraklassenkorrelationskoeffizient (ICC).

Die Vorgehensweise in dieser Studie wurde von der Ethikkommission der saarländischen Ärztekammer genehmigt. Die Nummer des Ethikantrags lautet: 179/21.

2.2 Stichprobe

Im Rahmen der Studie wurden die Gutachten von insgesamt 325 männlichen Straftätern kodiert, wovon 181 Schuldfähigkeitsgutachten waren (55.7%), 138 Prognosegutachten (42.5%) und sechs sonstige Gutachten wie beispielsweise Haftunfähigkeitsgutachten (1.8%). Bei dem Anlassdelikt, welches der Grund für das Verfahren und die Begutach-

tung war, handelte es sich bei 142 Personen (43.7%) um (mindestens) ein nicht-sexuelles Gewaltdelikt, bei 77 (23.7%) um mindestens ein Sexualdelikt und bei 106 (32.6%) um weder ein Gewalt- noch ein Sexualdelikt (zum Beispiel Diebstahl, Betrug oder Sachbeschädigung). Von der Gesamtstichprobe waren 207 Personen (63.7%) jemals durch Gewaltdelikte strafrechtlich in Erscheinung getreten (entweder im Anlassdelikt oder in bekannten Vordelikten) und 86 Personen (26.5%) durch Sexualdelikte (Überschneidungen sind möglich, wenn sowohl Gewalt- als auch Sexualdelikte begangen worden sind). 73 Personen (22.5%) waren zuvor nicht durch Gewalt- oder Sexualdelikte strafrechtlich aufgefallen, sondern wegen anderer Delikte (zum Beispiel Diebstahl, Betrug oder Sachbeschädigung). Laut Einschätzung der Gutachter waren 257 (79.1%) durchschnittlich, 20 (6.2%) unterdurchschnittlich und 38 (11.7%) überdurchschnittlich intelligent. Bei 10 Fällen (3.1%) lag keine Intelligenzeinschätzung vor. Das Alter der Probanden lag zum Begutachtungszeitpunkt zwischen 16 und 73 Jahren ($M = 35.96$ Jahre, $SD = 11.91$ Jahre).

2.3 Interessierende Variablen und Messinstrumente

2.3.1 Alkohol und sonstiger Drogenkonsum

Um den Konsum von Alkohol und sonstigen Drogen darzustellen, wurden die folgenden Variablen, die sowohl den Alkoholkonsum als auch den Konsum von sonstigen Drogen näher beschreiben, hinzugezogen. Diese Variablen wurden zunächst von Studierenden der Medizin und Psychologie aus den Gutachten extrahiert und anhand einer dimensional Klassifizierung kodiert. Anschließend wurden die Variablen dichotom skaliert, so dass lediglich die beiden Optionen „Ja“ oder „Nein“ bestanden. In der ursprünglichen Kodierung wurden Cannabis und andere Drogen separat voneinander kodiert, in dieser Arbeit wurden sie jedoch als sonstige Drogen zusammengefasst.

- **früher Beginn des Alkoholkonsums:** Ein früher Beginn wurde als Konsumbeginn vor dem 15. Lebensjahr definiert. Das Alter des erstmaligen Konsums entnahmen die Kodierer (sofern es angegeben war) aus den Gutachten und übertrugen es in das Kodierungssystem. Wenn das Alter des erstmaligen Konsums vor dem 15. Lebensjahr stattfand, wurde diese Variable mit „Ja“ kodiert, wenn der erstmalige Konsum erst danach (oder gar nicht) stattfand, mit „Nein“.

- **Phasen (fast) täglichen Alkoholkonsums:** Der Alkoholkonsum wurde von den Kodierern je nach Angaben im Gutachten mit „Nein“, „gering“ (einige Male im Jahr), „mäßig“ (mehrmals im Monat) oder „erheblich“ (fast täglich oder täglich) kodiert. Bei erheblichem Konsum, also fast täglich oder täglich, wurde diese Variable mit „Ja“ kodiert, bei mäßigem, geringem oder keinem Konsum mit „Nein“.
- **jemals gestellte mit Alkohol assoziierte Diagnose(n):** Es wurden sowohl mit Alkohol assoziierte Diagnosen, die im Gutachten gestellt wurden, als auch solche, die bereits zuvor gestellt und im Gutachten erwähnt worden waren, übertragen. Bei vorhandenen mit Alkohol assoziierten Diagnosen wurde diese Variable mit „Ja“ kodiert, bei nicht vorhandenen mit „Nein“.
- **(mindestens) mäßiger Alkoholeinfluss während der Anlasstat:** Der Alkoholeinfluss während der Anlasstat wurde von den Kodierern je nach Angaben im Gutachten mit „Nein“, „gering“ (zwar konsumiert, aber nicht im Erleben/Handeln eingeschränkt beziehungsweise wenig konsumiert), „mäßig“ (moderate Menge konsumiert, in einigen Funktionen eingeschränkt, aber nicht grundsätzlich nicht mehr bewusst handlungsfähig) oder „erheblich“ (große Menge konsumiert, starke Einschränkungen in Bewusstsein und Verhalten, relevante und starke Auswirkungen auf die Steuerungsfähigkeit) kodiert. Bei mäßigem oder erheblichem Alkoholeinfluss während der Anlasstat wurde diese Variable mit „Ja“ kodiert, bei geringem oder keinem Alkoholeinfluss mit „Nein“.
- **früher Beginn des Konsums von sonstigen Drogen:** Ein früher Beginn mit dem Cannabiskonsum und/oder dem Konsum von anderen Drogen wurde als Konsumbeginn vor dem 15. Lebensjahr definiert. Das Alter des erstmaligen Konsums entnahmen die Kodierer (sofern es angegeben war) jeweils aus den Gutachten und übertrugen es in das Kodierungssystem. Wenn das Alter des erstmaligen Konsums von Cannabis und/oder von anderen Drogen vor dem 15. Lebensjahr stattfand, wurde diese Variable mit „Ja“ kodiert, wenn der erstmalige Konsum erst danach (oder gar nicht) stattfand, mit „Nein“.
- **Phasen (fast) täglichen Konsums von sonstigen Drogen:** Der Cannabiskonsum und der Konsum von anderen Drogen wurde von den Kodierern jeweils je nach Angaben im Gutachten mit „Nein“, „gering“ (einige Male im Jahr), „mäßig“ (mehrmals im Monat) oder „erheblich“ (fast täglich oder täglich) kodiert. Bei erheblichem Konsum, also fast täglich oder täglich, von Cannabis und/oder von anderen Drogen wurde diese Variable mit „Ja“ kodiert, bei mäßigem, geringem oder keinem Konsum mit „Nein“.

- **jemals gestellte mit sonstigen Drogen assoziierte Diagnose(n):** Es wurden sowohl mit Cannabis assoziierte Diagnosen und/oder mit anderen Drogen assoziierte Diagnosen, die im Gutachten gestellt wurden, als auch solche, die bereits zuvor gestellt und im Gutachten erwähnt worden waren, übertragen. Bei vorhandenen mit Cannabis und/oder anderen Drogen assoziierten Diagnosen wurde diese Variable mit „Ja“ kodiert, bei nicht vorhandenen mit „Nein“.
- **(mindestens) mäßiger Einfluss von sonstigen Drogen während der Anlassstat:** Der Einfluss von Cannabis und/oder von anderen Drogen während der Anlassstat wurde von den Kodierern je nach Angaben im Gutachten mit „Nein“, „gering“ (zwar konsumiert, aber nicht im Erleben/Handeln eingeschränkt beziehungsweise wenig konsumiert), „mäßig“ (moderate Menge konsumiert, in einigen Funktionen eingeschränkt, aber nicht grundsätzlich nicht mehr bewusst handlungsfähig) oder „erheblich“ (große Menge konsumiert, starke Einschränkungen in Bewusstsein und Verhalten, relevante und starke Auswirkungen auf die Steuerungsfähigkeit) kodiert. Bei mäßigem oder erheblichem Einfluss von Cannabis und/oder von anderen Drogen während der Anlassstat wurde diese Variable mit „Ja“ kodiert, bei geringem oder keinem Einfluss mit „Nein“.

In Tabelle 2 sind die Interrater-Reliabilitäten der jeweiligen Variablen dargestellt.

2.3.2 Outcome-Variablen und Kontrollvariablen

Als Outcome-Variablen wurden die Summe von Verhaltensauffälligkeiten in der Kindheit und Jugend (Selbstangaben durch die Probanden), Neigung zu körperlicher Aggression (Selbsteinschätzung durch die Probanden), jemals begangene Gewaltstraftaten (Daten aus dem Bundeszentralregister) und die Rückfälligkeit bezüglich Gewaltstraftaten (Daten aus dem Bundeszentralregister) verwendet. Als Kontrollvariablen dienten Alter (aus demographischen Daten der Gutachten), belastende Kindheitserfahrungen (anhand der Angaben aus den Gutachten kodiert), elterliche Alkohol- und Drogenproblematik sowie psychiatrische Komorbiditäten (beide Variablen ebenfalls anhand der Angaben aus den Gutachten kodiert). Auch für diese Variablen sind die Interrater-Reliabilitäten in Tabelle 2 aufgelistet.

Tabelle 2: Reliabilitäten der einzelnen Variablen (ICC und Cohens Kappa)

Variablen	ICC	Variablen	Cohens Kappa
KERF-Score	0.97	Elterlicher Alkoholkonsum	0.79
Anzahl zusätzlicher psych. Diagnosen	0.88	Elterlicher Drogenkonsum	-
Alkohol Frequenz	0.87	Früher Alkoholkonsum	0.87
Alkoholeinfluss bei Anlassdelikt	0.79	Alkohol-assoziierte Diagnose	0.76
Drogen Frequenz	0.75	Früher Drogenkonsum	1
Drogeneinfluss bei Anlassdelikt	0.85	Drogen-assoziierte Diagnose	0.80
		Jemals begangenes Gewaltdelikt	0.90

2.3.2.1 Outcome-Variablen

Zur Messung der von den Probanden berichteten Verhaltensauffälligkeiten in Kindheit und Jugend wurde der Screening-Fragebogen des SKID-II (Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV bezogen auf Achse-II-Persönlichkeitsstörungen) verwendet (Fydrich et al., 1997). Dieser enthält insgesamt 117 Fragen zu Verhaltens- und Erlebensweisen, die mit unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen einhergehen können. Unter anderem werden im Zusammenhang mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung Verhaltensweisen erfasst, die angelehnt an die Kriterien einer Störung des Sozialverhaltens entsprechende Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter abbilden. Jedes Item kann dichotom als 0 („Nein“) oder 1 („Ja“) beantwortet werden. Die entsprechenden Items können aufsummiert werden, sodass ein höherer Gesamtscore vielfältigere Verhaltensauffälligkeiten widerspiegelt (Fydrich et al., 1997; Wittchen et al., 1997). Die Bestimmung der internen Konsistenz ergab einen hohen Wert mit Cronbach's $\alpha = 0.87$.

Zur Messung der dispositionalen Neigung zu Ärger und Aggression wurde die deutsche Version des „Aggression Questionnaire“ (AQ-G) verwendet (Buss & Warren, 2000). Der Selbsteinschätzungsfragebogen besteht aus insgesamt 34 Items, die in folgende fünf Teilskalen untergliedert werden: Physische Aggression, verbale Aggression, indirekte Aggression, Ärger und Feindseligkeit. Bei jedem Item kann zwischen eins („trifft gar nicht auf mich zu“) und fünf („trifft voll auf mich zu“) ausgewählt werden. Daraus wird anschlie-

ßend ein Gesamtscore und jeweils ein Score in den fünf Teilskalen ermittelt, wobei höhere Werte auf eine stärkere Neigung zu Aggression hindeuten. Zusätzlich wird noch ein weiterer Wert berechnet, der die Inkonsistenz der gegebenen Antworten widerspiegelt und nicht über vier liegen sollte, da dies sonst an der Ehrlichkeit der Antworten zweifeln lässt. Es ist anzumerken, dass für das vorliegende Forschungsprojekt nur diejenigen Fälle ausgewählt wurden, bei denen ein Inkonsistenz-Wert von maximal vier ermittelt worden war. Mehrere Studien konnten zeigen, dass der AQ-G (mit Ausnahme der eher mäßigen internen Konsistenz für die Subskala „verbale Aggression“) den psychometrischen Standards insgesamt gerecht wird (Herzberg, 2006; Hornsveld et al., 2009; Maxwell, 2008). Für diese Studie wurde nur die Subskala „physische Aggression“ berücksichtigt, für die in der vorliegenden Stichprobe mit Cronbach's $\alpha = 0.86$ eine gute interne Konsistenz ermittelt wurde (Blanz, 2021).

Um die Vorgeschichte und die Rückfälligkeit von Gewaltstraftaten zu untersuchen, wurde anhand von Auszügen aus dem Bundeszentralregister (Erziehungs- und Zentralregister) die strafrechtlichen Verläufe der Probanden analysiert (Bundeszentralregister, n.d.). Unter Gewaltdelikte fielen dabei Körperverletzung, Raub, Tötungsdelikte und Sexualdelikte mit Körperkontakt („Hands-on“). Auf Grundlage dieser Informationen wurde nun untersucht, ob Probanden bisher Gewaltdelikte begangen haben (entweder als Vordelikt oder als Anlassdelikt) und ob sie zukünftig (nach der Begutachtung) erneut durch Gewaltstraftaten aufgefallen sind. Dabei wurden die beiden Variablen binär berücksichtigt: Gab es bisherige Gewaltstraftaten? „Ja“ oder „Nein“. Gab es nach der Begutachtung erneut Gewaltstraftaten? „Ja“ oder „Nein“. Die Taten, die nicht zur Anzeige gebracht wurden und somit nicht im Bundeszentralregister gelistet sind (zum Beispiel solche, die lediglich von den Probanden in den Gutachten erwähnt wurden), wurden nicht berücksichtigt. Der Beobachtungszeitraum der Daten aus dem Bundeszentralregister (Zeitraum zwischen der Gutachtenerstellung und dem Registerauszug) betrug im Durchschnitt 8.72 Jahre ($SD = 2.37$), wobei sich eine Spanne von 2.38 bis 14.63 Jahren ergibt. Von zwei der 325 Probanden lagen keine Auszüge aus dem Bundeszentralregister vor, so dass lediglich 323 Probanden in die Berechnungen miteinbezogen wurden.

2.3.2.2 Kontrollvariablen

Belastende Kindheitserfahrungen wurden anhand der zehn folgenden Kategorien der „Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure“, die auf Deutsch „KERF-Skala“ heißt,

von den Ratern aus den jeweiligen Gutachten kodiert (Isele et al., 2014; Teicher & Parigger, 2015): Verbaler Missbrauch, nonverbaler emotionaler Missbrauch, körperlicher Missbrauch, emotionales und körperliches Mobbing durch Gleichaltrige, emotionale und körperliche Vernachlässigung, Miterleben von Gewalt zwischen Bezugspersonen oder gegen Geschwister und sexuelle Viktimisierung. Eine Kategorie, die eine bestimmte Art belastender Kindheitserfahrung darstellt, galt analog zu früheren Studien, die forensische Akten analysiert hatten (Bessler et al., 2018) als zutreffend, wenn in dem Gutachten über den Probanden entsprechende Hinweise darauf gefunden worden waren. Die zutreffenden Kategorien wurden anschließend zu einem Gesamtscore zusammengefasst (Werte von 0 bis 10 möglich, ICC = 0.97). Der KERF-Score hat sich in früheren Studien als zuverlässiges und valides Messinstrument zur Erfassung von belastenden Kindheitserfahrungen erwiesen (Bessler et al., 2018; Isele et al., 2014; Teicher & Parigger, 2015). Die vorliegenden Interrater-Reliabilitäten (siehe Tabelle 2) bestätigen dies.

Was den Alkoholkonsum der Eltern angeht, wurde anhand der Angaben im Gutachten kodiert, ob die Mutter und/oder der Vater (unter Mutter ist die mütterliche Bezugsperson und unter Vater die väterliche Bezugsperson zu verstehen) einen Alkoholmissbrauch oder eine Alkoholabhängigkeit aufwiesen. Wenn dies zutraf, wurde die Variable mit „Ja“ kodiert, wenn nicht mit „Nein“. Der elterliche Konsum von sonstigen Drogen wurde auf die gleiche Art und Weise erfasst und mit „Ja“ oder „Nein“ kodiert. Die zugehörigen Interrater-Reliabilitäten befinden sich in Tabelle 2.

Das Auftreten psychiatrischer Diagnosen im Lebenslauf (neben Substanzkonsumstörungen) wurde anhand der Begutachtungsberichte kodiert. Dabei wurden alle psychiatrischen Diagnosen berücksichtigt, die in der psychiatrischen Anamnese des Straftäters vermerkt waren, sowie die aktuellen Diagnosen, die von dem psychiatrischen/psychologischen Sachverständigen gestellt wurden, der das Gutachten durchgeführt hatte. Wenn neben Substanzkonsumstörungen noch eine (oder mehrere) weitere psychiatrische Diagnosen vorlagen, wurde diese Variable mit „Ja“ kodiert, wenn keine weiteren Diagnosen vorlagen mit „Nein“. Auch hier befindet sich die zugehörige Interrater-Reliabilität in Tabelle 2.

2.4 Statistische Verfahren

2.4.1 Deskriptive Statistik

Für die folgenden Berechnungen wurde der nach den oben genannten Methoden ermittelte Datensatz von 325 Straftätern verwendet. Die deskriptive Auswertung der Daten erfolgte mit den Statistikprogrammen IBM SPSS Statistics in der Version 28 (IBM Corp., 2021) und Mplus in der Version 7.3 (L. K. Muthén & Muthén, 2014). Es wurden Häufigkeitsverteilungen sowie die Berechnung von Prozentsätzen, zentralen Tendenzen (Mittelwert und Standardabweichung), Minimum- und Maximumwerten durchgeführt. Das generelle Signifikanzniveau wurde auf 5% festgelegt. Des Weiteren wurden die Interrater-Reliabilitäts-Werte für Cohens Kappa (Landis & Koch, 1977) bei 0.81 bis 1 als sehr gut eingestuft, bei 0.61 bis 0.8 als gut, bei 0.41 bis 0.6 als moderat, bei 0.21 bis 0.4 als ausreichend und bei Werten unter 0.2 als schwach. Für den Intraklassenkorrelationskoeffizienten (Fleiss et al., 1981), der mit ICC abgekürzt wird, wurden Werte über 0.74 als sehr gut betrachtet, von 0.6 bis 0.74 als gut, von 0.4 bis 0.59 als ausreichend und Werte unter 0.4 als schwach. Die interne Konsistenz sollte außerdem größer als 0.8 sein (Blanz, 2021).

2.4.2 Latente Klassenanalyse

Bei der LCA handelt es sich um ein statistisches Verfahren, das in vielen verschiedenen Forschungsbereichen eingesetzt wird und eine heterogene Population auf der Basis von Indikatorvariablen in qualitativ unterschiedliche, homogene und sich gegenseitig ausschließende Subgruppen einteilt (Weller et al., 2020).

In der vorliegenden Studie wurde die Stichprobe mittels LCA anhand des Alkohol- und sonstigen Drogenkonsummusters der Probanden in empirisch hergeleitete Gruppen unterteilt. Die LCA wurde mit robuster „Maximum Likelihood Schätzung“ durchgeführt. Es wurde ein „3-step approach“ berechnet, in dem zuerst (1) ein passendes Klassenmodell ohne die Einbeziehung von Kontroll- und Outcome-Variablen geschätzt wurde, dann (2) die entsprechenden statistischen Kennwerte gesichert und übernommen wurden und schließlich (3) die Kontroll- und Outcome-Variablen hinzugefügt wurden (Nylund-Gibson & Choi, 2018). Auf Basis der jeweils vier binär kodierten Variablen zu Alkohol- und Drogenkonsum, die als Indikatorvariablen berücksichtigt worden sind, wurden sukzessive

insgesamt sechs verschiedene Klassenmodelle aufgestellt, wobei ausgehend von einem Modell mit nur einer Klasse immer wieder eine neue Klasse hinzugefügt wurde. Diese sechs Modelle mit jeweils verschiedenen Klassenanzahlen wurden anschließend anhand von statistischen Parametern, aber auch unter Einbezug weiterer Aspekte wie der Interpretierbarkeit der Klassen, miteinander verglichen, um letztendlich die am besten passende Klassenlösung auszuwählen. Dazu wurden das „Akaike Information Criterion“ (AIC), das „Bayesian Information Criterion“ (BIC) und das „sample-size adjusted Bayesian Information Criterion“ (aBIC) betrachtet (Akaike, 1974; G. Schwarz, 1978; Sclove, 1987). Dabei gilt, dass je kleiner die Werte von AIC, BIC und aBIC für ein bestimmtes Klassenmodell sind, desto besser ist das Modell. Außerdem wurden der „Bootstrapped Parametric Likelihood Ratio Test“ (BLRT), der „Vuong-Lo-Mendell-Rubin Likelihood Ratio Test“ (VLM LRT) und der „Lo-Mendell-Rubin Likelihood Ratio Test“ (LMR LRT) durchgeführt (Lo et al., 2001; McLachlan & Peel, 2000), die überprüfen, inwiefern ein Modell mit einer bestimmten Klassenanzahl signifikant besser ist ($p = < .05$) als ein Modell, dass eine Klasse weniger hat. Auch die Bestimmung und graphische Auftragung der Loglikelihood-Werte wurde genutzt, um bei einer Abflachung der Kurve die Grenze für eine Klassenanzahl zu setzen. Die ermittelten Entropie-Werte beschreiben die Güte der Zuordnung der Probanden zu den jeweiligen Klassen und sollten (obwohl es keinen offiziellen Cut-off-Wert gibt) nicht unter 0.8 liegen, wobei ein Wert von eins eine perfekte Zuordnung nahelegt. Im Gegensatz zu den anderen genannten Werten wird die Entropie allerdings nicht zur Bestimmung der Klassenanzahl verwendet, sollte aber dennoch im Sinne der Aussagekraft der Analysen berücksichtigt werden (Celeux & Soromenho, 1996; B. O. Muthén, 2008). Die Stichprobengröße pro Klasse sollte idealerweise größer als 50 sein (Weller et al., 2020). Neben der Einbeziehung passender statistischer Parameter und der Klassengröße sollte jedoch auch immer eine Gesamtabwägung eines Klassenmodelles erfolgen, in der dieses auf die theoretische Sinnhaftigkeit und Interpretierbarkeit überprüft wird (Masyn, 2013; B. O. Muthén, 2003). Nach der Identifizierung der besten Klassenlösung wurden schrittweise die Kontrollvariablen Alter, belastende Kindheitserfahrungen, elterliche Alkohol- und sonstige Drogenproblematik und psychiatrische Komorbiditäten hinzugefügt und der Zusammenhang mit den Outcome-Variablen Summe von Verhaltensauffälligkeiten in der Kindheit und Jugend, Neigung zu körperlicher Aggression, jemals begangene Gewaltstraftaten und Rückfälligkeit bezüglich Gewaltstraftaten untersucht. Statistisch lagen dabei multinomiale logistische Regressionsanalysen zugrunde, welche die Zusammenhänge zwischen

den Kontrollvariablen und der Klassenzugehörigkeit, den Kontrollvariablen und den Outcome-Variablen, sowie der Klassenzugehörigkeit und den Outcome-Variablen mit Berücksichtigung der Kontrollvariablen untersuchten.

3 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in drei Teilen, wobei zuerst die deskriptive Statistik, dann die Latente Klassenanalyse (LCA) und anschließend die Regressionsanalysen besprochen werden.

3.1 Deskriptive Statistik

Im Folgenden wird die Verteilung der relevanten Variablen in der Gesamtstichprobe dargestellt.

3.1.1 Beginn des Konsums vor dem 15. Lebensjahr

79 Personen (24.3%) haben bereits vor ihrem 15. Lebensjahr Alkohol konsumiert, während 81 (24.9%) zu diesem Zeitpunkt ihres Lebens (noch) keinen Alkohol getrunken haben. Allerdings muss hier berücksichtigt werden, dass von 165 Personen und somit von mehr als der Hälfte der Gesamtstichprobe (50.8%) keine Angaben über den Konsumbeginn vorliegen.

In Bezug auf sonstigen Drogenkonsum haben 71 Personen (21.8%) bereits vor dem 15. Lebensjahr mit dem Konsum begonnen, während dies bei 130 (40%) nicht der Fall ist. Auch hier fehlen allerdings von 124 Personen (38.2%) die Angaben.

3.1.2 Phase mit regelmäßigem Konsum

Hier wurde zum einen erfragt, ob es jemals (mindestens) eine Phase im Leben der Probanden gegeben hat, in der (fast) täglich Alkohol in einem erheblichen Ausmaß konsumiert wurde. Dies traf bei 120 Personen (36.9%) zu, während es bei 192 (59.1%) nicht zutraf. Bei 13 Personen (4%) fehlen die entsprechenden Angaben.

Zum anderen wurde erfragt, ob es jemals (mindestens) eine Phase im Leben der Probanden gegeben hat, in der (fast) täglich sonstige Drogen in einem erheblichen Ausmaß konsumiert wurden. Mit 153 Personen hat fast die Hälfte der Gesamtstichprobe (47.1%)

schon (mindestens) einmal eine Phase im Leben durchlaufen, in der ein regelmäßiger Drogenkonsum (Alkohol nicht miteingeschlossen) in einem erheblichen Ausmaß stattgefunden hat. Bei 163 Personen (50.2%) trifft dies nicht zu und bei 9 (2.8%) fehlen die Informationen darüber.

3.1.3 Mit Substanzkonsum assoziierte Diagnose(n)

Es wurde untersucht, ob den Probanden jemals eine mit Alkohol assoziierte Diagnose (zum Beispiel schädlicher Gebrauch oder Alkoholabhängigkeit) im Laufe ihres Lebens gestellt worden ist. 91 Personen (28%) haben solch eine Diagnose bereits erhalten, 234 (72%) nicht.

Im Vergleich dazu erhielten 119 Personen, also mehr als ein Drittel der Gesamtstichprobe (36.6%), bereits (mindestens) eine mit sonstigen Drogen assoziierte Diagnose (zum Beispiel schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit) im Laufe ihres Lebens. 206 Personen (63.4%) bekamen keine derartige Diagnose(n) gestellt.

3.1.4 Einfluss während des Anlassdeliktes

Während des Anlassdeliktes standen 97 Personen (29.8%) unter (mindestens) mäßigem Alkoholeinfluss. Mit 228 Probanden (70.2%) wurde die Mehrheit hingegen nicht oder nur in geringem Maße von Alkohol beeinflusst.

80 Personen (24.6%) standen beim Anlassdelikt hingegen unter zumindest mäßigem Einfluss von sonstigen Drogen (sodass von Funktionseinschränkungen auszugehen war), während 245 Personen (75.4%) beim Begehen ihrer Tat nicht oder nur leicht von sonstigen Drogen beeinflusst wurden.

3.1.5 Frühe Verhaltensauffälligkeiten (SKID-II-Fragebogen)

In Abbildung 1 lässt sich erkennen, dass mit 95 Personen mehr als ein Viertel (29.2%) keine Verhaltensauffälligkeiten berichteten. Außerdem sinkt (bis auf wenige Ausnah-

men) mit steigendem Score (mehr frühe Verhaltensauffälligkeiten) die Anzahl der Personen, die diesen Score erreicht haben. Lediglich ein Proband hat einen Score von 14 Punkten erreicht und somit fast die maximale Ausprägung an Verhaltensauffälligkeiten in der Kindheit und Jugend, die vom SKID-II-Fragebogen (Fydrich et al., 1997) erfasst werden, berichtet. Der Mittelwert liegt bei 2.78 und die Standardabweichung beträgt 3.13.

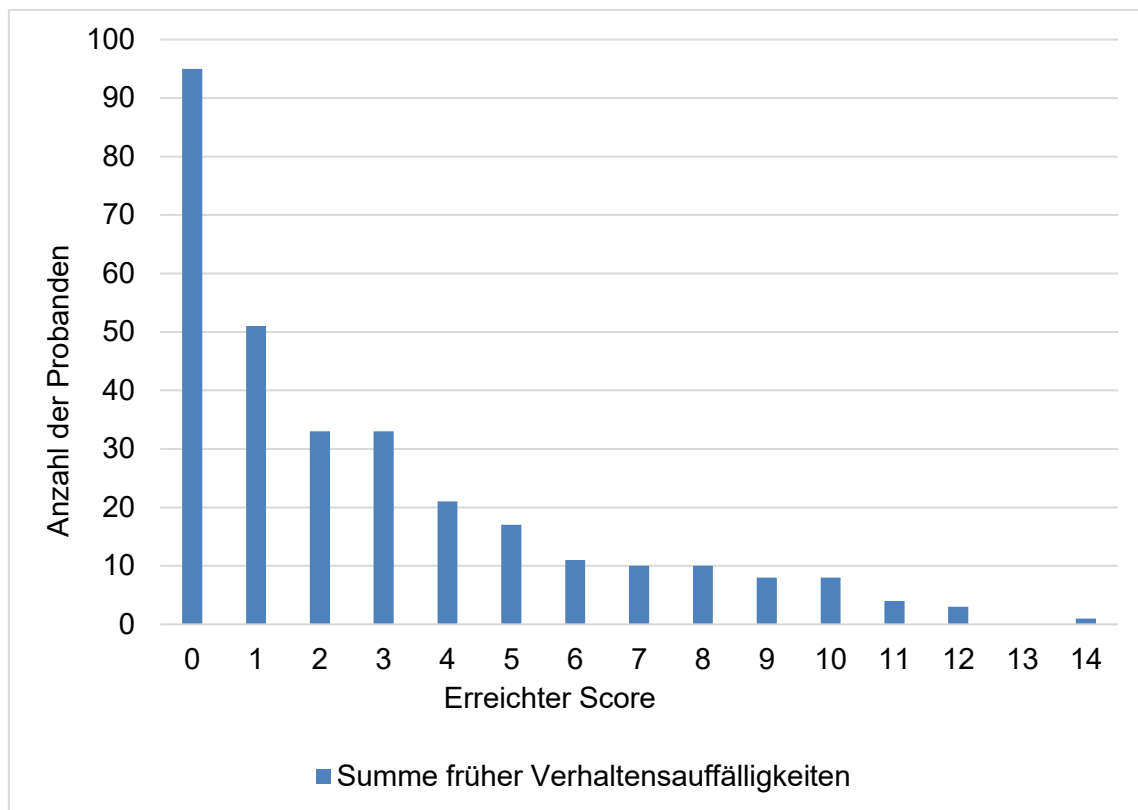


Abbildung 1: Häufigkeitsverteilung der Summe früher Verhaltensauffälligkeiten

Anmerkungen: n = 305, da 20 fehlende Angaben

3.1.6 Neigung zu körperlicher Aggression (AQ-G)

Der Mittelwert für den Score in der Subskala „physische Aggression“ des AQ-G liegt bei 14.58 und die Standardabweichung bei 6.34. Der niedrigste Score, der erreicht worden ist, beträgt acht und der höchste 38.

3.1.7 Gewaltdelinquenz

Mit 207 Probanden (63.7%) hat deutlich mehr als die Hälfte bereits (mindestens) ein Gewaltdelikt im Laufe des Lebens begangen (entweder als Anlass- oder als Vordelikt). 118 Probanden (36.3%) haben zum Zeitpunkt der Erhebung noch nie ein Gewaltdelikt begangen.

3.1.8 Rückfälligkeit bezüglich Gewaltdelinquenz

Von den 323 Probanden wurden 46 (14.2%) wieder mit Gewaltstraftaten rückfällig, während 277 (85.2%) nicht wieder rückfällig wurden (siehe Abbildung 2).

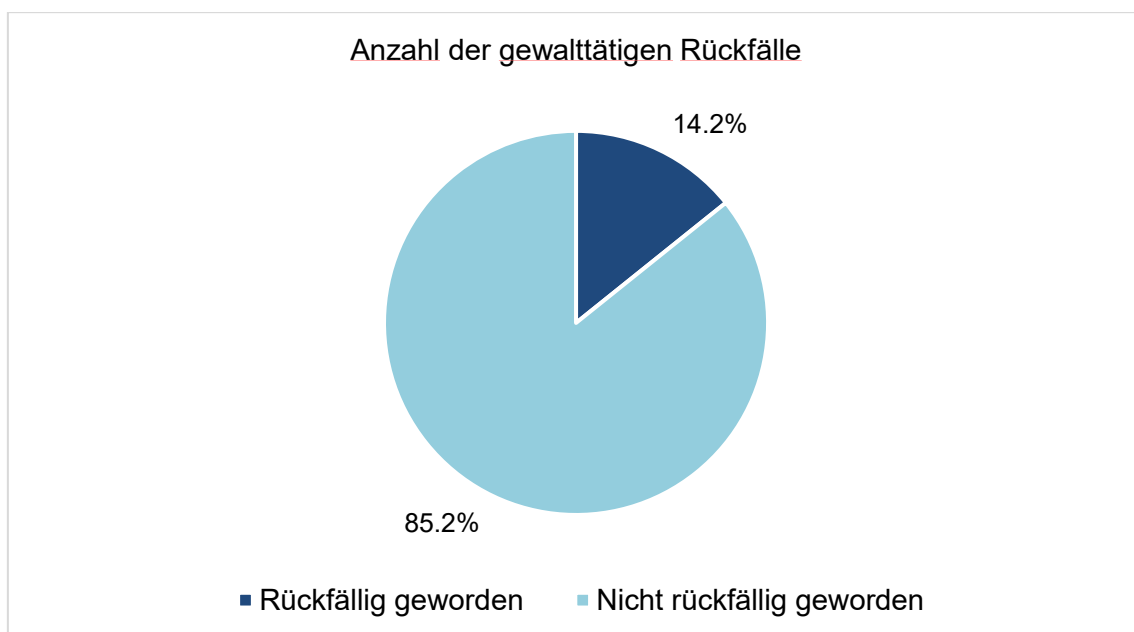


Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung der Rückfälligkeit von Gewaltstraftaten

Anmerkung: $n = 323$

3.1.9 Belastende Kindheitserfahrungen (KERF)

Bei mehr als einem Drittel der Gesamtstichprobe (33.8%) wurde ein KERF-Score von null ermittelt, sodass keine belastenden Kindheitserfahrungen vorlagen (siehe Abbildung

3). Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass für ungefähr zwei Drittel der Stichprobe mindestens eine Art von belastenden Kindheitserfahrungen kodiert wurde ($M = 2.34$, $SD = 2.51$).

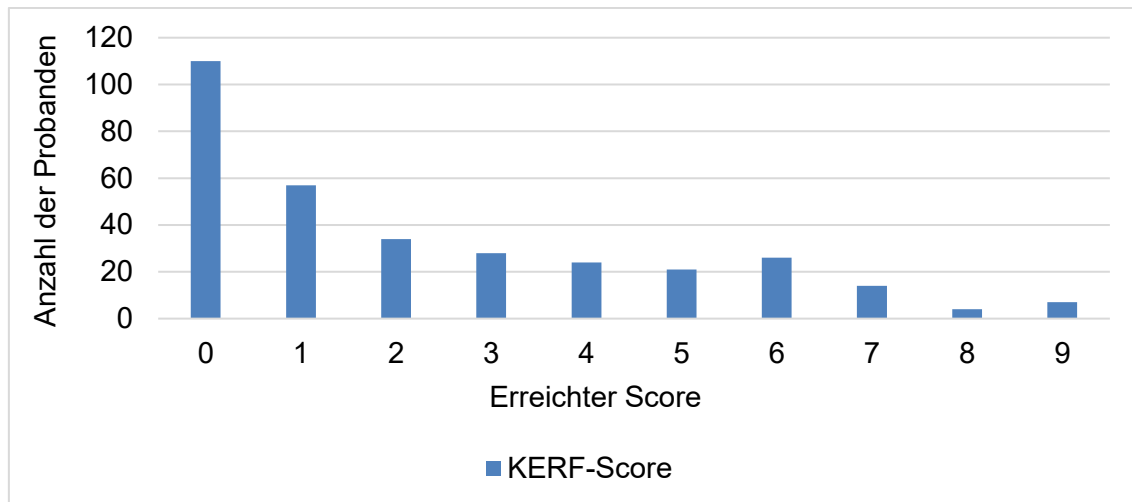


Abbildung 3: Häufigkeitsverteilung des KERF-Scores

Anmerkungen: $n = 325$

3.1.10 Elterlicher Alkohol- und sonstiger Drogenkonsum

Bei den Eltern von 80 Probanden (24.6%) stellte sich ein problematischer Alkoholkonsum heraus.

Des Weiteren war bei den Eltern von 20 Probanden (6.2%) ein Konsum von sonstigen Drogen bekannt.

3.1.11 Psychiatrische Komorbiditäten neben Substanzkonsumstörungen

Knapp mehr als die Hälfte der Gesamtstichprobe hat (neben Substanzkonsumstörungen) keine zusätzliche psychiatrische Diagnose erhalten. 94 Probanden haben eine weitere Diagnose gestellt bekommen, während 37 zwei weitere Diagnosen erhielten (siehe Abbildung 4). Die höchste Anzahl an gestellten zusätzlichen Diagnosen betrug fünf und betraf eine Person ($M = 0.80$, $SD = 1.03$).

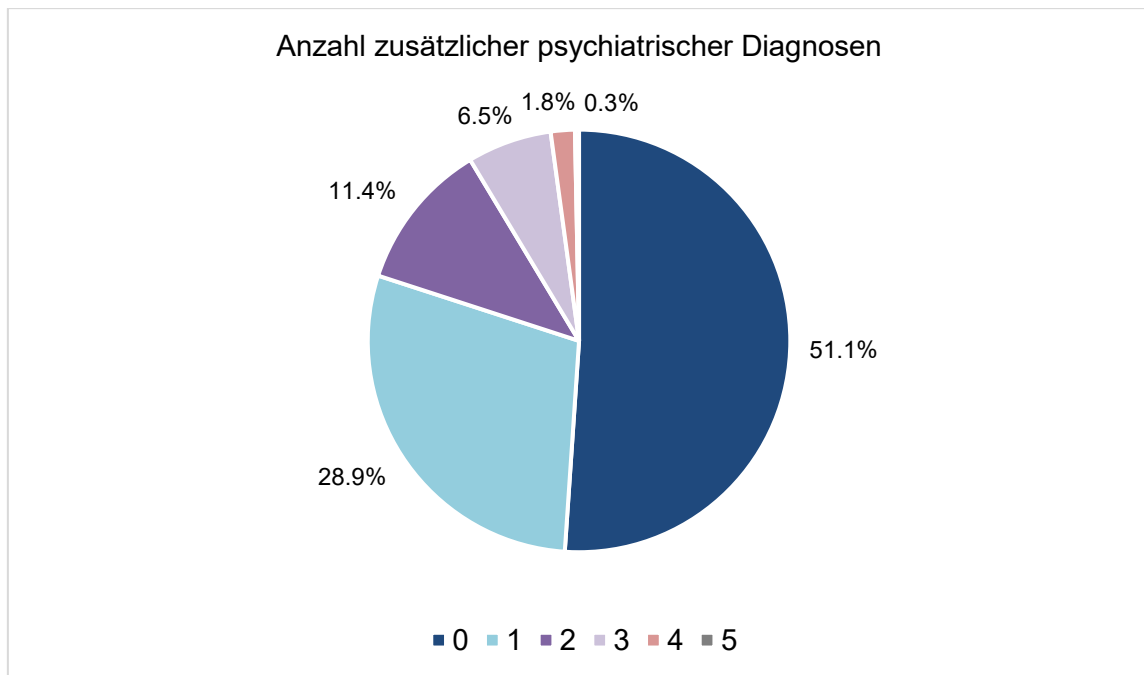


Abbildung 4: Häufigkeitsverteilung der zusätzlichen psychiatrischen Diagnosen

Anmerkung: $n = 325$.

3.2 Latente Klassenanalyse

Mithilfe der Latenten Klassenanalyse wurde die vorliegende Stichprobe an Straftätern anhand ihrer Alkohol- und sonstigen Drogenkonsummuster in verschiedene latente Klassen eingeteilt. Auf der Basis von insgesamt acht Indikatorvariablen (siehe Methodenteil) wurden sechs verschiedene Klassenmodelle aufgestellt, von denen das passendste Modell ermittelt werden sollte.

3.2.1 Darstellung und Vergleich der Passungskennwerte

Um das passendste Klassenmodell auszuwählen, wurden verschiedene statistische Parameter für jedes einzelne Klassenmodell aufgetragen und miteinander verglichen (siehe Tabelle 3). Der aBIC war am kleinsten für die 5-Klassenlösung, während der BIC am kleinsten für die 3-Klassenlösung war. Gemäß VLRT und LMR LRT war die 4-Klassenlösung besser als die 3-Klassenlösung, wohingegen die 5-Klassenlösung nicht besser

als die 4-Klassenlösung schien. Aufgrund der Tatsache, dass sich die Passungskennwerte teilweise widersprachen, sollte man deren Aussagekraft beachten. So ist nach Nylund et al. der BIC der beste Indikator, während der aBIC die Klassenanzahl möglicherweise überschätzt. Unter den LRTs ist der BLRT der beste, wobei dennoch der BIC bevorzugt und der BLRT dann gegebenenfalls bei Unsicherheiten hinzugezogen werden sollte (Nylund et al., 2007).

Tabelle 3: Darstellung relevanter statistischer Passungskennwerte für jede Klassenanzahl

Anzahl	log	AIC	BIC	aBIC	Entropie	VLM LRT	LMR LRT	BLRT
1	-1425.32	2866.63	2896.90	2871.53				
2	-1286.92	2607.84	2672.16	2618.24	0.80	0	0	0
3	-1245.18	2542.36	2640.74	2558.27	0.85	0	0	0
4	-1222.89	2515.77	2648.21	2537.19	0.82	0.02	0.02	0
5	-1206.28	2500.55	2667.04	2527.48	0.80	0.54	0.54	0
6	-1195.51	2497.01	2697.55	2529.44	0.83	0.093	0.09	0.15

Anmerkungen: log = Logarithmus, AIC = Akaike Information Criterion, BIC = Bayesian Information Criterion, aBIC = sample-size adjusted Bayesian Information Criterion, VLM LRT = Vuong-Lo-Mendell-Rubin Likelihood Ratio Test, LMR LRT = Lo-Mendell-Rubin Likelihood Ratio Test, BLRT = Bootstrapped Parametric Likelihood Ratio Test

Die Entropie liegt sowohl für die 4-Klassenlösung als auch für die 5-Klassenlösung in einem akzeptablen Bereich.

3.2.2 Vergleich der 4-Klassenlösung mit der 5-Klassenlösung

Da die Passungskennwerte darauf hinweisen, dass entweder die 4-Klassenlösung oder die 5-Klassenlösung die beste ist, wurden diese beiden Modelle anschließend miteinander verglichen. Dabei wurden die mittleren Item-Response-Wahrscheinlichkeiten betrachtet, durch die für jede Indikatorvariable angegeben wird, mit welcher durchschnittlichen Wahrscheinlichkeit diese Variable auf die Personen der jeweiligen Klassen zutrifft (siehe Abbildung 5 und Abbildung 6).

Man kann erkennen, dass sich sowohl bei der 5-Klassenlösung als auch bei der 4-Klassenlösung eine Klasse mit niedriger Wahrscheinlichkeit für problematisches Alkohol- und Drogenkonsumverhalten bildet (Klasse k4 in Abbildung 5 und Klasse k4 in Abbildung 6).

Außerdem findet sich bei beiden Klassenlösungen jeweils eine Klasse mit überwiegen- den Alkoholkonsumproblematiken und eine Klasse mit überwiegen- den Drogenkonsum- problematiken (Klasse k3, k2 in Abbildung 5 und Klasse k3, k2 in Abbildung 6). Bei der 4-Klassenlösung zeigt sich zudem eine „Polyuser-Klasse“, die hohe Wahrscheinlichkei- ten für Probleme mit Alkohol- und Drogenkonsum aufweist (Klasse k1 in Abbildung 6). Bei der 5-Klassenlösung teilt sich diese Klasse nochmals in zwei einzelne Klassen auf, wobei eine durch einen frühen Alkohol- und Drogenkonsumbeginn gekennzeichnet ist (k1 in Abbildung 5) und die andere nicht (k5 in Abbildung 5). Aufgrund dieser höheren Differenzierung geht die 5-Klassenlösung jedoch mit geringeren Stichprobengrößen in den einzelnen Klassen einher (bei k1, k2 und k5 ist $n < 50$). Außerdem ergibt sich aus den vielen fehlenden Angaben zum Alter des erstmaligen Alkohol- und Drogenkonsums eine weitere Unsicherheit.

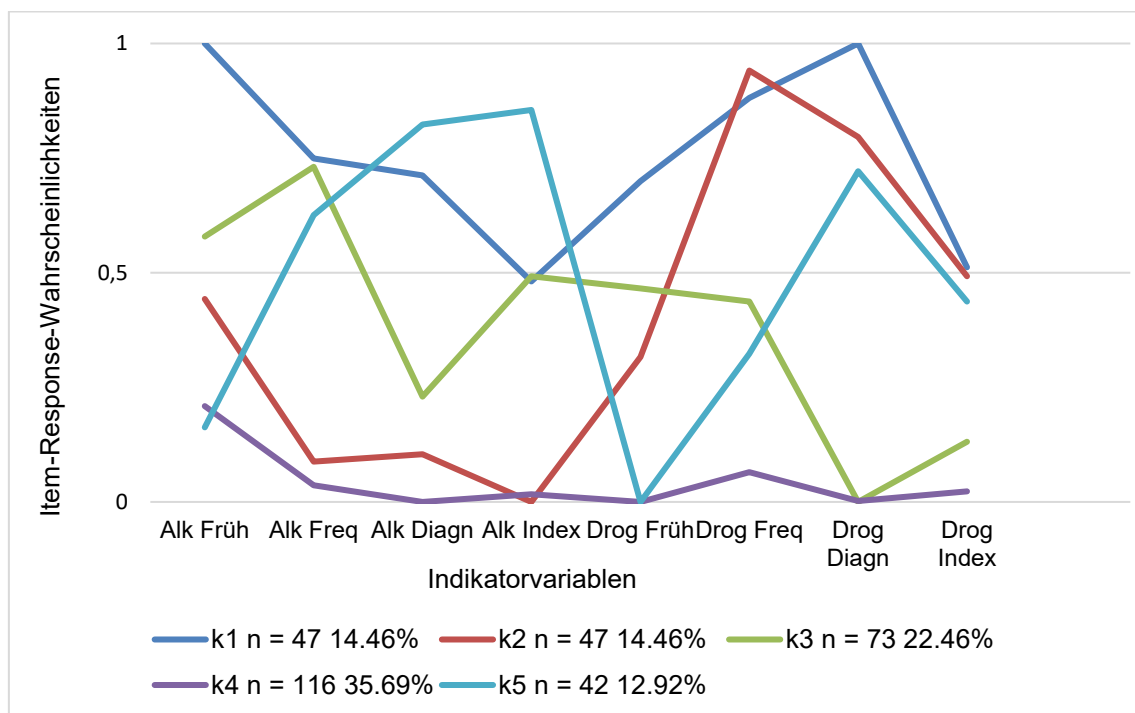


Abbildung 5: 5-Klassenlösung

Anmerkungen: AlkFrüh = früher Beginn von Alkoholkonsum, AlkFreq = hohe Frequenz an Alkoholkonsum, AlkDiagn = erhaltene Alkohol-assoziierte Diagnosen, AlkIndex = Alkoholeinfluss während der Anlasstat, DrogFrüh = früher Beginn von Drogenkonsum, DrogFreq = hohe Frequenz an Drogenkonsum, DrogDiagn = erhaltene Drogen-assoziierte Diagnosen, DrogIndex = Drogeneinfluss während der Anlasstat, k = Klasse, n = Stichprobengröße

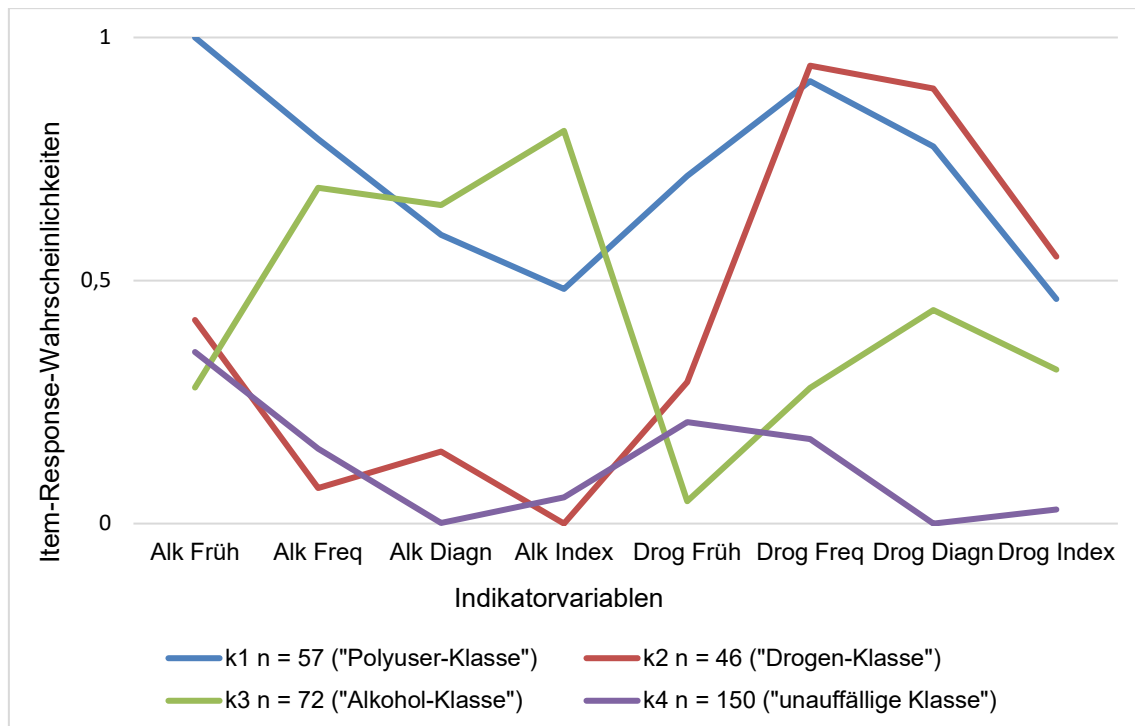


Abbildung 6: 4-Klassenlösung

Anmerkungen: AlkFrüh = früher Beginn von Alkoholkonsum, AlkFreq = hohe Frequenz an Alkoholkonsum, AlkDiagn = erhaltene Alkohol-assoziierte Diagnosen, AlkIndex = Alkoholeinfluss während der Anlasstat, DrogFrüh = früher Beginn von Drogenkonsum, DrogFreq = hohe Frequenz an Drogenkonsum, DrogDiagn = erhaltene Drogen-assoziierte Diagnosen, DrogIndex = Drogeneinfluss während der Anlasstat, k = Klasse, n = Stichprobengröße

3.2.3 Fazit

Insgesamt wird daher unter Abwägung aller Aspekte wie Passungskennwerte, Modellfit, Interpretierbarkeit und Berücksichtigung der Klassengrößen das 4-Klassenmodell für die weiteren Analysen gewählt.

Ausgehend davon wird die erste Klasse (k1) ab jetzt als „Polyuser-Klasse“ bezeichnet, die zweite Klasse (k2) als „Drogen-Klasse“, die dritte Klasse (k3) als „Alkohol-Klasse“ und die vierte Klasse (k4) als „unauffällige Klasse“.

3.3 Regressionsmodelle

Im Folgenden wurden mehrere Regressionsmodelle aufgestellt. Anhand dieser wurde untersucht, ob die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Klasse („Polyuser-Klasse“, „Drogen-Klasse“, „Alkohol-Klasse“) die Ausprägung von insgesamt vier Outcome-Variablen (Summe von Verhaltensauffälligkeiten in der Kindheit und Jugend, Neigung zu körperlicher Aggression, jemals begangene Gewaltstraftaten und Rückfälligkeit bezüglich Gewaltstraftaten) prädictieren kann. Die „unauffällige Klasse“ diente dabei als Vergleichsklasse. Das erste Regressionsmodell der jeweiligen Outcome-Variable wurde ohne Berücksichtigung der Kontrollvariablen aufgestellt. In den folgenden drei Regressionsmodellen der jeweiligen Outcome-Variable wurden dann nacheinander die Kontrollvariablen Alter und belastende Kindheitserfahrungen, elterliche Alkohol- und Drogenproblematik sowie psychiatrische Komorbiditäten miteinbezogen. Im Anhang befinden sich Tabellen mit allen statistischen Werten der Regressionsanalysen. In den nächsten Abschnitten werden zuerst die Einflüsse der Kontrollvariablen auf die Klassenzugehörigkeit beschrieben, dann die Einflüsse der Klassenzugehörigkeit auf die Outcome-Variablen und anschließend die Einflüsse der Kontrollvariablen auf die Outcome-Variablen.

3.3.1 Einflüsse der Kontrollvariablen auf die Klassenzugehörigkeit

Zunächst zeigte sich, dass belastende Kindheitserfahrungen in Relation zur unauffälligen Gruppe keinen signifikanten prädiktiven Effekt auf die Zugehörigkeit der Substanzklassen hatten. Das Alter stellte sich hingegen als negativer Prädiktor für die Zugehörigkeit zur „Polyuser-Klasse“ und zur „Drogen-Klasse“ heraus ($OR = 0.94$, 95% KI [0.90, 0.98], $p = .004$; $OR = 0.96$, 95% KI [0.93, 0.99], $p = .003$), nicht aber für die „Alkohol-Klasse“ ($OR = 0.97$, 95% KI [0.94, 1.00], $p = .075$). In anderen Worten erhöhte ein jüngeres Alter also die Wahrscheinlichkeit, der „Polyuser-Klasse“ und der „Drogen-Klasse“ anzugehören. Beim Betrachten des elterlichen Alkohol- und Drogenkonsums fiel auf, dass lediglich deren Alkoholkonsum prädiktiv für die Zugehörigkeit zur „Polyuser-Klasse“ war ($OR = 2.99$, 95% KI [1.03, 8.67], $p = .044$), nicht aber deren Drogenkonsum ($OR = 7.75$, 95% KI [0.59, 101.44], $p = .119$). Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass psychiatrische Komorbiditäten mit der Klassenzugehörigkeit zur „Polyuser-Klasse“ ($OR = 4.55$, 95% KI [1.76, 11.79], $p = .002$) assoziiert waren.

3.3.2 Einflüsse der Klassenzugehörigkeit auf die Outcome-Variablen

Es konnte gezeigt werden, dass die Zugehörigkeit sowohl zu der „Polyuser-Klasse“ als auch zu der „Drogen-Klasse“ mit einer höheren Anzahl an Verhaltensauffälligkeiten in der Kindheit und Jugend assoziiert war ($OR = 1.35$, 95% $KI [1.17, 1.55]$, $p < .001$; $OR = 1.22$, 95% $KI [1.06, 1.40]$, $p = .005$). Zwischen der Zugehörigkeit zur „Alkohol-Klasse“ und Verhaltensauffälligkeiten in der Kindheit und Jugend konnte hingegen kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden ($OR = 1.01$, 95% $KI [0.87, 1.16]$, $p = .95$). Außerdem war die Zugehörigkeit zur „Polyuser-Klasse“ sowie zur „Drogen-Klasse“ mit der Neigung zu körperlicher Aggression assoziiert ($OR = 1.16$, 95% $KI [1.08, 1.25]$, $p = <.001$; $OR = 1.13$, 95% $KI [1.05-1.21]$, $p = .001$). Ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit zur „Alkohol-Klasse“ und der Neigung zu körperlicher Aggression bestand allerdings nicht ($OR = 1.04$, 95% $KI [0.96, 1.12]$, $p = .350$). Des Weiteren wiesen Probanden, die der „Polyuser-Klasse“ zugeordnet wurden, eine höhere Wahrscheinlichkeit für Gewaltdelinquenz auf ($OR = 1.74$, 95% $KI [1.16, 2.61]$, $p = .008$). So war die Wahrscheinlichkeit, jemals eine Gewaltstraftat begangen zu haben, in der „Polyuser-Klasse“ fast doppelt so hoch im Vergleich zu der unauffälligen Klasse. Unter Kontrolle des Alters und belastender Kindheitserfahrungen fand sich die Assoziation zwischen der Zugehörigkeit zur „Polyuser-Klasse“ und bisheriger Gewaltdelinquenz allerdings nicht mehr ($OR = 1.29$, 95% $KI [0.89, 1.80]$, $p = .185$). Jedoch wiesen Probanden, die der „Polyuser-Klasse“ und der „Alkohol-Klasse“ angehörten, eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, in der Begehung von Gewaltstraftaten rückfällig zu werden ($OR = 4.25$, 95% $KI [1.09, 16.62]$, $p = .038$; $OR = 2.73$, 95% $KI [1.14, 6.55]$, $p = .025$). Bei der „Drogen-Klasse“ war dies nicht der Fall ($OR = 0.60$, 95% $KI [0.27, 1.37]$, $p = .225$). Auch unter Einbeziehung der Kontrollvariablen Alter und belastende Kindheitserfahrungen war die „Alkohol-Klasse“ nach wie vor mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für die Rückfälligkeit von Gewaltstraftaten verbunden ($OR = 2.81$, 95% $KI [1.13, 6.96]$, $p = .026$). Der Zusammenhang zwischen der „Polyuser-Klasse“ und einer Rückfälligkeit zeigte sich unter Kontrolle dieser Variablen jedoch nicht mehr.

3.3.3 Einflüsse der Kontrollvariablen auf die Outcome-Variablen

Hier stellte sich heraus, dass das Alter negativ mit der Summe früherer Verhaltensauffälligkeiten assoziiert war (95% $KI [-0.10, -0.05]$, $p < .001$), während belastende Kind-

heitserfahrungen positiv assoziiert waren (95% KI [0.11, 0.38], $p < .001$). Auch unter Kontrolle des Alkohol- und Drogenkonsums der Eltern blieben die zuvor beschriebenen Assoziationen zwischen Alter, belastenden Kindheitserfahrungen und Summe der Verhaltensauffälligkeiten in der Kindheit und Jugend bestehen. Des Weiteren konnte festgestellt werden, dass das Alter negativ mit der selbstberichteten Neigung zu körperlicher Aggression assoziiert war (95% KI [0.22, -0.12], $p = < .001$). Belastende Kindheitserfahrungen schienen hingegen keinen Einfluss auf die körperliche Aggressionsbereitschaft zu haben (95% KI [-0.01, 0.46], $p = .060$). Zudem schien es zwischen psychiatrischen Komorbiditäten und selbstberichteter Neigung zu körperlicher Aggression keinen signifikanten Zusammenhang zu geben (95% KI [0.15-1.29], $p = .123$). Es fiel außerdem auf, dass das Alter ebenfalls negativ mit der Wahrscheinlichkeit, jemals eine Gewaltstraftat begangen zu haben, signifikant war ($OR = 0.98$, 95% KI [0.96, 0.99], $p = .007$). Dies bedeutet also in anderen Worten, dass ein geringeres Alter mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für das Begehen von Gewaltdelikten einherging. Auch unter Hinzunahme des elterlichen Alkohol- und Drogenkonsums als Kontrollvariable zeigte sich nach wie vor ein negativer Zusammenhang zwischen dem Alter und begangenen Gewaltstraftaten ($OR = 0.98$, 95% KI [0.96, 0.99], $p = .012$). Belastende Kindheitserfahrungen standen hingegen in einem positiven Zusammenhang mit dem Begehen von Gewaltstraftaten ($OR = 1.22$, 95% KI [1.12, 1.33], $p = < .001$), was unter Kontrolle des elterlichen Konsums ebenfalls bestehen blieb ($OR = 1.17$, 95% KI [1.07, 1.28], $p = < .001$). Darüber hinaus erhöhten sowohl belastende Kindheitserfahrungen als auch psychiatrische Komorbiditäten die Wahrscheinlichkeit für eine Rückfälligkeit bezüglich Gewaltstraftaten ($OR = 1.16$, 95% KI [1.03, 1.31], $p = .016$; $OR = 3.64$, 95% KI [1.26, 10.49], $p = .017$).

3.3.4 Gesamte Einflüsse auf die Outcome-Variablen

Wenn man nun den gemeinsamen Einfluss der Klassenzugehörigkeit und der Kontrollvariablen auf die Outcome-Variablen betrachtet, lässt sich feststellen, dass eine Zugehörigkeit zur „Polyuser-Klasse“ und zur „Drogen-Klasse“, ein geringes Alter und belastende Kindheitserfahrungen mit früheren Verhaltensauffälligkeiten in der Kindheit und Jugend assoziiert waren. Das Risiko für selbstberichtete körperliche Aggression stieg bei der Zugehörigkeit zur „Polyuser-Klasse“ und „Drogen-Klasse“ sowie bei einem geringen Alter, nicht jedoch bei belastenden Kindheitserfahrungen und psychiatrischen Komorbiditäten. Bezogen auf bisherige Gewaltdelinquenz hatte die Zugehörigkeit zur „Polyuser-Klasse“ lediglich ohne die Hinzunahme der Kontrollvariablen einen Einfluss,

während ein geringes Alter und belastende Kindheitserfahrungen die Wahrscheinlichkeit für bisherige Gewaltstraftaten erhöhten. Eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für die Rückfälligkeit von Gewaltstraftaten ergab sich aus der Zugehörigkeit zur „Alkohol-Klasse“, belastenden Kindheitserfahrungen und psychiatrischen Komorbiditäten.

4 Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit bestand zunächst darin, in der vorliegenden Stichprobe verschiedene Alkohol- und sonstige Drogenkonsummuster der Probanden zu identifizieren und sie auf dieser Grundlage in homogene, sich gegenseitig ausschließende Klassen zu unterteilen. Anschließend sollten die Zusammenhänge der Klassenzugehörigkeit (und somit der verschiedenen Alkohol- und sonstigen Drogenkonsummuster) mit Verhaltensauffälligkeiten in Kindheit und Jugend, körperlicher Aggression, Gewaltdelinquenz und Rückfälligkeit von Gewaltstraftaten untersucht werden. Im Fokus stand dabei die Frage, ob der Konsum von Alkohol spezifisch mit körperlicher Aggression, dem Begehen von Gewaltstraftaten und der Rückfälligkeit von Gewaltstraftaten zusammenhängt. Außerdem sollten dabei Alter, belastende Kindheitserfahrungen, elterlicher Alkohol- und Drogenkonsum und psychiatrische Komorbiditäten sowie deren möglicher Einfluss auf die Klassenzugehörigkeit und die prädiktiven Zusammenhänge mitberücksichtigt werden. Als Methode wurde mit dem Datensatz von 325 männlichen Straftätern anhand ihrer angegebenen Alkohol- und sonstigen Drogenkonsummuster eine Latente Klassenanalyse durchgeführt. Es flossen sowohl die Daten aus der Kodierung von forensisch-psychiatrischen Gutachten als auch selbstberichtete Daten, die die Probanden während der damaligen Begutachtung in den Selbstbeurteilungsfragebögen angegeben hatten, mit ein. Auf Basis der mithilfe der LCA ermittelten Klassen wurden anschließend multinomiale logistische Regressionsmodelle aufgestellt, die Zusammenhänge zwischen der Klassenzugehörigkeit und den erhobenen Variablen darstellen sollten.

4.1 Ergebnis der Latenten Klassenanalyse

Anhand der Variablen zum Alkohol- und sonstigen Drogenkonsum der Probanden ergaben sich durch die Anwendung einer LCA empirisch vier separate Klassen. Neben einer eher unauffälligen Klasse, die als Vergleichsklasse galt, zeigte sich eine „Polyuser-Klasse“, in der Alkohol und sonstige Drogen gleichzeitig konsumiert wurden, sowie eine separate Klasse für Alkohol- und eine separate Klasse für sonstigen Drogenkonsum. Somit stimmen die Ergebnisse mit unseren Hypothesen, dass sich Klassen mit unauffälligem Konsum, Polysubstanzkonsum und hauptsächlichem Alkoholkonsum zeigen werden, überein. LCA-Studien über Substanzkonsum, die ebenfalls eine unauffällige

Klasse, eine „Polyuser-Klasse“ sowie eine „Alkoholklasse“ ermittelt haben, stützen unsere Ergebnisse (Bonfiglio et al., 2022; De Jonge et al., 2022; Evans-Polce et al., 2016; Green et al., 2023; Janković et al., 2021; Lanza et al., 2010; Schmitter et al., 2021; Tomczyk et al., 2016). Mit 150 Probanden stellte sich die Vergleichsklasse in der vorliegenden Arbeit als die größte Klasse dar. Dies deckt sich mit den Erkenntnissen aus einem systematischen Review, in das über zwanzig LCA-Studien zu Substanzkonsum einbezogen wurden. Es zeigte, dass die Klasse mit unauffälligem Substanzkonsum in den meisten Fällen die größte Klasse von allen darstellte (Tomczyk et al., 2016). Bezüglich der Größe folgten in der vorliegenden Arbeit die „Alkohol-Klasse“ mit 72, die „Polyuser-Klasse“ mit 57 und die „Drogen-Klasse“ mit 46 Probanden. Somit beträgt in der Stichprobe dieser Arbeit der Anteil an Probanden, die einen auffälligen Alkoholkonsum aufwiesen, ungefähr 40% (Anteil der Probandenanzahl der „Alkohol- und Polyuser-Klasse“ an der Gesamtanzahl). Diese Prävalenz ist vergleichbar mit den Prävalenzen von problematischem Alkoholkonsum bei forensischen Stichproben, die in anderen Studien erhoben wurden. In einer Studie von Bessler et al. wiesen beispielsweise 44.1% der über 16-jährigen jugendlichen Straftäter eine Alkoholkonsumstörung auf (Bessler et al., 2018). In einer australischen Stichprobe von Straftätern, die ein Tötungsdelikt begangen haben, konnte bei 38.8% ein problematisches Trinkverhalten im Jahr vor der Tat festgestellt werden (Eriksson et al., 2021). Bei Betrachtung der Klassenanzahlen fällt außerdem ein häufiges Auftreten von gleichzeitigem Alkohol- und Drogenkonsum auf, da 57 Probanden der „Polyuser-Klasse“ angehören und somit sowohl ein auffälliges Alkohol- als auch sonstiges Drogenkonsummuster aufweisen. Summiert man nun die Probandenanzahl der „Polyuser-Klasse“ mit der Probandenanzahl der „Alkohol-Klasse“ und berechnet daraus den Prozentanteil der „Polyuser“, so beträgt dieser 44.2%. In anderen Worten zeigte also fast die Hälfte aller Probanden dieser Stichprobe, die einen auffälligen Alkoholkonsum aufwiesen, auch einen auffälligen Konsum von anderen Drogen. Die Verknüpfung zwischen Alkohol- und sonstigem Drogenkonsum wird auch von Falkai et al. betont, indem sie davon ausgehen, dass mehr als 50% aller Alkoholkranken von zwei Drogen abhängig sind und circa 25% der Opiatabhängigen gleichzeitig süchtig nach Alkohol sind (Falkai et al., 2022).

Im Folgenden dienen die Klassen, auf welche die Probanden aufgeteilt worden waren, als Grundlage, um den Zusammenhang zwischen der Klassenzugehörigkeit und Alter, belastenden Kindheitserfahrungen, elterlichem Alkohol- und sonstigem Drogenkonsum und psychiatrischen Komorbiditäten zu untersuchen sowie die Einflüsse der Klassenzugehörigkeit auf die Outcome-Variablen Verhaltensauffälligkeiten in Kindheit und Jugend,

Neigung zu körperlicher Aggression, Gewaltdelinquenz und Rückfälligkeit bezüglich Gewaltdelinquenz darzustellen.

4.2 Zusammenhang zwischen der Klassenzugehörigkeit und den Kontrollvariablen

Zunächst wurde der Zusammenhang zwischen dem Alter der Probanden zum Begutachtungszeitpunkt und der Zugehörigkeit zu den einzelnen Klassen untersucht. Dabei zeigte sich: Je jünger die Probanden waren, desto höher war die Wahrscheinlichkeit für die Zugehörigkeit zur „Polyuser-Klasse“ und zur „Drogen-Klasse“. Aufgrund dieser Erkenntnis sollte gerade bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen, die strafrechtlich in Erscheinung getreten sind, eine besonders sorgfältige Suchtmittelanamnese durchgeführt werden, um riskante Alkohol- oder sonstige Drogenkonsummuster gegebenenfalls rechtzeitig zu erkennen und behandeln zu können. Dies erscheint umso wichtiger, wenn man sich die Studie von Bessler et al. vor Augen führt, in der bereits 31% der unter 16-jährigen und 44.1% der über 16-jährigen straffälligen Jugendlichen eine Alkoholkonsumstörung aufwiesen (Bessler et al., 2018).

Des Weiteren konnte festgestellt werden, dass elterlicher Alkoholkonsum am ehesten die Zugehörigkeit zur „Polyuser-Klasse“ prädiziert, während der elterlicher Konsum von anderen Drogen keine Vorhersagen über die Zugehörigkeit zu einer auffälligen Klasse zuließ. Daraus lässt sich ableiten, dass ein übermäßiger Alkoholkonsum der Eltern das Risiko für deren Kinder, in Zukunft ebenfalls Alkohol und andere Drogen zu konsumieren, deutlich steigert und daher unbedingt vermieden werden sollte. Um Eltern auf diese Gefahr aufmerksam zu machen, könnten in Zukunft vermehrt Präventivmaßnahmen in Form von Aufklärungsprogrammen über die schwerwiegenden Folgen von elterlichem Alkoholkonsum auf das Alkohol- und sonstige Drogenkonsummuster der Kinder sowie über alle weiteren Probleme, die der Konsum mit sich bringt, durchgeführt werden. Ein solches Präventionsprogramm, das bereits existiert, ist das „Trampolin-Programm“ (Moesgen et al., 2012), welches seit mehr als zehn Jahren in Deutschland und Österreich durchgeführt wird. Es richtet sich an Kinder im Alter von acht bis zwölf Jahren, die mit von Suchtmitteln abhängigen Elternteilen zusammenleben oder zumindest regelmäßig Kontakt haben. Ziele dieses Programmes sind die Verbesserung von Stressbewältigungsstrategien und Emotionsregulation der Kinder, die Förderung des Selbstwertgefühls sowie die Stärkung der Erziehungskompetenzen der Eltern. Erreicht werden soll

dies durch insgesamt neun „Kinder-Module“, in denen den Kindern Strategien zur Stressbewältigung und Problemlösung, Wissen über Sucht, Methoden zum Aufbau von Selbstwertgefühl und der Umgang mit Emotionen, Entspannungstechniken und Bewegungselementen vermittelt werden. Zudem erfolgen dann noch zwei „Eltern-Module“, in denen die Eltern für die Bedürfnisse ihrer Kinder sensibilisiert werden und die Erziehungskompetenzen gefördert werden sollen. In einer Studie aus dem Jahr 2015 konnten Klein et al. zeigen, dass Kinder, die beim „Trampolin-Programm“ mitgemacht haben, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mehr Wissen über die Gefahr von Alkohol und anderen Drogen hatten und weniger von der elterlichen Suchterkrankung belastet waren. Diese Effekte waren auch noch sechs Monate nach der Teilnahme an dem Programm festzustellen (Klein & Moesgen, 2015).

Des Weiteren decken sich die Ergebnisse der im Theorieteil erwähnten Studien (Rossow et al., 2016; Yap et al., 2017), die einen positiven Zusammenhang zwischen elterlichem Alkoholkonsum und übermäßigem Alkoholkonsum derer Kinder beschreiben, aufgrund der in dieser Studie gefundenen positiven Assoziation mit der Zugehörigkeit zur „Polyuser-Klasse“ zwar einerseits mit den Ergebnissen dieser Studie, andererseits konnte jedoch kein Zusammenhang zwischen elterlichem Alkoholkonsum und der Zugehörigkeit zur „Alkohol-Klasse“, in der ausschließlich Alkohol- und kein sonstiger Drogenkonsum stattfindet, festgestellt werden. Einen Einfluss von elterlichem Drogenkonsum auf den kindlichen Alkohol- oder sonstigen Drogengebrauch lässt sich anhand Ergebnisse ebenfalls nicht ableiten, was eine Inkonsistenz im Vergleich zu den Ergebnissen anderer Studien darstellt. Chapple et al. fanden beispielsweise heraus, dass mütterlicher Cannabis-Konsum positiv mit einem stärkeren und häufigeren Alkohol- und sonstigen Drogenkonsum der Kinder im Jugend- und jungen Erwachsenenalter zusammenhing (Chapple et al., 2005). Allerdings wurde dabei nur der mütterliche und nicht der väterliche Drogenkonsum berücksichtigt. Dies könnte ein Grund für die Abweichungen zu dieser Arbeit darstellen, da hier der Konsum beider Elternteile miteinbezogen wurde und somit der aufgrund von geschlechtsspezifischen Rollen womöglich größere Einfluss der Mutter auf die Erziehung des Kindes weniger stark als in der Studie von Chapple et al. gewichtet wurde. Des Weiteren wurde in dieser Arbeit neben Alkohol nicht spezifisch der Einfluss von Cannabis, sondern der Einfluss von sonstigen Drogen insgesamt untersucht.

Während elterlicher Alkoholkonsum mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit in der „Polyuser-Klasse“ vorkam, waren belastende Kindheitserfahrungen nicht mit der Zugehörigkeit zur „Polyuser-Klasse“ oder zu einer anderen auffälligen Klasse assoziiert. Dies würde also bedeuten, dass belastende Kindheitserfahrungen keinen direkten Einfluss auf einen

erhöhten Alkohol- oder sonstigen Drogenkonsum der Probanden haben. Aufgrund der Tatsache, dass in zahlreichen Studien aber sehr wohl ein Zusammenhang zwischen belastenden Kindheitserfahrungen und einem erhöhten Alkoholkonsum im Erwachsenenalter gefunden wurde (Anda et al., 2002; K. R. Douglas et al., 2010; Felitti et al., 1998), liegt die Vermutung nahe, dass in der vorliegenden Arbeit zeitlich zwischengeschaltete Prozesse, die eine vermittelnde Wirkung haben, von Relevanz sein könnten. Douglas et al. fanden zum Beispiel heraus, dass belastende Kindheitserfahrungen in Form von emotionalem, körperlichem und sexuellem Missbrauch mit einem häufigeren Auftreten von affektiven Störungen und Angststörungen einhergehen, während affektive Störungen und Angststörungen wiederum die Wahrscheinlichkeit für eine entstehende Substanzkonsumstörung erhöhen (K. R. Douglas et al., 2010). Und auch in den Ergebnissen der vorliegenden Studie findet sich ein Zusammenhang zwischen psychiatrischen Erkrankungen und einem erhöhten Substanzkonsum, da psychiatrische Komorbiditäten am häufigsten in der „Polyuser-Klasse“ vorkamen. Des Weiteren stellten Burke et al. fest, dass bei vier oder mehr zutreffenden Kategorien von belastenden Kindheitserfahrungen das Risiko für Verhaltens- und Lernstörungen deutlich ansteigt (Burke et al., 2011). Verhaltensstörungen wie beispielsweise ADHS im Kindes- und Jugendalter erhöhen wiederum die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung eines problematischen Alkoholkonsums (Fergusson & Lynskey, 1998; Kumpulainen, 2000). Diese Verbindung spiegelt sich auch in den Ergebnissen dieser Studie wider, da belastende Kindheitserfahrungen hier ebenfalls mit frühen Verhaltensauffälligkeiten assoziiert waren und letztere vermehrt in der „Polyuser-Klasse“ vorkamen.

Darüber hinaus zeigte sich, wie bereits erwähnt, dass auch psychiatrische Komorbiditäten am ehesten in der „Polyuser-Klasse“ vorzufinden sind. Dies passt zu den Ergebnissen früherer Studien, die darlegen, dass Substanzkonsumstörungen häufig mit psychiatrischen Erkrankungen einhergehen (Kessler et al., 1997; Kranzler & Rosenthal, 2003; Regier et al., 1990). So konnten Regier et al. beispielsweise feststellen, dass 13.4% der Personen mit einer Alkoholkonsumstörung gleichzeitig eine affektive Störung aufwiesen, 19.4% eine Angststörung und 14.3% eine antisoziale Persönlichkeitsstörung. Bei Probanden mit einer Drogenkonsumstörung hatten sogar 26.4% gleichzeitig eine affektive Störung, 28.3% eine Angststörung und 17.8% eine antisoziale Persönlichkeitsstörung (Regier et al., 1990).

4.3 Diskussion der prädiktiven Zusammenhänge

Bezüglich früher Verhaltensauffälligkeiten lässt sich feststellen, dass diese (auch über den Einfluss der elterlichen Konsummuster und der psychiatrischen Komorbiditäten hinaus) durch mehr belastende Kindheitserfahrungen prädiziert werden. Dies stimmt mit den Ergebnissen einer Studie von Burke et al. überein, in der ebenfalls ein positiver Zusammenhang zwischen belastenden Kindheitserfahrungen und dem Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten/Verhaltensstörungen gezeigt werden konnte (Burke et al., 2011). Des Weiteren scheinen die „Polyuser-Klasse“ und die „Drogen-Klasse“ signifikant mehr frühe Verhaltensauffälligkeiten gezeigt zu haben als die unauffällige Gruppe. Dies könnte damit zusammenhängen, dass, wie von Fergusson und Lynskey beschrieben, Verhaltensprobleme im Kindesalter mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für Cannabiskonsum und Alkoholkonsum im Jugend- beziehungsweise frühen Erwachsenenalter einhergehen (Fergusson & Lynskey, 1998) und Probanden mit Verhaltensauffälligkeiten in dieser Studie deshalb am ehesten der „Polyuser-Klasse“ oder „Drogen-Klasse“ zugeordnet worden sind. Außerdem kamen auch andere Studien zum Ergebnis, dass bestimmte Verhaltensauffälligkeiten in der Kindheit und Jugend mit einem Polysubstanzkonsum im frühen Erwachsenenalter assoziiert sind (Black et al., 2024; Steinhoff et al., 2022). Aufgrund der Verbindung zur „Polyuser-Klasse“ kann zwar von einer Assoziation zwischen Alkoholkonsum und Verhaltensauffälligkeiten ausgegangen werden, jedoch war diese nicht unabhängig von sonstigem Drogenkonsum.

In Bezug auf die Höhe der selbstberichteten Neigung zu körperlicher Aggressivität lässt sich lediglich ein Anstieg bei niedrigerem Alter feststellen, während weder belastende Kindheitserfahrungen und elterliche Konsummuster noch psychiatrische Komorbiditäten einen signifikanten Einfluss hatten. In anderen Worten berichteten die Probanden mit zunehmendem Alter seltener von einer Neigung zu körperlicher Aggression. Einen negativen Zusammenhang zwischen Alter und aggressivem Verhalten konnten auch Salas-Wright et al. feststellen, indem sie die altersspezifischen Unterschiede des Einflusses von Rauschtrinken (Trinken von fünf oder mehr alkoholischen Getränken während einer Gelegenheit) auf gewalttätiges Verhalten bei 12- bis 25-Jährigen untersuchten. Dabei zeigte sich, dass in der Altersgruppe der 13- bis 20-Jährigen eine signifikante Assoziation zwischen dem Rauschtrinken und gewalttätigem Verhalten vorlag, während bei den 21- bis 25-Jährigen keine signifikante Assoziation mehr gefunden werden konnte (Salas-

Wright et al., 2016). Dadurch lässt sich eine Verbindung zu den Ergebnissen dieser Arbeit herstellen, da ein geringeres Alter sowohl die Zugehörigkeit zu der „Polyuser-Klasse“ und somit (neben einem auffälligen Drogenkonsum) ebenfalls ein auffälliges Alkoholkonsummuster prädizierte als auch mit einem ungünstigeren Outcome bezüglich der Neigung zu körperlicher Aggression und bisheriger Gewaltdelinquenz verknüpft war.

Jedoch wiesen die „Polyuser-Klasse“ und die „Drogen-Klasse“ in der vorliegenden Arbeit höhere Werte bezüglich einer körperlichen Aggressionsneigung auf als die unauffällige Klasse, während dies bei der „Alkohol-Klasse“ nicht der Fall war. Die gefundene Assoziation zwischen der „Polyuser-Klasse“ und einer erhöhten Aggressionsneigung zeigte sich auch in einer anderen LCA, die den Substanzkonsum in einer forensisch-psychiatrischen Stichprobe untersuchte (Green et al., 2023). Aus der Tatsache, dass die „Alkohol-Klasse“ in dieser Arbeit nicht mit körperlicher Aggression assoziiert war, lässt sich ableiten, dass Alkohol (aufgrund des Zusammenhangs mit der „Polyuser-Klasse“) zwar einen Einfluss auf die Neigung zu körperlicher Aggression hat, jedoch ist dieser nicht unabhängig von sonstigem Drogen- und Mischkonsum.

Dass kein spezifischer Effekt von Alkohol auf die Neigung zu körperlicher Aggression gefunden wurde, könnte an der in der Literatur erwähnten Wichtigkeit des Einflusses von Individual- und Kontextfaktoren auf die Entstehung von Aggression durch den Konsum von Alkohol liegen. Als beeinflussende Faktoren gelten dabei zum Beispiel die eigene Erwartung, dass man durch Alkoholkonsum aggressiv wird (Dermen & George, 2012; Quigley & Leonard, 2006), Provokationen in Kombination mit dieser Erwartung (Chermack & Taylor, 2015), soziale Lernprozesse (Bandura & Walters, 1977; Beck & Heinz, 2013; Zucker et al., 1995), eine positive Einstellung gegenüber Gewalt (White et al., 2013), Wohnen in einem Stadtbezirk mit hohen Kriminalitätsraten (White et al., 2013), Alter (Salas-Wright et al., 2016), Geschlecht (Giancola, 2003) und Persönlichkeitseigenschaften wie Empathie (Giancola, 2003), erhöhte Reizbarkeit (Godlaski & Giancola, 2009) oder „sensation-seeking“ (Cheong & Nagoshi, 1999). Sowohl Provokationen als auch Persönlichkeitseigenschaften sind wiederum wichtige Bestandteile der I3-Theorie (Finkel, 2014), sodass die Erkenntnisse aus der Literatur diese Theorie zumindest teilweise unterstützen. Da die erwähnten Faktoren in dieser Studie größtenteils nicht miterhoben wurden und sich (eventuell deshalb) kein spezifischer Einfluss von Alkoholkonsum auf körperliche Aggression zeigte, können die Ergebnisse allerdings keine Aussage über die Richtigkeit der I3-Theorie treffen.

Bezogen auf die bisherige Gewaltdelinquenz zeigte sich ohne Berücksichtigung der Kontrollvariablen, dass die Wahrscheinlichkeit, jemals eine Gewaltstraftat begangen zu haben, in der „Polyuser-Klasse“ im Vergleich zu der unauffälligen Klasse höher ist. Unter der Kontrolle des Alters und belastender Kindheitserfahrungen findet sich diese Assoziation allerdings nicht mehr, sodass davon auszugehen ist, dass kein direkter Zusammenhang zwischen Alkohol- beziehungsweise sonstigem Drogenkonsum und dem Begehen von Gewaltstraftaten vorliegt. Bei Betrachtung der Statistiken des Bundeskriminalamtes erscheint dies überraschend, da im Jahr 2023 bei Gewaltstraftaten wie Totschlag 25.6%, bei Körperverletzung 20.9% und bei Mord 13.4% der Täter unter Alkoholeinfluss standen (PKS 2023, 2024).

Auch Lundholm et al. konnten bei ihrer Untersuchung von Straftätern kurz nach Begehung der jeweiligen Gewaltstraftat sogar bei fast der Hälfte aller Probanden einen Alkoholkonsum im 24-stündigen Zeitraum vor der Tat nachweisen. Darüber hinaus untersuchten sie den Effekt von Alkohol und anderen Drogen und fanden heraus, dass Alkohol von allen Substanzen den größten Einfluss auf die Begehung von Gewaltstraftaten ausübt (Lundholm et al., 2013). Beim Vergleich der Daten von Lundholm et al. mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit sollte allerdings berücksichtigt werden, dass die den Alkoholkonsum beschreibenden Variablen in dieser Studie (früher Beginn des Alkoholkonsums, Phasen von täglichem Alkoholkonsum, jemals gestellte und mit Alkohol assoziierte Diagnosen) eher den langfristigen Effekt von Alkoholkonsum abbilden (mit Ausnahme der Variable „Alkoholeinfluss beim Anlassdelikt“). Lundholm et al. bezogen sich jedoch lediglich auf den kurzfristigen Effekt von Alkohol. In einer Studie von Lennings et al. wurde der Fokus wiederum auf die Häufigkeit des Alkoholkonsums gelegt, wobei ein häufiger Konsum von Alkohol ebenfalls die Wahrscheinlichkeit für Gewaltstraftaten erhöhte (Lennings et al., 2003). Das Durchschnittsalter der Probanden betrug allerdings 16.5 Jahre und liegt somit deutlich unter dem Altersdurchschnitt der Probanden dieser Studie (35.7 Jahre). Dies könnte einen Grund für die Unterschiedlichkeit der Ergebnisse darstellen, da laut den Berechnungen dieser Studie ein niedrigeres Alter mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für maladaptive Verhaltensweisen (wie das Begehen von Gewaltstraftaten) einhergeht. Die Inkonsistenz zu den Ergebnissen von Håkansson und Jesionowska, die eine Assoziation zwischen „Binge Drinking“ und Gewaltstraftaten gefunden haben (Håkansson & Jesionowska, 2018), könnte wiederum damit zusammenhängen, dass die Anzahl der Getränke pro Trinkgelegenheit (und somit das „Binge Drinking“) in der vorliegenden Arbeit nicht erfasst wurde.

Des Weiteren stellte sich heraus, dass belastende Kindheitserfahrungen im Zusammenhang mit dem Begehen von Gewaltstraftaten standen. Obwohl auch hier berücksichtigt

werden muss, dass die Stichprobe bei Fox et al. aus jugendlichen Straftätern besteht (und somit ein deutlich niedrigeres Durchschnittsalter als bei dieser Studie vorlag), können die Ergebnisse aus deren Studie vergleichend hinzugezogen werden, da diese eine deutlich höhere Anzahl an belastenden Kindheitserfahrungen bei Probanden, die bereits des Öfteren schwere Gewaltstraftaten begangen haben, zeigten (Fox et al., 2015). Ebenfalls die Ergebnisse dieser Arbeit unterstützend, fanden Reavis et al. auch bei erwachsenen Straftätern, die Gewaltstraftaten (im häuslichen Umfeld) begangen haben, deutlich mehr belastende Kindheitserfahrungen als bei einer nicht-kriminellen Vergleichsgruppe (Reavis et al., 2013).

Was die Rückfälligkeit von Gewaltstraftaten betrifft, lässt sich feststellen, dass unter Einbeziehung der Kontrollvariablen lediglich die Probanden der „Alkohol-Klasse“ eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für die Rückfälligkeit von Gewaltdelinquenz aufwiesen. Aufgrund der Tatsache, dass kein Zusammenhang zwischen der „Drogen-Klasse“ und Rückfälligkeit sowie der „Polyuser-Klasse“ und Rückfälligkeit gefunden wurde, liegt die Vermutung nahe, dass der Konsum von Alkohol spezifisch mit zukünftiger Gewaltdelinquenz verbunden ist. Auch White et al., die den Einfluss von Alkoholkonsum in verschiedenen Lebensphasen von Straftätern untersucht haben, stellten einen Zusammenhang zwischen dem Trinken von Alkohol in der Adoleszenz und einem erhöhten Risiko für die Rückfälligkeit bezüglich Gewaltstraftaten fest (White et al., 2012). Ein Alkoholkonsum im frühen Erwachsenenalter war allerdings nicht mit gewalttätigen Rückfällen assoziiert, was White et al. damit erklären, dass auch die nicht-gewalttätigen Probanden aus ihrer Stichprobe im jungen Erwachsenenalter ihren Alkoholkonsum erhöht haben und es sich somit eher um ein normatives Verhalten handelt. Obwohl in dieser Studie der Alkoholkonsum der Probanden im Gegensatz zu der Studie von White et al. nicht in verschiedenen Lebensphasen erfasst worden ist, wurde dennoch die Relevanz von besonders früh beginnendem Alkoholkonsum durch die Variable „Beginn des Alkoholkonsums vor dem 15. Lebensjahr“ in die Messung des Alkoholkonsummusters der Probanden integriert. Des Weiteren deckt sich das gefundene Ergebnis mit den Erkenntnissen aus einer Studie von Karlsson und Håkansson, die Alkohol im Vergleich mit anderen Drogen als den größten Prädiktor für Rückfälle bei Gewaltkriminalität ermittelte (Karlsson & Håkansson, 2022). Mit den Ergebnissen der Metaanalyse von Dowden und Brown stimmt es allerdings nur teilweise überein. Denn diese zeigte zwar ebenfalls einen (wenn auch nur milden) Zusammenhang zwischen Alkohol und gewalttätiger Rückfälligkeit, jedoch konnte in der vorliegenden Arbeit im Vergleich zu deren Studie kein Einfluss von

sonstigem Drogenkonsum auf die Rückfälligkeit von Gewaltstraftaten festgestellt werden. Dabei sollte beachtet werden, dass Dowden und Brown aufgrund der Tatsache, dass ihnen nicht besonders viele Studien zur Rückfälligkeit speziell von Gewaltdelinquenz zur Verfügung standen und diese somit nur circa 20% aller involvierten Studien der Metaanalyse ausmachten (der Rest untersuchte die Folgen für die generelle Rückfälligkeit), darauf hinwiesen, dass die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren sind (Dowden & Brown, 2002).

Ein weiterer Unterschied der Ergebnisse ergab sich im Vergleich mit einer ergänzenden Studie von White et al., in der man diesmal die älteste Kohorte derselben Stichprobe betrachtete und neben Alkoholkonsum auch sonstigen Drogenkonsum miteinbezog (White et al., 2015). Dabei zeigte sich eine starke Verbindung von Drogenkonsum (vor allem von „harten“ Drogen) mit gewalttätiger Rückfälligkeit, während mit Alkoholkonsum keine Beziehung vorlag. Das Fehlen eines Zusammenhangs zwischen Alkohol und gewalttätiger Rückfälligkeit könnte laut White et al. unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass die Erfassung der Alkoholkonsummuster zwar über ein ganzes Jahr hinweg gemessen wurde, jedoch nicht speziell im zeitlichen Zusammenhang mit der begangenen Straftat stand. In dieser Studie wurde dies in Form der Variable „Alkoholeinfluss während des Anlassdeliktes“ miteingeschlossen, sodass es sich dabei um einen der Gründe für die unterschiedlichen Ergebnisse handeln könnte. Zudem bezogen White et al. die Informationen über die Gewaltstraftaten der Probanden aus deren Selbstberichten, während sich die Daten dieser Studie auf die Auszüge der jeweiligen Personen im Bundeszentralregister stützen. Dadurch kann es zwar zum einen sein, dass manche Delikte, die beispielsweise nie zur Anzeige kamen und deshalb nicht im Bundeszentralregister gelistet sind, in den Berechnungen dieser Studie nicht berücksichtigt wurden. Zum anderen ist diese Methode jedoch weniger von den Aussagen der Probanden abhängig und somit auch weniger durch deren mögliche Subjektivität gefärbt. Eine weitere Erklärung der unterschiedlichen Ergebnissen könnte darin liegen, dass die drogenkonsumierenden Probanden dieser Studie eher erfolgreich bezüglich ihrer Substanzkonsumstörung behandelt wurden und es deshalb nicht wieder zur Rückfälligkeit kam. Dies könnte auch einen der Gründe darstellen, warum in der vorliegenden Arbeit im Vergleich zu den LCAs von Schmitter et al. (Schmitter et al., 2021) sowie Green et al. (Green et al., 2023) keine Assoziation zwischen der „Polyuser-Klasse“ und häufigeren Rückfällen von Gewaltstraftaten gefunden werden konnte. Außerdem bezogen beide Autoren im Gegensatz zu dieser Studie zusätzlich zum Substanzkonsum andere Variablen mit ein, um die Klassen zu ermitteln. So zeigte die Klasse in der LCA von Schmitter et al., welche die

höchste gewalttätige Rückfälligkeit aufwies, neben Polysubstanzkonsum auch am häufigsten Persönlichkeitsstörungen. Diese waren vor allem vom antisozialen und paranoiden Typ (Schmitter et al., 2021). Vor allem die antisoziale Persönlichkeitsstörung ist wiederum mit gewalttätigen Rückfällen assoziiert (Tikkanen et al., 2009). Dies könnte erklären, warum in deren Studie ein Zusammenhang zwischen der Klasse, in der am meisten Polysubstanzkonsum stattfand, gefunden wurde und in der vorliegenden Arbeit nicht. In der LCA von Green et al. fand man in der Klasse mit dem höchsten Rückfallrisiko von Gewaltstraftaten neben Polysubstanzkonsum eine hohe Wahrscheinlichkeit für Psychosen (Green et al., 2023), sodass dies ebenfalls einen Einfluss gehabt haben könnte.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass der gefundene Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und gewalttätiger Rückfälligkeit wertvolle Erkenntnisse liefert, da sich daraus schließen lässt, dass eine rechtzeitige und adäquate Therapie von Alkoholkonsumstörungen zukünftige Straftaten verhindern und somit die Gesellschaft vor negativen Konsequenzen schützen kann.

In diesem Zusammenhang scheint es jedoch verwunderlich, dass zwar ein Einfluss von Alkoholkonsum auf die Rückfälligkeit von Gewaltstraftaten, nicht jedoch auf die körperliche Aggression festgestellt wurde. Dies könnte unter anderem dadurch zu erklären sein, dass sich die Methodik der Erhebung beider Variablen voneinander unterschied. Während die Rückfälligkeit von Gewaltstraftaten durch Einträge aus dem Bundeszentralregister ermittelt wurde und somit als relativ objektiv erachtet werden kann, stammen die Daten zur körperlichen Aggression der Probanden aus deren Selbstberichten. Deshalb ist davon auszugehen, dass die Angaben der Probanden zu ihrer Aggression durch sozial erwünschtes Antwortverhalten oder auch Wahrnehmungsverzerrungen beeinflusst sein könnten und somit die körperliche Aggressivität von manchen Probanden unterschätzt wurde. Außerdem könnte die selbstberichtete körperliche Aggression stärker von Persönlichkeitseigenschaften oder sozialen Faktoren geprägt sein als die Rückfälligkeit von Gewaltstraftaten, sodass sich nur bei der Rückfälligkeit ein Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum zeigte.

Darüber hinaus zeigten die Analysen bezüglich zukünftiger Gewaltdelinquenz, dass sowohl psychiatrische Komorbiditäten als auch belastende Kindheitserfahrungen ebenfalls einen signifikanten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit für gewalttätige Rückfälligkeit haben. Diese Ergebnisse stimmen mit denen von Tikkanen et al. überein, die, wie bereits erwähnt, herausfanden, dass psychiatrische Erkrankungen wie eine antisoziale Persönlichkeitsstörung oder auch eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ das Risiko für eine Rückfälligkeit von Gewaltstraftaten deutlich erhöhten (Tikkanen et al., 2009). Auch bei Probanden, die Totschlag oder versuchten Totschlag

begangen haben, zeigte sich eine antisoziale Persönlichkeitsstörung als Prädiktor für gewalttätige Rückfälligkeit (Dejong et al., 1992). Belastende Kindheitserfahrungen hatten sogar noch einen stärkeren Effekt auf zukünftige Gewaltdelinquenz, in dem sie das Risiko dafür um das Vierfache erhöhten (Tikkanen et al., 2009).

4.3.1 Zusammenfassung der wichtigsten prädiktiven Zusammenhänge

Es lässt sich festhalten, dass sowohl frühe Verhaltensauffälligkeiten als auch die selbstberichtete Neigung zu körperlicher Aggression zwar von Alkoholkonsum beeinflusst wurden, aber nicht unabhängig von sonstigem Drogenkonsum waren. Ein gleichzeitiger Konsum von Alkohol und anderen Drogen (Polysubstanzkonsum) erhöhte wiederum die Wahrscheinlichkeit für körperliche Aggression und frühe Verhaltensauffälligkeiten. Die Rückfälligkeit bezüglich Gewaltstraftaten schien hingegen spezifisch mit dem Konsum von Alkohol zusammenzuhängen, nicht jedoch mit Polysubstanzkonsum. Was bisherige Gewaltdelinquenz angeht, ergaben sich keine Assoziationen mit einer bestimmten Gruppe.

Des Weiteren stand ein niedrigeres Alter im Zusammenhang mit ungünstigeren Outcomes wie dem Zeigen von mehr Verhaltensauffälligkeiten in der Kindheit und Jugend sowie einer höheren Wahrscheinlichkeit für das Begehen von Gewaltstraftaten und für körperliche Aggression. Gemeinsam mit dem Ergebnis, dass das Alter negativ mit der Zuordnung zur „Polyuser-Klasse“ und zur „Drogen-Klasse“ zusammenhängt, unterstreicht dies, wie wichtig es gerade bei jungen, straffällig gewordenen Menschen ist, in einem ärztlichen oder psychologischen Setting den Substanzkonsum sowie die Neigung zu Aggression und gewalttätigem Verhalten sorgfältig zu erfragen, um gegebenenfalls ein erhöhtes Risiko für maladaptive Outcomes erkennen und rechtzeitig eine entsprechende Therapie einleiten zu können.

Die Summe belastender Kindheitserfahrungen hing außerdem mit frühen Verhaltensauffälligkeiten sowie bisheriger und zukünftiger Gewaltdelinquenz zusammen, wohingegen keine Assoziation mit selbstberichteter Aggressivität vorliegt. Die Tatsache, dass ein Zusammenhang mit bisherigen und zukünftigen Gewaltstraftaten, nicht jedoch mit körperlicher Aggression gefunden wurde, könnte auch hier unter anderem daran liegen, dass die Angaben zur Aggression im Gegensatz zu denen zur Gewaltdelinquenz von den Probanden selbst stammen und somit von Subjektivität oder erwünschtem Antwortver-

halten gefärbt sein könnten. Darüber hinaus hatte der elterliche Alkohol- und Drogenkonsum keinen direkten Einfluss auf die Outcome-Variablen, während psychiatrische Komorbiditäten jedoch mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für die Rückfälligkeit bezüglich Gewaltstraftaten zusammenhängen.

4.4 Stärken und Limitierungen dieser Studie

Bei der vorliegenden Stichprobe handelt es sich für forensisch-psychiatrische Maßstäbe mit $n = 325$ um eine recht große und bezogen auf das Alter der Probanden sowie die Bandbreite an begangenen Straftaten um eine relativ heterogene Stichprobe. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass ausschließlich männliche Straftäter in die Studie miteinbezogen wurden und diese nur an einem einzigen Institut in Deutschland begutachtet worden waren, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränkt. Des Weiteren muss davon ausgegangen werden, dass manche Angaben der Probanden (zum Beispiel über deren Substanzkonsum) aus „strategischen“ Gründen, die auf eine positivere Darstellung der eigenen Person im Gutachten abzielen, nicht vollständig der Wahrheit entsprechen (Groh et al., 2009; Latkin et al., 2017). Außerdem könnten Schamgefühle sowie die Intimität des Erlebten bei einem Thema wie beispielsweise belastenden Kindheitserfahrungen ebenfalls zu einer Verzerrung der Antworten geführt haben (Hardt & Rutter, 2004). Eine weitere Einschränkung stellen fehlende Angaben bei der Erhebung zweier Variablen des Substanzkonsums dar: Bei 50.8% der Probanden lagen keine Daten über deren Alter beim erstmaligen Alkoholkonsum vor und bei 38.2% fehlte das Alter beim erstmaligen Konsum von sonstigen Drogen. Dies könnte die Berechnungen beeinflusst haben, da solch ein früher Beginn mit dem Substanzkonsum (vor allem Drogenkonsum) ein hohes Ausmaß an deviantem Verhalten ausdrückt und es deshalb nahe liegt, dass besonders ungünstige Verhaltensweisen daraus resultieren. In Bezug auf die Berechnungen zur Rückfälligkeit muss außerdem erwähnt werden, dass der Zeitraum zwischen der Gutachtenserstellung und dem Registerauszug bei den einzelnen Probanden jeweils unterschiedlich lang ist, wodurch sich dieser in einer Spanne von 2.38 Jahren bis 14.63 Jahren bewegt ($M = 8.72$ Jahre). Deshalb ist nicht auszuschließen, dass beispielsweise ein Proband, dessen Beobachtungszeitraum nur 3 Jahre betrug, kurz darauf wieder rückfällig geworden ist. Dies wäre in den Daten dann nicht erfasst worden. Des Weiteren waren für zwei Personen keine Bundeszentralregister-Auszüge verfügbar, sodass die Analysen zur Rückfälligkeit nur auf 323 Probanden und nicht auf

der gesamten Stichprobe ($n = 325$) beruhen.

Eine Stärke ergibt sich hingegen aus dem verwendeten Kodierungssystem, welches sich bereits in früheren forensisch-psychiatrischen Arbeiten bewährt hat (Barra et al. 2017a, 2017b; Barra & Thönnies, 2020) und der Tatsache, dass die Begutachtungen der Probanden von forensisch geschulten und erfahrenen Psychologen und Psychiatern durchgeführt wurden. Dies sowie die Interrater-Reliabilitäten und andere statistische Werte sprechen für eine hohe Qualität der erhobenen Daten.

4.5 Fazit und Ausblick

Im Rahmen dieser Arbeit gelang es zunächst, die Stichprobe von 325 männlichen Straftätern anhand ihrer Alkohol- und Drogenkonsummuster in vier separate Klassen zu unterteilen. Es ergab sich eine Klasse mit auffälligem Alkoholkonsum („Alkohol-Klasse“), eine mit auffälligem sonstigen Drogenkonsum („Drogen-Klasse“), eine mit sowohl auffälligem Alkohol- als auch auffälligem sonstigen Drogenkonsum („Polyuser-Klasse“) und eine mit unauffälligen Konsummuster. Somit bestätigte sich unsere Hypothese, eine Klasse mit unauffälligem Substanzkonsum, eine Klasse mit Polysubstanzkonsum und eine Klasse mit hauptsächlichem Alkoholkonsum zu finden. Durch die Anzahl der Probanden in den Klassen zeigte sich zudem, dass fast die Hälfte aller Alkohol konsumierenden Straftäter (44.2%) auch andere Drogen konsumierte. Die Tatsache, dass dieser hohe Anteil an gleichzeitigem Alkohol- und sonstigem Drogenkonsum auch mit den Ergebnissen aus anderen forensischen Stichproben übereinstimmt, verdeutlicht die Wichtigkeit der Untersuchung des Einflusses von gleichzeitigem Alkohol- und sonstigem Drogenkonsum (Polysubstanzkonsum) auf maladaptive Verhaltensweisen. Daher wurde durch diese Studie die Hypothese untersucht, dass ein Polysubstanzkonsum mit allen erhobenen Outcome-Variablen zusammenhängen wird. Es zeigte sich, dass er die Wahrscheinlichkeit für Verhaltensauffälligkeiten in der Kindheit und Jugend sowie für körperliche Aggression, nicht jedoch die Wahrscheinlichkeit für Gewaltdelinquenz und Rückfälligkeit bezüglich Gewaltdelinquenz erhöhte. Somit hat sich die aufgestellte Hypothese nicht bestätigt.

Ein weiterer Fokus dieser Arbeit lag auf dem Einfluss von alleinigem Alkoholkonsum auf körperliche Aggression, Gewaltdelinquenz und Rückfälligkeit von Gewaltstraftaten, so dass auf Basis der bisherigen Literatur die Hypothese überprüft werden sollte, dass der

Konsum von Alkohol spezifisch mit Gewaltstraftaten und der Rückfälligkeit dieser zusammenhängt. Die Hypothese bestätigte sich nur teilweise, da der Konsum von Alkohol zwar ein erhöhtes Risiko für die Rückfälligkeit von Gewaltstraftaten mit sich brachte, jedoch nicht das Risiko für bisherige Gewaltstraftaten erhöhte. Daraus ergibt sich, dass bei Straftätern, die einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen, das frühzeitige Erkennen und Einleiten einer Therapie Gewaltstraftaten in der Zukunft verhindern könnte (auch dann, wenn zuvor keine unmittelbaren Zusammenhänge von Alkoholkonsum und bisherigen Gewaltverbrechen nachweisbar waren). Aufgrund der Wichtigkeit dieses Zusammenhangs für die Sicherheit der Gesellschaft und aufgrund der Tatsache, dass die Studienlage zum Einfluss von Alkoholkonsum spezifisch auf die Rückfälligkeit von Gewaltstraftaten noch recht dünn ist, erscheint die Durchführung von weiteren Studien in diesem Gebiet in der Zukunft sinnvoll.

Neben der Klärung der Haupthypothesen wurden außerdem weitere Zusammenhänge, die wichtige Erkenntnisse über den Alkohol- und sonstigen Drogenkonsum bei Straftätern liefern, gefunden. So konnte festgestellt werden, dass ein jüngeres Alter der Probanden die Wahrscheinlichkeit für die Zugehörigkeit zur „Polyuser-Klasse“ und „Drogen-Klasse“ erhöhte. Daraus lässt sich ableiten, dass gerade bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die strafrechtlich in Erscheinung getreten sind, eine besonders sorgfältige Suchtmittelanamnese durchgeführt werden sollte, um riskante Alkohol- oder sonstige Drogenkonsummuster gegebenenfalls rechtzeitig erkennen und behandeln zu können. Im Gegensatz dazu wiesen belastende Kindheitserfahrungen keinen Zusammenhang mit einer auffälligen Konsumklasse auf, sodass hier aufgrund der Diskrepanz zu anderen Ergebnissen in der Literatur der Einfluss von zwischengeschalteten Prozessen wie zum Beispiel die Entwicklung von affektiven Störungen, Angststörungen oder Verhaltensstörungen von Bedeutung sein könnte. Während belastende Kindheitserfahrungen in dieser Studie nicht mit einem auffälligen Substanzkonsum assoziiert waren, bestätigte sich jedoch die Hypothese, dass sie die Wahrscheinlichkeit für das Begehen von bisherigen und auch zukünftigen Gewaltstraftaten erhöhen. Somit würde eine Vermeidung von belastenden Kindheitserfahrungen zur Prävention von Gewaltdelinquenz beitragen, was die Wichtigkeit von Institutionen wie Jugendämtern und Angeboten wie Erziehungsberatung, Elternkursen, psychosozialer Unterstützung und speziellen Förderprogrammen unterstreicht. Ein Beispiel für ein solches Förderprogramm, welches es bereits seit den 2000er Jahren in Deutschland gibt, ist das Programm „Starke Eltern - Starke Kinder“, bei dem Elternkurse zu Stärkung des Selbstvertrauens der Eltern, zur Förderung einer positiven Kommunikation innerhalb der Familie und zur Prävention von physischer und

psychischer Gewalt durchgeführt werden. Dabei zeigten Eltern, die an dem Programm teilgenommen hatten, weniger entwicklungshemmende Verhaltensweisen wie zum Beispiel Bestrafungen oder Beschimpfungen und stattdessen mehr entwicklungsfördernde Verhaltensweisen wie Lob oder Einbeziehung der Kinder in Entscheidungen (Tschöpe-Scheffler, 2004).

Des Weiteren zeigte sich, dass elterlicher Alkoholkonsum am ehesten die Zugehörigkeit zur „Polyuser-Klasse“ voraussagt. Somit ist davon auszugehen, dass ein übermäßiger Alkoholkonsum der Eltern das Risiko für deren Kinder, in Zukunft ebenfalls Suchtmittel zu konsumieren, deutlich steigert und daher unbedingt vermieden werden sollte. Um Eltern auf diese Gefahr aufmerksam zu machen, könnten in Zukunft vermehrt Präventivmaßnahmen in Form von Aufklärungsprogrammen über die schwerwiegenden Folgen von übermäßigem elterlichen Alkoholkonsum auf das Alkohol- und sonstige Drogenkonsummuster der Kinder sowie über alle weiteren Probleme, die der Konsum mit sich bringt, durchgeführt werden. Ein solches Präventionsprogramm, das bereits existiert, ist das „Trampolin“-Programm (Moesgen et al., 2012), welches seit mehr als zehn Jahren in Deutschland und Österreich durchgeführt wird und bereits positive Effekte der teilnehmenden Kinder im Umgang mit den suchterkrankten Elternteilen gezeigt hat (Klein & Moesgen, 2015).

Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass psychiatrische Komorbiditäten am häufigsten in der „Polyuser-Klasse“ vorzufinden waren, sodass ein frühes Erkennen und Behandeln von Substanzkonsumstörungen auch das Auftreten von anderen psychischen Erkrankungen (wie beispielsweise affektive Störungen oder Angststörungen) vermindern könnte.

5 Literaturverzeichnis

- Adger, H., Donald, M., & Macdonald, I. (1999). Children of substance abusers: Overview of research findings. *Pediatrics*, 103, 1085–1099.
- Agnew, R. (1992). Foundation for a general strain theory of crime and delinquency. *Criminology*, 30(1), 47–88.
- Agrawal, A., & Lynskey, M. T. (2008). Are there genetic influences on addiction: evidence from family, adoption and twin studies. *Addiction*, 103(7), 1069–1081.
- Akaike, H. (1974). A new look at the statistical model identification. *IEEE Transactions on Automatic Control*, 19(6), 716–723.
- Alati, R., Al Mamun, A., & Williams, G. M. (2006). In utero alcohol exposure and prediction of alcohol disorders in early adulthood: a birth cohort study. *Archives of General Psychiatry*, 63(9), 1009–1016.
- Anda, R. F., Whitfield, C. L., & Felitti, V. J. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services*, 53(8), 1001–1009.
- Baer, J. S., Sampson, P. D., & Barr, H. M. (2003). A 21-year longitudinal analysis of the effects of prenatal alcohol exposure on young adult drinking. *Archives of General Psychiatry*, 60(4), 377–385.
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social Learning Theory*. Prentice Hall.
- Barra, S., Bessler, C., & Landolt, M. A. (2017a). Patterns of adverse childhood experiences in juveniles who sexually offended. *Sexual Abuse*, 30(7), 803–827.
- Barra, S., Bessler, C., & Landolt, M. A. (2017b). Type and timing of maltreatment influence criminal persistence in sexually abusive adolescents. *Law and Human Behavior*, 41(6), 556–566.
- Barra, S., Fittipaldi, D., & Retz-Junginger, P. (2025a). Borderline personality disorder and antisocial traits in justice-involved males: Associations with aggression, violent crime, and adverse childhood experiences. *Psychiatry Research*, 348, 116427.
- Barra, S., Machalica, P. K., & Retz-Junginger, P. (2025b). Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) dimensions mediate the relationship between adverse childhood experiences and adult aggression depending on cognitive reappraisal. *Scientific Reports*, 15(1), 1–11.
- Barra, S., & Thönnies, E. (2020). *Strukturiertes Kodierungssystem für Forensische Gutachten (SKFG)*.
- Batra, A., Müller, C. A., & Mann, K. (2016). Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch von Alkohol: Diagnostik und Behandlungsoptionen. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113(17), 301–310.
- Beck, A., & Heinz, A. (2013). Alcohol-related aggression - social and neurobiological factors. *Deutsches Ärzteblatt International*, 110(42), 711.
- Bessler, C., Stiefel, D., & Barra, S. (2018). Psychische Störungen und kriminelle Rückfälle bei männlichen jugendlichen Gefängnisinsassen. *Zeitschrift Für Kinder- Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, 47(1), 73–88.
- Black, N., Noghrehchi, F., & Yuen, W. S. (2024). Transitions to polysubstance use: Prospective cohort study of adolescents in Australia. *Addiction*, 119(6), 1100–1110.

- Blanz, M. (2021). *Forschungsmethoden und Statistik für die Soziale Arbeit: Grundlagen und Anwendungen*. Kohlhammer. <https://shop.kohlhammer.de/forschungsmethoden-und-statistik-fur-die-soziale-arbeit-39818.html#147=20>
- Bogaerts, S., Spreen, M., & ter Horst, P. (2017). Predictive validity of the HKT-R risk assessment tool: Two and 5-year violent recidivism in a nationwide sample of dutch forensic psychiatric patients. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(8), 2259–2270.
- Bohman, M., Sigvardsson, S., & Cloninger, C. R. (1981). Maternal inheritance of alcohol abuse: Cross-fostering analysis of adopted women. *Archives of General Psychiatry*, 38(9), 965–969.
- Bonfiglio, N. S., Portoghese, I., & Renati, R. (2022). Polysubstance use patterns among outpatients undergoing substance use disorder treatment: A latent class analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16759.
- Bonta, J., Law, M., & Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 123(2), 123–142.
- Bundeszentralregister. (n.d.). *BfJ - Bundeszentralregister*. https://www.bundesjustizamt.de/DE/Themen/ZentraleRegister/Bundeszentralregister/Bundeszentralregister_node.html
- Burhoff, D. (2023). *Die Neuregelung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt*. Anwaltspraxis Magazin. <https://anwaltspraxis-magazin.de/fachbeitraege/strafrecht/2023/07/27/die-neuregelung-der-unterbringung-in-einer-entziehungsanstalt/>
- Burke, N. J., Hellman, J. L., & Scott, B. G. (2011). The impact of adverse childhood experiences on an urban pediatric population. *Child Abuse & Neglect*, 35(6), 408–413.
- Buss, A., & Warren, W. (2000). *Aggression questionnaire: Manual*. Western Psychological Services.
- Bußgeldkatalog. (2025). *Unzurechnungsfähigkeit bei Alkohol: Schutz vor Strafe?* <https://www.bussgeldkatalog.net/unzurechnungsfaeigkeit/>
- BZgA. (2019). *Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland (BZgA-Forschungsbericht)*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. https://www.bioeg.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/Alkoholsurvey_2018_Alkohol-Bericht.pdf
- Caspi, A., McCray, J., & Moffitt, T. E. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297(5582), 851–854.
- Celeux, G., & Soromenho, G. (1996). An entropy criterion for assessing the number of clusters in a mixture model. *Journal of Classification*, 13(2), 195–212.
- Chapple, C. L., Hope, T. L., & Whiteford, S. W. (2005). The direct and indirect effects of parental bonds, parental drug use, and self-control on adolescent substance use. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 14(3), 17–38.
- Chassin, L., Pillow, D. R., & Curran, P. J. (1993). Relation of parental alcoholism to early adolescent substance use: a test of three mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), 3–19.
- Cheong, J., & Nagoshi, C. T. (1999). Effects of sensation seeking, instruction set, and alcohol/placebo administration on aggressive behavior. *Alcohol*, 17(1), 81–86.

- Chermack, S. T., & Taylor, S. P. (2015). Alcohol and human physical aggression: Pharmacological versus expectancy effects. *Journal of Studies on Alcohol*, 56(4), 449–456.
- Cloninger, C. R., Bohman, M., & Sigvardsson, S. (1985). Psychopathology in adopted-out children of alcoholics: The Stockholm adoption study. *Recent Developments in Alcoholism: An Official Publication of the American Medical Society on Alcoholism, the Research Society on Alcoholism, and the National Council on Alcoholism*, 3, 37–51.
- Coccaro, E. F., Berman, M. E., & Kavoussi, R. J. (1997). Assessment of life history of aggression: Development and psychometric characteristics. *Psychiatry Research*, 73(3), 147–157.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.
- De Bock, F., & Koch-Gromus, U. (2021). Lernen für die Prävention: Alkoholkonsum aus verschiedenen Perspektiven und in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen und Settings. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 64(6), 643.
- De Jonge, M. C., Bukman, A. J., & van Leeuwen, L. (2022). Latent classes of substance use in young adults - a systematic review. *Substance Use & Misuse*, 57(5), 769–785.
- Dejong, J., Virkkunen, M., & Linnoila, M. (1992). Factors associated with recidivism in a criminal population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(9), 543–550.
- Dermen, K. H., & George, W. H. (2012). Alcohol expectancy and the relationship between drinking and physical aggression. *The Journal of Psychology*, 123(2), 153–161.
- DGPPN. (2021). *Neuregelung des §64 StGB aus psychiatrischer Sicht*. <https://www.dgppn.de/schwerpunkte/aktuelle-positionen-1/aktuelle-positionen-2021/Neuregelung-64-StGB.html>
- DHS. (2024). *DHS Jahrbuch Sucht 2024*. <https://www.dhs.de/service/presse/pressemeldungen/meldung/dhs-jahrbuch-sucht-2024-ist-ab-sofort-online-verfuegbar>
- Douglas, K. R., Chan, G., & Gelernter, J. (2010). Adverse childhood events as risk factors for substance dependence: Partial mediation by mood and anxiety disorders. *Addictive Behaviors*, 35(1), 7–13.
- Douglas, K. S., & Webster, C. D. (1999). The HCR-20 violence risk assessment scheme. *Criminal Justice and Behavior*, 26(1), 3–19.
- Dowden, C., & Brown, S. L. (2002). The role of substance abuse factors in predicting recidivism: A meta-analysis. *Psychology, Crime & Law*, 8(3), 243–264.
- Dube, S. R., Anda, R. F., & Felitti, V. J. (2002). Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive Behaviors*, 27(5), 713–725.
- Duko, B., Pereira, G., & Betts, K. (2020). Associations of prenatal alcohol exposure and offspring harmful alcohol use: Findings from the Raine study. *Drug and Alcohol Dependence*, 217.
- Duko, B., Pereira, G., & Tait, R. J. (2022). Prenatal alcohol exposure and offspring subsequent alcohol use: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 232.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *New Series*, 196(4286), 129–136.

- Eriksson, L., Bryant, S., & McPhedran, S. (2021). Alcohol and drug problems among Australian homicide offenders. *Addiction*, 116(3), 618–631.
- EUDA. (2019). *Espad: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. <https://europa.eu/!Xy37DU>
- Eurostat. (2021). *One In Twelve Adults In The EU Consumes Alcohol Every Day*. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20210806-1>
- Evans-Polce, R., Lanza, S., & Maggs, J. (2016). Heterogeneity of alcohol, tobacco, and other substance use behaviors in U.S. college students: A latent class analysis. *Addictive Behaviors*, 53, 80–85.
- Falkai, P., Laux, G., & Deister, A. (2022). *Duale Reihe: Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Georg Thieme Verlag KG.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., & Nordenberg, D. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.
- Fergusson, D. M., & Lynskey, M. T. (1998). Conduct problems in childhood and psychosocial outcomes in young adulthood: A prospective study. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 6(1).
- Finkel, E. J. (2014). The I3 model: Metatheory, theory, and evidence. *Advances in Experimental Social Psychology*, 49, 1–104.
- Finkel, E. J., DeWall, C. N., & Slotter, E. B. (2012). Using I3 theory to clarify when dispositional aggressiveness predicts intimate partner violence perpetration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(3), 533–549.
- Finkel, E. J., & Hall, A. N. (2018). The I3 Model: a metatheoretical framework for understanding aggression. *Current Opinion in Psychology*, 19, 125–130.
- Fleiss, J. L., Levin, B., & Cho Paik, M. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*. John Wiley & Sons, Inc.
- Fox, B. H., Perez, N., & Cass, E. (2015). Trauma changes everything: Examining the relationship between adverse childhood experiences and serious, violent and chronic juvenile offenders. *Child Abuse & Neglect*, 46, 163–173.
- Fydrich, T., Renneberg, B., & Schmitz, B. (1997). *SKID II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Interviewheft. Eine deutschsprachige, erw. Bearb. d. amerikanischen Originalversion d. SKID-II von: M.B. First, R.L. Spitzer, M. Gibbon, J.B.W. Williams, L. Benja*. Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Giancola, P. R. (2003). The moderating effects of dispositional empathy on alcohol-related aggression in men and women. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(2), 275–281.
- Goddard, T., & Pooley, J. A. (2019). The impact of childhood abuse on adult male prisoners: a systematic review. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 34(2), 215–230.
- Godlaski, A. J., & Giancola, P. R. (2009). Executive functioning, irritability, and alcohol-related aggression. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(3), 391–403.
- Goldschmidt, L., Richardson, G. A., & De Genna, N. M. (2019). Prenatal alcohol exposure and offspring alcohol use and misuse at 22 years of age: A prospective longitudinal study. *Neurotoxicology and Teratology*, 71, 1.

- Goodwin, D. W., Schulsinger, F., & Hermansen, L. (1973). Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents. *Archives of General Psychiatry*, 28(2), 238–243.
- Green, J., Lindqvist Bagge, A. S., & Laporte, N. (2023). A latent class analysis of mental disorders, substance use, and aggressive antisocial behavior among Swedish forensic psychiatric patients. *Comprehensive Psychiatry*, 127, 152428.
- Groh, D. R., Ferrari, J. R., & Jason, L. A. (2009). Self-reports of substance abusers: The relation between social desirability and social network variables. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 4(1–2), 51.
- Håkansson, A., & Jesionowska, V. (2018). Associations between substance use and type of crime in prisoners with substance use problems - a focus on violence and fatal violence. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 9, 1–9.
- Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 260–273.
- Heinz, A., Gül Halil, M., & Gutwinski, S. (2022). ICD-11: Changes in the diagnostic criteria of substance dependence. *Nervenarzt*, 93(1), 51–58.
- Herzberg, P. Y. (2006). Faktorstruktur, Gütekriterien und Konstruktvalidität der deutschen Übersetzung des Aggressionsfragebogens von Buss und Perry. *Zeitschrift Für Differentielle Und Diagnostische Psychologie*, 24(4), 311–323.
- Hornsveld, R. H. J., Muris, P., & Kraaimaat, F. W. (2009). Psychometric properties of the aggression questionnaire in Dutch violent forensic psychiatric patients and secondary vocational students. *Assessment*, 16(2), 181–192.
- Huss, M. (1851). *Alcoholismus Chronicus*. C. E. Fritze.
- IBM Corp. (2021). *IMB SPSS Statistics (Version 28)*. [Computer software].
- ICD-10. (2022). *BfArM - ICD-10-GM Version 2023*.
<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2023/block-f10-f19.htm>
- ICD-11 (deutsche Entwurfsfassung). (2022). *BfArM - ICD-11 in Deutsch - Entwurfsfassung*.
https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html;jsessionid=E1DB2098688D46C625FF2920D0F4208C.intranet671
- IFT-Nord. (2022). *Sachbericht zum Projekt: "Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den Substanz- und Medienkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland."*
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/ACoSuM_Abschlussbericht_bf.pdf
- Isele, D., Teicher, M. H., & Ruf-Leuschner, M. (2014). KERF - ein Instrument zur umfassenden Ermittlung belastender Kindheitserfahrungen. *Zeitschrift Für Klinische Psychologie Und Psychotherapie*, 43(2), 121–130.
- Janković, M., Masthoff, E., & Spreen, M. (2021). A latent class analysis of forensic psychiatric patients in relation to risk and protective factors. *Frontiers in Psychology*, 12, 695354.
- Kahnert, S., Rehm, K., & Klein, M. (2022). *Alkoholatlas Deutschland 2022*. Deutsches Krebsforschungszentrum.
- Karlsson, A., & Håkansson, A. (2022). Crime-specific recidivism in criminal justice clients with substance use - a cohort study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 7623.

- Kessler, R. C., Crum, R. M., & Warner, L. A. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 313–321.
- Klein, M. (2022). *Sucht und Gewalt: Zusammenhänge, Risiken, Prävention*. <https://www.addiction.de/substanzkonsum-sucht-gewalt/>
- Klein, M., & Moesgen, D. (2015). Project trampoline - design and evaluation of a modular prevention program for children from substance-abusing families. *European Journal of Public Health*, 25(3).
- Knopik, V. S., Sparrow, E. P., & Madden, P. A. F. (2005). Contributions of parental alcoholism, prenatal substance exposure, and genetic transmission to child ADHD risk: A female twin study. *Psychological Medicine*, 35(5), 625–635.
- Kranzler, H. R., & Rosenthal, R. N. (2003). Dual diagnosis: Alcoholism and co-morbid psychiatric disorders. *The American Journal on Addictions*, 12(1), 26–40.
- Kumpulainen, K. (2000). Psychiatric symptoms and deviance in early adolescence predict heavy alcohol use 3 years later. *Addiction*, 95(12), 1847–1857.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159.
- Lanza, S. T., Patrick, M. E., & Maggs, J. L. (2010). Latent transition analysis: Benefits of a latent variable approach to modeling transitions in substance use. *Journal of Drug Issues*, 40(1), 93–120.
- Latkin, C. A., Edwards, C., & Davey-Rothwell, M. A. (2017). The relationship between social desirability bias and self-reports of health, substance use, and social network factors among urban substance users in Baltimore, Maryland. *Addictive Behaviors*, 73, 133–136.
- Lennings, C. J., Copeland, J., & Howard, J. (2003). Substance use patterns of young offenders and violent crime. *Aggressive Behavior*, 29(5), 414–422.
- Lo, Y., Mendell, N. R., & Rubin, D. B. (2001). Testing the number of components in a normal mixture. *Biometrika*, 88(3), 767–778.
- Lundholm, L., Haggård, U., & Möller, J. (2013). The triggering effect of alcohol and illicit drugs on violent crime in a remand prison population: A case crossover study. *Drug and Alcohol Dependence*, 129(1–2), 110–115.
- Manthey, J., Kilian, C., & Schomerus, G. (2020). Alkoholkonsum in Deutschland und Europa während der SARS-CoV-2 Pandemie. *SUCHT*, 66(5), 247–258.
- Martin, S. E. (2001). The links between alcohol, crime and the criminal justice system: Explanations, evidence and interventions. *American Journal on Addictions*, 10(2), 136–158.
- Masyn, K. E. (2013). Latent class analysis and finite mixture modeling. *The Oxford Handbook of Quantitative Methods in Psychology: Statistical Analysis*, 2.
- Maxwell, J. P. (2008). Psychometric properties of a Chinese version of the Buss–Warren Aggression Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 44(4), 943–953.
- McLachlan, G., & Peel, D. (2000). *Finite Mixture Models*. John Wiley & Sons, Inc.
- Moesgen, D., Bröning, S., & Ruths, S. (2012). Trampolin - Entwicklung eines Programms für Kinder aus suchtbelasteten Familien. *Sucht*, 58(4), 277–285.

- Muthén, B. O. (2003). Statistical and substantive checking in growth mixture modeling: Comment on Bauer and Curran (2003). *Psychological Methods*, 8(3), 369–377.
- Muthén, B. O. (2008). *What is a good value of entropy?* <http://www.statmodel.com/discussion/messages/13/2562.html?1487458497>.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2014). *Mplus 7.3*. [Computer software].
- Newbury-Birch, D., Harrison, B., & Brown, N. (2009). Sloshed and sentenced: A prevalence study of alcohol use disorders among offenders in the North East of England. *International Journal of Prisoner Health*, 5(4), 201–211.
- NSDUH. (2022). *National Survey of Drug Use and Health (NSDUH) Releases*. <https://www.samhsa.gov/data/release/2021-national-survey-drug-use-and-health-nsduh-releases>
- Nylund-Gibson, K., & Choi, A. Y. (2018). Ten frequently asked questions about latent class analysis. *Translational Issues in Psychological Science*, 4(4), 440–461.
- Nylund, K. L., Asparouhov, T., & Muthén, B. O. (2007). Deciding on the number of classes in latent class analysis and growth mixture modeling: A Monte Carlo simulation study. *Structural Equation Modeling*, 14(4), 535–569.
- Ohannessian, C. M. (2012). Parental problem drinking and adolescent psychosocial adjustment: The mediating role of adolescent-parent communication. *Journal of Research on Adolescence*, 22(3), 498–511.
- Pickens, R. W., Svikis, D. S., & McGue, M. (1991). Heterogeneity in the inheritance of alcoholism: A study of male and female twins. *Archives of General Psychiatry*, 48(1), 19–28.
- Pickens, R. W., Svikis, D. S., & McGue, M. (1995). Common genetic mechanisms in alcohol, drug, and mental disorder comorbidity. *Drug and Alcohol Dependence*, 39(2), 129–138.
- PKS 2023. (2024). *BKA - Polizeiliche Kriminalstatistik 2023*. https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2023/pks2023_node.html
- Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (1999). Genetic and environmental contributions to alcohol abuse and dependence in a population-based sample of male twins. *American Journal of Psychiatry*, 156(1), 34–40.
- Quigley, B. M., & Leonard, K. E. (2006). Alcohol expectancies and intoxicated aggression. *Aggression and Violent Behavior*, 11(5), 484–496.
- Reavis, J. A., Looman, J., & Franco, K. A. (2013). Adverse childhood experiences and adult criminality: How long must we live before we possess our own lives? *The Permanente Journal*, 17(2), 44.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., & Rae, D. S. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. *JAMA*, 264(19), 2511–2518.
- Rempel, E. S., Somers, J. M., & Calvert, J. R. (2015). Diagnosed alcohol dependence and criminal sentencing among British Columbian Aboriginal offenders. *Drug and Alcohol Dependence*, 154, 192–198.
- Richardson, A., & Budd, T. (2003). Young adults, alcohol, crime and disorder. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 13(1), 5–16.

- Rossow, I., Keating, P., & Felix, L. (2016). Does parental drinking influence children's drinking? A systematic review of prospective cohort studies. *Addiction*, 111(2), 204–217.
- Salas-Wright, C. P., Reingle Gonzalez, J. M., & Vaughn, M. G. (2016). Age-related changes in the relationship between alcohol use and violence from early adolescence to young adulthood. *Addictive Behaviors Reports*, 4, 13–17.
- Schalast, N., Mushoff, S., & Demmerling, R. (2023). *Alkoholabhängige Patienten im Maßregelvollzug gemäß §64 StGB*. <https://www.uni-due.de/imperia/md/content/rke-forensik/projekte/projektberichtpar64alkoholpatienten2004.pdf>
- Schmitter, M., Vermunt, J., & Blaauw, E. (2021). Risk classes of patients diagnosed with substance use disorders in Dutch forensic psychiatric centers. *Journal of Forensic Practice*, 23(1), 39–52.
- Schwarz, G. (1978). Estimating the dimension of a model. *The Annals of Statistics*, 6(2), 461–464.
- Schwarz, M., & Stübner, S. (2023). The amendment of section 64 of the German Criminal Code - potential effects on forensic psychiatric hospitals. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 17(4), 421–435.
- Sclove, S. L. (1987). Application of model-selection criteria to some problems in multivariate analysis. *Psychometrika*, 52(3), 333–343.
- Sevincer, T., & Oettingen, G. (2021). *Alkoholmyopie im Dorsch Lexikon der Psychologie*. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/alkoholmyopie>
- Sharmin, S., Kypri, K., & Wadolowski, M. (2019). Parent hazardous drinking and their children's alcohol use in early and mid-adolescence: Prospective cohort study. *European Journal of Public Health*, 29(4), 736–740.
- Spreen, M., Brand, E., & Horst, P. Ter. (2014). Handleiding en methodologische verantwoording HKT-R, historisch, klinische en toekomstige - revisie. *Dr. van Mesdag Kliniek*.
- Statistisches Bundesamt. (2015). *Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte (Maßregelvollzug) - 2013/2014*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Justiz-Rechtspflege/Publikationen/Downloads-Strafverfolgung-Strafvollzug/krankenhaus-massregelvollzug-5243202149005.html>
- Steele, C. M., & Josephs, R. A. (1990). Alcohol myopia. Its prized and dangerous effects. *The American Psychologist*, 45(8), 921–933.
- Steinhoff, A., Bechtiger, L., & Ribeaud, D. (2022). Polysubstance use in early adulthood: Patterns and developmental precursors in an urban cohort. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 15, 797473.
- Stiftung Gesundheitswissen. (2020). *Wie entsteht eine Sucht?* <https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/gesund-es-leben/psyche-wohlbefinden/wie-entsteht-eine-sucht>
- Streissguth, A. P., Bookstein, F. L., & Barr, H. M. (2004). Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25(4).
- Su, J., Kuo, S. I.-C., & Aliev, F. (2018). Influence of parental alcohol dependence symptoms and parenting on adolescent risky drinking and conduct problems: A family systems perspective. *Alcohol Clin Exp Res*. 2018, 42, 1783–1794.

- Teicher, M. H., & Parigger, A. (2015). The 'Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure' (MACE) scale for the retrospective assessment of abuse and neglect during development. *PLOS ONE*, 10(2), e0117423.
- Testa, A., Jackson, D. B., & Ganson, K. T. (2022). Adverse childhood experiences and criminal justice contact in adulthood. *Academic Pediatrics*, 22(6), 972–980.
- Tikkanen, R., Holli, M., & Lindberg, N. (2009). Recidivistic offending and mortality in alcoholic violent offenders: A prospective follow-up study. *Psychiatry Research*, 168(1), 18–25.
- Tomczyk, S., Isensee, B., & Hanewinkel, R. (2016). Latent classes of polysubstance use among adolescents - a systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 160, 12–29.
- Tsang, T. W., Lucas, B. R., & Olson, H. C. (2016). Prenatal alcohol exposure, FASD, and child behavior: A meta-analysis. *Pediatrics*, 137(3).
- Tschöpe-Scheffler, S. (2004). Eine Forschungsstudie zum Elternkurs des Deutschen Kinderschutzbundes e.V. "Starke Eltern - Starke Kinder®." *Gruppendynamik Und Organisationsberatung*, 35(1), 51–66.
- von Schönfeld, C. E., Schneider, F., & Schröder, T. (2006). Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen. *Der Nervenarzt* 2005 77:7, 77(7), 830–841.
- Weller, B. E., Bowen, N. K., & Faubert, S. J. (2020). Latent class analysis: A guide to best practice. *Journal of Black Psychology*, 46(4), 287–311.
- White, H. R., Buckman, J., & Pardini, D. (2015). The association of alcohol and drug use with persistence of violent offending in young adulthood. *Journal of Developmental and Life-Course Criminology*, 1(3), 289–303.
- White, H. R., Fite, P., & Pardini, D. (2013). Moderators of the dynamic link between alcohol use and aggressive behavior among adolescent males. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(2), 211–222.
- White, H. R., Lee, C., & Mun, E. Y. (2012). Developmental patterns of alcohol use in relation to the persistence and desistance of serious violent offending among african american and caucasian young men. *Criminology*, 50(2), 391–426.
- Wittchen, H.-U., Zauding, M., & Frydreich, T. (1997). *SKID. Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II. Handanweisung*. Hogrefe.
- World Health Organization. (2024). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745>
- Wormith, J. S., & McKeague, F. (1996). A mental health survey of community correctional clients in Canada. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 6, 49–72.
- Yap, M. B. H., Cheong, T. W. K., & Zaravinos-Tsakos, F. (2017). Modifiable parenting factors associated with adolescent alcohol misuse: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Addiction*, 112(7), 1142–1162.
- Yu, J. (2003). The association between parental alcohol-related behaviors and children's drinking. *Drug and Alcohol Dependence*, 69(3), 253–262.
- Zucker, R. A., Kincaid, S. B., & Fitzgerald, H. E. (1995). Alcohol schema acquisition in preschoolers: Differences between children of alcoholics and children of nonalcoholics. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 19(4), 1011–1017.

6 Anhang

Tabelle 4: Regressionsmodell für frühe Verhaltensauffälligkeiten (ohne Kontrollvariablen)

Regressionen	β	SE	p	OR	95% KI	
					UG	OG
<u>Polyuser-Klasse</u>						
VA_SUM	0.30	0.07	<.001	1.35	1.17	1.56
<u>Drogen-Klasse</u>						
VA_SUM	0.12	0.07	.005	1.22	1.06	1.40
<u>Alkohol-Klasse</u>						
VA_SUM	0.01	0.07	.94	1.01	0.87	1.16

Anmerkungen: VA_SUM = Summe an frühen Verhaltensauffälligkeiten, β = standardisierter Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, p = Signifikanzniveau, OR = Odds Ratio, KI = Konfidenzintervall, UG = Untergrenze des Konfidenzintervalls, OG = Obergrenze des Konfidenzintervalls

Tabelle 5: Regressionsmodell für frühe Verhaltensauffälligkeiten (Alter und KERF)

Regressionen		β	SE	p	OR	95% KI	
						UG	OG
<u>VA_SUM</u>	Alter	-0.07	0.02	<.001		-0.10	-0.05
	KERF	0.25	0.07	<.001		0.11	0.38
	<u>Polyuser-Klasse</u>						
	Alter	-0.07	0.02	.004	0.94	0.90	0.98
	KERF	0.13	0.09	.15	1.13	0.96	1.35
	VA_SUM	0.24	0.08	.001	1.28	1.10	1.48
	<u>Drogen-Klasse</u>						
	Alter	-0.04	0.01	.003	0.96	0.93	0.99
	KERF	-0.04	0.09	.662	0.96	0.81	1.15
	VA_SUM	0.17	0.08	.025	1.19	1.02	1.38
	<u>Alkohol-Klasse</u>						
	Alter	-0.03	0.02	.075	0.97	0.94	1.00
	KERF	0.02	0.07	.76	1.02	0.90	1.16
	VA_SUM	-0.03	0.08	.72	0.97	0.82	1.15

Anmerkungen: VA_SUM = Summe an frühen Verhaltensauffälligkeiten, KERF = Messinstrument für belastende Kindheitserfahrungen, β = standardisierter Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, p = Signifikanzniveau, OR = Odds Ratio, KI = Konfidenzintervall, UG = Untergrenze des Konfidenzintervalls, OG = Obergrenze des Konfidenzintervalls

Tabelle 6: Regressionsmodell für frühe Verhaltensauffälligkeiten (Alter, KERF und elterlicher Konsum)

Regressionen	β	SE	p	OR	95% KI	
					UG	OG
<u>VA_SUM</u>						
Alter	-0.07	0.02	<.001		-0.10	-0.04
KERF	0.19	0.08	.014		0.04	0.34
ALK_ELT	0.52	0.53	.324		-0.51	1.55
DROG_ELT	0.60	0.91	.513		-1.20	2.39
<u>Polyuser-Klasse</u>						
Alter	-0.07	0.02	.006	0.94	0.89	0.98
KERF	0.02	0.10	.858	1.02	0.84	1.24
VA_SUM	0.24	0.08	.001	1.28	1.10	1.48
ALK_ELT	1.09	0.54	.044	2.99	1.03	8.67
DROG_ELT	2.05	1.31	.119	7.75	0.59	101.44
<u>Drogen-Klasse</u>						
Alter	-0.04	0.01	.005	0.96	0.93	0.99
KERF	-0.10	0.11	.338	0.90	0.74	1.11
VA_SUM	0.18	0.08	.023	1.19	1.02	1.39
ALK_ELT	0.50	0.59	.391	1.65	0.53	5.21
DROG_ELT	1.81	1.32	.172	6.08	0.46	80.94
<u>Alkohol-Klasse</u>						
Alter	-0.03	0.02	.101	0.97	0.94	1.01
KERF	-0.06	0.09	.478	0.94	0.79	1.12
VA_SUM	-0.03	0.83	.760	0.98	0.83	1.15
ALK_ELT	0.84	0.52	.108	2.31	0.83	6.41
DROG_ELT	1.55	1.33	.250	4.71	0.35	64.20

Anmerkungen: VA_SUM = Summe an frühen Verhaltensauffälligkeiten, KERF = Messinstrument für belastende Kindheitserfahrungen, ALK_ELT = elterlicher Alkoholkonsum, DROG_ELT = elterlicher Drogenkonsum, β = standardisierter Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, p = Signifikanzniveau, OR = Odds Ratio, K I= Konfidenzintervall, UG = Untergrenze des Konfidenzintervalls, OG = Obergrenze des Konfidenzintervalls

Tabelle 7: Regressionsmodell für frühe Verhaltensauffälligkeiten (Alter, KERF, elterlicher Konsum und psychiatrische Komorbiditäten)

Regressionen	β	SE	p	OR	95% KI	
					UG	OG
<u>VA_SUM</u>						
Alter	-0.07	0.01	<.001		-0.10	-0.04
KERF	0.17	0.08	.040		0.01	0.33
ALK_ELT	0.49	0.52	.346		-0.53	1.52
DROG_ELT	0.54	0.93	.563		-1.28	2.35
Komorbiditäten	0.22	0.19	.257		-0.16	0.59
<u>Polyuser-Klasse</u>						
Alter	-0.06	0.02	.01	0.94	0.90	0.99
KERF	0.01	0.10	.937	1.01	0.82	1.24
VA_SUM	0.24	0.08	.002	1.27	1.09	1.48
ALK_ELT	1.04	0.56	.061	2.84	0.95	8.43
DROG_ELT	1.99	1.27	.118	7.32	0.60	88.91
Komorbiditäten	0.17	0.20	.406	1.18	0.80	1.76
<u>Drogen-Klasse</u>						
Alter	-0.05	0.02	.002	0.97	0.93	0.98
KERF	-0.07	0.10	.519	0.94	0.76	1.15
VA_SUM	0.19	0.07	.012	1.20	1.04	1.39
ALK_ELT	0.58	0.59	.317	1.78	0.58	5.52
DROG_ELT	1.81	1.35	.179	6.12	0.44	85.56
Komorbiditäten	-0.40	0.27	.134	0.67	0.40	1.13
<u>Alkohol-Klasse</u>						
Alter	-0.03	0.02	.129	0.97	0.94	1.01
KERF	-0.09	0.10	.340	0.91	0.76	1.10
VA_SUM	-0.03	0.0	.718	0.97	0.82	1.15
ALK_ELT	0.81	0.54	.132	2.25	0.79	6.43
DROG_ELT	1.44	1.28	.260	4.22	0.35	51.55
Komorbiditäten	0.27	0.16	.087	1.32	0.96	1.80

Anmerkungen: VA_SUM = Summe an frühen Verhaltensauffälligkeiten, KERF = Messinstrument für belastende Kindheitserfahrungen, ALK_ELT = elterlicher Alkoholkonsum, DROG_ELT = elterlicher Drogenkonsum, Komorbiditäten = gemeint sind lediglich psychiatrische Komorbiditäten, β = standardisierter Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, p = Signifikanzniveau, OR = Odds Ratio, KI = Konfidenzintervall, UG = Untergrenze des Konfidenzintervalls, OG = Obergrenze des Konfidenzintervalls

Tabelle 8: Regressionsmodell für jemals begangene Gewaltstraftaten (ohne Kontrollvariablen)

Regressionen	β	SE	p	OR	95% KI	
					UG	OG
<u>Polyuser-Klasse</u>						
GEW_JEM	0.55	0.21	.008	1.74	1.16	2.61
<u>Drogen-Klasse</u>						
GEW_JEM	-0.23	0.25	.351	0.79	0.49	1.29
<u>Alkohol-Klasse</u>						
GEW_JEM	0.34	0.19	.076	1.41	0.97	2.05

Anmerkungen: GEW_JEM = jemals begangene Gewaltstraftaten, β = standardisierter Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, p = Signifikanzniveau, OR = Odds Ratio, KI = Konfidenzintervall, UG = Untergrenze des Konfidenzintervalls, OG = Obergrenze des Konfidenzintervalls

Tabelle 9: Regressionsmodell für jemals begangene Gewaltstraftaten (Alter und KERF)

Regressionen	β	SE	p	OR	95% KI		
					UG	OG	
<u>GEW_JEM</u>							
Alter	-0.03	0.01	.007	0.98	0.96	0.99	
KERF	0.12	0.04	<.001	1.22	1.12	1.33	
<u>Polyuser-Klasse</u>							
Alter	-0,08	0.02	<.001	0.93	0.89	0.97	
KERF	0,15	0.08	.074	1.16	0.99	1.37	
GEW_JEM	0	0.17	.19	1.27	0.89	1.80	
<u>Drogen-Klasse</u>							
Alter	-0.06	0.01	<.001	0.95	0.92	0.97	
KERF	0.03	0.08	.696	1.03	0.88	1.22	
GEW_JEM	-0.30	0.24	.209	0.74	0.47	1.18	
<u>Alkohol-Klasse</u>							
Alter	-0.03	0.02	.119	0.98	0.95	1.01	
KERF	-0.03	0.07	.729	0.98	0.85	1.12	
GEW_JEM	0	0.17	.061	1.38	0.99	1.92	

Anmerkungen: GEW_JEM = jemals begangene Gewaltstraftat, KERF = Messinstrument für belastende Kindheitserfahrungen, β = standardisierter Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, p = Signifikanzniveau, OR = Odds Ratio, KI = Konfidenzintervall, UG = Untergrenze des Konfidenzintervalls, OG = Obergrenze des Konfidenzintervalls

Tabelle 10: Regressionsmodell für jemals begangene Gewaltstraftaten (Alter, KERF und elterlicher Konsum)

Regressionen	β	SE	p	OR	95% KI	
					UG	OG
<u>GEW_JEM</u>						
Alter	-0.03	0.01	.012	0.98	0.96	1.00
KERF	0.16	0.05	<.001	1.17	1.07	1.28
ALK_ELT	0.44	0.26	.089	1.56	0.94	2.60
DROG_ELT	0.45	0.36	.212	1.56	0.78	3.15
<u>Polyuser-Klasse</u>						
Alter	-0.08	0.02	.001	0.93	0.88	0.97
KERF	0.05	0.09	.569	1.05	0.88	1.25
ALK_ELT	1.09	0.52	.036	2.96	1.07	8.19
DROG_ELT	1.69	1.12	.133	5.41	0.60	48.84
GEW_JEM	0.20	0.19	.290	1.22	0.85	1.75
<u>Drogen-Klasse</u>						
Alter	-0.06	0.01	<.001	0.95	0.92	0.97
KERF	-0.04	0.09	.712	0.97	0.80	1.16
ALK_ELT	0.68	0.56	.229	1.97	0.65	5.95
DROG_ELT	1.57	1.24	.207	4.81	0.42	55.06
GEW_JEM	-0.33	0.25	.190	0.72	0.44	1.18
<u>Alkohol-Klasse</u>						
Alter	-0.03	0.02	.137	0.98	0.94	1.01
KERF	-0.10	0.09	.228	0.90	0.76	1.07
ALK_ELT	0.84	0.49	.089	2.31	0.88	6.05
DROG_ELT	1.32	1.20	.272	3.75	0.36	39.68
GEW_JEM	0.30	0.17	.073	1.35	0.97	1.87

Anmerkungen: GEW_JEM = jemals begangene Gewaltstraftat, KERF = Messinstrument für belastende Kindheitserfahrungen, ALK_ELT = elterlicher Alkoholkonsum, DROG_ELT = elterlicher Drogenkonsum, β = standardisierter Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, p = Signifikanzniveau, OR = Odds Ratio, KI = Konfidenzintervall, UG = Untergrenze des Konfidenzintervalls, OG = Obergrenze des Konfidenzintervalls

Tabelle 11: Regressionsmodell für jemals begangene Gewaltstraftaten (Alter, KERF, elterlicher Konsum und psychiatrische Komorbiditäten)

Regressionen	β	SE	p	OR	95% KI		
					UG	OG	
<u>GEW_JEM</u>							
Alter	-0.02	0.01	.016	0.98	0.96	0.10	
KERF	0.17	0.05	<.001	1.18	1.08	1.29	
ALK_ELT	0.41	0.27	.127	1.50	0.89	2.53	
DROG_ELT	0.44	0.36	.224	1.55	0.76	3.15	
Komorbiditäten	-0.03	0.28	.913	0.97	0.56	1.68	
<u>Polyuser-Klasse</u>							
Alter	-0.07	0.03	.004	0.93	0.89	0.98	
KERF	0.05	0.09	.598	1.05	0.88	1.24	
ALK_ELT	1.06	0.54	.048	2.89	1.01	8.24	
DROG_ELT	1.84	1.09	.091	3.28	0.75	52.83	
Komorbiditäten	1.52	0.49	.002	4.55	1.76	11.79	
GEW_JEM	0.21	0.19	.280	1.23	0.85	1.79	
<u>Drogen-Klasse</u>							
Alter	-0.05	0.01	<.001	0.95	0.93	0.98	
KERF	-0.03	0.10	.735	0.97	0.80	1.17	
ALK_ELT	0.65	0.57	.255	1.91	0.63	5.85	
DROG_ELT	1.62	1.20	.178	5.04	0.48	52.93	
Komorbiditäten	0.95	0.56	.088	2.59	0.87	7.70	
GEW_JEM	-0.33	0.25	.191	0.72	0.44	1.18	
<u>Alkohol-Klasse</u>							
Alter	-0.02	0.02	.185	0.98	0.94	1.01	
KERF	-0.11	0.09	.194	0.89	0.75	1.06	
ALK_ELT	0.84	0.50	.090	2.33	0.88	6.18	
DROG_ELT	1.30	1.17	.268	3.67	0.37	36.67	
Komorbiditäten	0.41	0.57	.471	1.51	0.50	4.61	
GEW_JEM	0.31	0.17	.064	1.37	0.98	1.90	

Anmerkungen: GEW_JEM = jemals begangene Gewaltstraftat, KERF = Messinstrument für belastende Kindheitserfahrungen, ALK_ELT = elterlicher Alkoholkonsum, DROG_ELT = elterlicher Drogenkonsum, Komorbiditäten = gemeint sind lediglich psychiatrische Komorbiditäten, β = standardisierter Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, p = Signifikanzniveau, OR = Odds Ratio, KI = Konfidenzintervall, UG = Untergrenze des Konfidenzintervalls, OG = Obergrenze des Konfidenzintervalls

Tabelle 12: Regressionsmodell für die Neigung zu körperlicher Aggression (ohne Kontrollvariablen)

Regressionen	β	SE	p	OR	95% KI	
					UG	OG
<u>Polyuser-Klasse</u> KÖR_AGG	0.15	0.04	<.001	1.16	1.08	1.25
<u>Drogen-Klasse</u> KÖR_AGG	0.12	0.04	.001	1.13	1.05	1.21
<u>Alkohol-Klasse</u> KÖR_AGG	0.04	0.04	.350	1.04	0.96	1.12

Anmerkungen: KÖR_AGG = Neigung zur körperlicher Aggression, β = standardisierter Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, p = Signifikanzniveau, OR = Odds Ratio, KI = Konfidenzintervall, UG = Untergrenze des Konfidenzintervalls, OG = Obergrenze des Konfidenzintervalls

Tabelle 13: Regressionsmodell für die Neigung zu körperlicher Aggression (Alter und KERF)

Regressionen	β	SE	p	OR	95% KI	
					UG	OG
<u>KÖR_AGG</u>						
Alter	-0.17	0.03	<.001		-0.22	-0.12
KERF	0.23	0.12	.060		-0.01	0.46
<u>Polyuser-Klasse</u>						
Alter	-0.07	0.02	.004	0.94	0.90	0.98
KERF	0.17	0.09	.050	1.19	1.00	1.42
KÖR_AGG	0.12	0.04	.001	1.13	1.05	1.22
<u>Drogen-Klasse</u>						
Alter	-0.04	0.02	.005	0.96	0.93	0.99
KERF	-0.02	0.09	.869	0.99	0.83	1.17
KÖR_AGG	0.10	0.04	.004	1.12	1.03	1.18
<u>Alkohol-Klasse</u>						
Alter	-0.03	0.02	.124	0.98	0.94	1.01
KERF	0.01	0.07	.910	1.01	0.89	1.15
KÖR_AGG	0.03	0.04	.541	1.03	0.95	1.11

Anmerkungen: KÖR_AGG = Neigung zur körperlicher Aggression, KERF = Messinstrument für belastende Kindheitserfahrungen, β = standardisierter Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, p = Signifikanzniveau, OR = Odds Ratio, KI = Konfidenzintervall, UG = Untergrenze des Konfidenzintervalls, OG = Obergrenze des Konfidenzintervalls

Tabelle 14: Regressionsmodell für die Neigung zu körperlicher Aggression (Alter, KERF und elterlicher Konsum)

Regressionen	β	SE	p	OR	95% KI	
					UG	OG
<u>KÖR AGG</u>						
Alter	-0.17	0.03	<.001		-0.23	-0.12
KERF	0.18	0.14	.206		-0.10	0.45
ALK_ELT	0.67	0.99	.494		-1.26	2.61
DROG_ELT	-0.32	1.57	.838		-3.40	2.76
<u>Polyuser-Klasse</u>						
Alter	-0.06	0.02	.008	0.94	0.90	0.98
KERF	0.06	0.10	.527	1.07	0.88	1.29
KÖR_AGG	0.13	0.04	<.001	1.14	1.06	1.23
ALK_ELT	1.09	0.55	.048	2.98	1.01	8.78
DROG_ELT	2.34	1.25	.060	10.35	0.90	118.68
<u>Drogen-Klasse</u>						
Alter	-0.04	0.02	.011	0.96	0.94	0.99
KERF	-0.08	0.11	.444	0.92	0.75	1.13
KÖR_AGG	0.11	0.04	.002	1.11	1.04	1.19
ALK_ELT	0.56	0.58	.337	1.74	0.56	5.41
DROG_ELT	1.98	1.31	.132	7.22	0.55	94.58
<u>Alkohol-Klasse</u>						
Alter	-0.02	0.02	.164	0.98	0.94	1.01
KERF	-0.08	0.09	.330	0.92	0.78	1.09
KÖR_AGG	0.03	0.04	.520	1.03	0.95	1.12
ALK_ELT	0.90	0.51	.078	2.46	0.90	6.68
DROG_ELT	1.61	1.38	.245	4.98	0.33	74.87

Anmerkungen: KÖR_AGG = Neigung zur körperlicher Aggression, KERF = Messinstrument für belastende Kindheitserfahrungen, ALK_ELT = elterlicher Alkoholkonsum, DROG_ELT = elterlicher Drogenkonsum, β = standardisierter Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, p = Signifikanzniveau, OR = Odds Ratio, KI = Konfidenzintervall, UG = Untergrenze des Konfidenzintervalls, OG = Obergrenze des Konfidenzintervalls

Tabelle 15: Regressionsmodell für die Neigung zu körperlicher Aggression (Alter, KERF, elterlicher Konsum und psychiatrische Komorbiditäten)

Regressionen	β	SE	p	OR	95% KI	
					UG	OG
<u>KÖR_AGG</u>						
Alter	-0.17	0.03	<.001		-0.22	-0.11
KERF	0.13	0.14	0.36		-0.15	0.40
ALK_ELT	0.51	0.98	0.57		-1.37	2.48
DROG_ELT	-0.42	1.56	0.79		-3.49	2.64
Komorbiditäten	0.57	0.37	0.12		-0.15	1.29
<u>Polyuser-Klasse</u>						
Alter	-0.06	0.02	.012	0.94	0.90	0.99
KERF	0.05	0.10	.614	1.05	0.87	1.27
KÖR_AGG	0.13	0.04	.001	1.13	1.05	1.22
ALK_ELT	1.07	0.56	.058	2.91	0.96	8.78
DROG_ELT	2.26	1.23	.065	9.62	0.87	106.44
Komorbiditäten	0.12	0.22	.582	1.13	0.73	1.75
<u>Drogen-Klasse</u>						
Alter	-0.04	0.02	.006	0.96	0.93	0.99
KERF	-0.05	0.11	.620	0.95	0.77	1.17
KÖR_AGG	0.11	0.04	.001	1.12	1.05	1.20
ALK_ELT	0.68	0.57	.234	1.97	0.65	6.00
DROG_ELT	2.05	1.35	.128	7.75	0.56	108.04
Komorbiditäten	-0.41	0.28	.146	0.66	0.38	1.15
<u>Alkohol-Klasse</u>						
Alter	-0.02	0.02	.205	0.98	0.94	1.01
KERF	-0.11	0.09	.220	0.90	0.76	1.07
KÖR_AGG	0.03	0.04	.520	1.03	0.95	1.11
ALK_ELT	0.87	0.52	.098	2.38	0.85	6.62
DROG_ELT	1.54	1.34	.249	4.66	0.34	63.73
Komorbiditäten	0.28	0.17	.097	1.33	0.95	1.86

Anmerkungen: KÖR_AGG = Neigung zur körperlicher Aggression, KERF = Messinstrument für belastende Kindheitserfahrungen, ALK_ELT = elterlicher Alkoholkonsum, DROG_ELT = elterlicher Drogenkonsum, Komorbiditäten = gemeint sind lediglich psychiatrische Komorbiditäten, β = standardisierter Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, p = Signifikanzniveau, OR = Odds Ratio, KI = Konfidenzintervall, UG = Untergrenze des Konfidenzintervalls, OG = Obergrenze des Konfidenzintervalls

Tabelle 16: Regressionsmodell für die Rückfälligkeit bezüglich Gewaltdelinquenz (ohne Kontrollvariablen)

Regressionen	β	SE	p	OR	95% KI	
					UG	OG
<u>Polyuser-Klasse</u>						
GEW_RÜC	1.45	0.70	.038	4.25	1.09	16.62
<u>Drogen-Klasse</u>						
GEW_RÜC	-0.51	0.42	.225	0.60	0.27	1.37
<u>Alkohol-Klasse</u>						
GEW_RÜC	1.00	0.45	.025	2.73	1.14	6.55

Anmerkungen: GEW_RÜC = Rückfälligkeit bezüglich Gewaltdelinquenz, β = standardisierter Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, p = Signifikanzniveau, OR = Odds Ratio, KI = Konfidenzintervall, UG = Untergrenze des Konfidenzintervalls, OG = Obergrenze des Konfidenzintervalls

Tabelle 17: Regressionsmodell für die Rückfälligkeit bezüglich Gewaltdelinquenz (Alter und KERF)

Regressionen	β	SE	p	OR	95% KI		
					UG	OG	
<u>GEW_RÜC</u>							
Alter	-0.01	-0.01	.167	0.99	0.97	1.01	
KERF	0.19	0.06	.001	1.21	1.08	1.36	
<u>Polyuser-Klasse</u>							
Alter	-0.08	0.02	<.001	0.92	0.88	0.96	
KERF	0.15	0.08	.06	1.16	0.99	1.36	
GEW_RÜC	0.95	0.67	.16	2.57	0.69	9.58	
<u>Drogen-Klasse</u>							
Alter	-0.05	0.01	<.001	0.95	0.92	0.98	
KERF	0.01	0.08	.900	1.01	0.86	1.92	
GEW_RÜC	-0.52	0.40	.190	0.59	0.27	1.30	
<u>Alkohol-Klasse</u>							
Alter	-0.03	0.02	.106	0.98	0.95	1.01	
KERF	-0.02	0.07	.778	0.98	0.86	1.12	
GEW_RÜC	1.03	0.46	.026	2.81	1.13	6.96	

Anmerkungen: GEW_RÜC = Rückfälligkeit bezüglich Gewaltdelinquenz, KERF = Messinstrument für belastende Kindheitserfahrungen, β = standardisierter Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, p = Signifikanzniveau, OR = Odds Ratio, KI = Konfidenzintervall, UG = Untergrenze des Konfidenzintervalls, OG = Obergrenze des Konfidenzintervalls

Tabelle 18: Regressionsmodell für die Rückfälligkeit bezüglich Gewaltdelinquenz (Alter, KERF und elterlicher Konsum)

Regressionen	β	SE	p	OR	95% KI	
					UG	OG
<u>GEW_RÜC</u>						
Alter	-0.02	0.01	.118	0.98	0.96	1.00
KERF	0.16	0.06	.011	1.17	1.04	1.33
ALK_ELT	0.58	0.37	.125	1.78	0.85	3.70
DROG_ELT	-0.63	0.57	.269	0.54	0.18	1.62
<u>Polyuser-Klasse</u>						
Alter	-0.08	0.02	.001	0.92	0.88	0.97
KERF	0.05	0.09	.591	1.05	0.88	1.24
GEW_RÜC	0.98	0.65	.131	2.66	0.75	9.51
ALK_ELT	1.10	0.51	.030	2.99	1.11	8.04
DROG_ELT	1.84	1.21	.128	6.28	0.59	66.65
<u>Drogen-Klasse</u>						
Alter	-0.05	0.01	<.001	0.95	0.92	0.98
KERF	-0.05	0.10	.635	0.96	0.79	1.16
GEW_RÜC	-0.51	0.41	.209	0.51	0.27	1.33
ALK_ELT	0.54	0.61	.375	1.72	0.52	5.66
DROG_ELT	1.40	1.24	.259	4.07	0.36	46.51
<u>Alkohol-Klasse</u>						
Alter	-0.02	0.02	.143	0.98	0.94	1.01
KERF	-0.10	0.08	.249	0.91	0.77	1.07
GEW_RÜC	1.03	0.47	.028	2.81	1.12	7.05
ALK_ELT	0.76	0.48	.112	2.14	0.84	5.48
DROG_ELT	1.56	1.30	.231	4.74	0.37	60.32

Anmerkungen: GEW_RÜC = Rückfälligkeit bezüglich Gewaltdelinquenz, KERF = Messinstrument für belastende Kindheitserfahrungen, ALK_ELT = elterlicher Alkoholkonsum, DROG_ELT = elterlicher Drogenkonsum, β = standardisierter Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, p = Signifikanzniveau, OR = Odds Ratio, KI = Konfidenzintervall, UG = Untergrenze des Konfidenzintervalls, OG = Obergrenze des Konfidenzintervalls

Tabelle 19: Regressionsmodell für die Rückfälligkeit bezüglich Gewaltdelinquenz (Alter, KERF, elterlicher Konsum und psychiatrische Komorbiditäten)

Regressionen	β	SE	p	OR	95% KI	
					UG	OG
<u>GEW_RÜC</u>						
Alter	-0.01	0.01	.233	0.98	0.97	1.01
KERF	0.15	0.06	.016	1.16	1.03	1.31
ALK_ELT	0.59	0.38	.116	1.81	0.86	3.77
DROG_ELT	-0.53	0.57	.347	0.59	0.19	1.78
Komorbiditäten	1.29	0.54	.017	3.64	1.26	10.49
<u>Polyuser-Klasse</u>						
Alter	-0.07	0.03	.004	0.93	0.88	0.98
KERF	0.05	0.09	.575	1.05	0.89	1.25
GEW_RÜC	0.77	0.67	.249	2.16	0.58	8.02
ALK_ELT	1.08	0.52	.037	2.94	1.07	8.13
DROG_ELT	1.95	1.15	.091	7.01	0.73	67.18
Komorbiditäten	1.42	0.48	.003	4.14	1.60	10.67
<u>Drogen-Klasse</u>						
Alter	-0.05	0.01	.001	0.95	0.93	0.98
KERF	-0.04	0.10	.673	0.96	0.79	1.17
GEW_RÜC	-0.63	0.42	.131	0.53	0.24	1.21
ALK_ELT	0.52	0.62	.395	1.69	0.51	5.65
DROG_ELT	1.45	1.20	.230	4.25	0.40	44.89
Komorbiditäten	1.03	0.60	.088	2.80	0.86	9.13
<u>Alkohol-Klasse</u>						
Alter	-0.02	0.02	.178	0.98	0.95	1.01
KERF	-0.10	0.08	.235	0.91	0.77	1.07
GEW_RÜC	1.00	0.48	.037	2.72	1.03	6.99
ALK_ELT	0.78	0.48	.109	2.17	0.84	5.60
DROG_ELT	1.51	1.27	.234	4.53	0.38	54.59
Komorbiditäten	0.24	0.58	.675	1.28	0.41	3.96

Anmerkungen: GEW_RÜC = Rückfälligkeit bezüglich Gewaltdelinquenz, KERF = Messinstrument für belastende Kindheitserfahrungen, ALK_ELT = elterlicher Alkoholkonsum, DROG_ELT = elterlicher Drogenkonsum, Komorbiditäten = gemeint sind lediglich psychiatrische Komorbiditäten, β = standardisierter Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, p = Signifikanzniveau, OR = Odds Ratio, KI = Konfidenzintervall, UG = Untergrenze des Konfidenzintervalls, OG = Obergrenze des Konfidenzintervalls

7 Danksagung

Die Fertigstellung dieser Doktorarbeit stellt einen wichtigen Schritt in meinem bisherigen Leben dar, für den ich unendlich dankbar bin. Ich habe dadurch die Möglichkeit bekommen, Einblicke in ein hochspannendes Forschungsgebiet zu erhalten und vieles zu lernen, was mir auf meinem weiteren Lebensweg nützlich sein wird.

Daher möchte ich meinen Dank zunächst an Prof. Dr. Petra Retz-Junginger und Prof. Dr. Wolfgang Retz richten, die mir die Möglichkeit gaben, an ihrem Institut meine Doktorarbeit zu verfassen. Mein besonders herzlicher Dank gilt zudem Dr. Steffen Barra, der mir als Betreuer immer mit Rat und Tat zur Seite stand, aufkommende Fragen stets schnell und ausführlich beantwortete und mich mit seiner Leidenschaft für das Fach sowie seiner beeindruckenden Kompetenz nachhaltig begeisterte.

Als nächstes möchte ich meinen Eltern Beate und Alexander, meiner Schwester Sina und ihrem Freund Dominik sowie meinem kürzlich verstorbenen Opa Manfred danken, da ohne ihre unermüdliche, geduldige und liebevolle Unterstützung während meines gesamten Studiums diese Arbeit nicht realisierbar gewesen wäre. Auch meiner Freundin Franzi, die mit ihrer herzerwärmenden Art und ihrem ansteckenden Optimismus immer an meiner Seite stand und an mich geglaubt hat, gilt mein tiefer Dank.

Zuletzt möchte ich auch Hendrik und vielen anderen Freunden und Freundinnen danken, die mein Studium in Homburg zu so einer besonderen Zeit gemacht haben und in schwierigen Situationen immer für mich da waren.

8 Lebenslauf

Erklärung gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 2

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet. Bei der Auswahl und Auswertung des folgenden Materials haben mir die nachstehend aufgeführten Personen in der jeweils beschriebenen Art und Weise unentgeltlich geholfen:

	Name/Tätigkeit	Art der Hilfestellung
1.	Prof. Dr. biol. hum. Petra Retz-Junginger - Mentorin (Doktormutter)	Wissenschaftliche Beratung und inhaltliche Unterstützung
2.	Dr. phil. M. Sc. Steffen Barra - Hauptbetreuer	Primärer Ansprechpartner mit Unterstützung in allen Phasen der Arbeit, einschließlich Konzeptualisierung, methodischer Umsetzung, statistischer Auswertung und inhaltlicher Ausarbeitung

Weitere Personen waren an der inhaltlich-materiellen Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- bzw. Beratungsdiensten (Promotionsberaterinnen/Promotionsberater oder anderer Personen) in Anspruch genommen.

Außer den angegebenen hat niemand von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen. Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder in ähnlicher Form in einem anderen Verfahren zur Erlangung des Doktorgrades einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ich versichere an Eides statt, dass ich nach bestem Wissen die Wahrheit gesagt und nichts verschwiegen habe. Die Bedeutung der eidesstattlichen Erklärung und die strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Erklärung sind mir bekannt.

Lörrach, 26.11.2025

Nicolas Simon

Eidesstattliche Versicherung: Belehrung

Die Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes verlangt eine eidesstattliche Versicherung über die Eigenständigkeit der erbrachten wissenschaftlichen Leistungen.

Da der Gesetzgeber der eidesstattlichen Versicherung eine besondere Bedeutung beimisst und sie erhebliche Folgen haben kann, ist die Abgabe einer falschen eidesstattlichen Versicherung unter Strafe gestellt.

Bei vorsätzlicher (also wissentlicher) Abgabe einer falschen Erklärung droht eine Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder eine Geldstrafe. Eine fahrlässige Abgabe (also Abgabe, obwohl Sie hätten erkennen müssen, dass die Erklärung nicht den Tatsachen entspricht) kann eine Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder eine Geldstrafe nach sich ziehen.

Die entsprechenden Strafvorschriften sind in § 156 StGB (Falsche Versicherung an Eides Statt) und in § 161 StGB (Fahrlässiger Falscheid, fahrlässige falsche Versicherung an Eides Statt) festgelegt.

§ 156 StGB: Falsche Versicherung an Eides Statt Wer vor einer zur Abnahme einer Versicherung an Eides Statt zuständigen Behörde eine solche Versicherung falsch abgibt oder unter Berufung auf eine solche Versicherung falsch aussagt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 161 StGB: Fahrlässiger Falscheid, fahrlässige falsche Versicherung an Eides Statt (1) Wenn eine der in den §§ 154 bis 156 bezeichneten Handlungen aus Fahrlässigkeit begangen worden ist, so tritt Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe ein. (2) Straflosigkeit tritt ein, wenn der Täter die falsche Angabe rechtzeitig berichtigt. Die Vorschriften des § 158 Abs. 2 und 3 gelten entsprechend.