

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universität zu Lübeck
Direktor: Prof. Dr. med. Fritz Hohagen

**Psychische Erkrankungen bei männlichen Gefangenen
im geschlossenen Vollzug**

Inauguraldissertation

zur
Erlangung der Doktorwürde
der Universität zu Lübeck
- Aus der Medizinischen Fakultät -

vorgelegt von
Tina Schröder
aus Werther

Lübeck 2005

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Martin Driessen
2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Andreas Broocks

Tag der mündlichen Prüfung: 05.05.2006

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 05.05.2006

gez. Prof. Dr. med. Wolfgang Jelkmann

- Dekan der Medizinischen Fakultät -

VORWORT

Obgleich internationale Studien eine hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Inhaftierten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung nahe legen, existieren im deutschsprachigen Raum bislang nur wenige Studien, die sich mit der psychischen Situation von Gefangenen befassen. Die vorliegende Arbeit stellt den Versuch einer systematischen Erfassung und Charakterisierung psychischer Erkrankungen männlicher Inhaftierter am Beispiel einer Stichprobe der geschlossenen Justizvollzugsanstalt Bielefeld-Brackwede I dar.

Diese Untersuchung ist Teil eines Gesamtprojektes einer Arbeitsgruppe um M. Driessen, C.-E. von Schönfeld, B. Widmann, die Autorin (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Ev. Krankenhaus Bielefeld), F. Schneider (Universitätsklinikum der RWTH Aachen) sowie U. Botthof (ärztlicher Dienst der Justizvollzugsanstalt Bielefeld-Brackwede I), bei dem eine Gruppe von weiblichen und männlichen Inhaftierten einer systematischen psychiatrischen Diagnostik unterzogen wurde. Die Untersuchung von weiblichen Inhaftierten wird derzeit von B. Widmann im Rahmen einer Dissertation bearbeitet.

Die Durchführung des Projektes erfolgte mit der Genehmigung und Unterstützung des Ministeriums für Justiz des Landes NRW, insbesondere der dort angesiedelten Arbeitsgruppe Kriminologischer Dienst, mit der Inhalte und Methodik abgestimmt wurden.

Während die Planung des Projektes sowie die Entwicklung des Studiendesigns und die Auswahl bzw. Entwicklung geeigneter Instrumente der Gesamtarbeitsgruppe oblag, erfolgte die Ermittlung der männlichen Stichprobe sowie die Untersuchung der männlichen Untersuchungsteilnehmer und die Datenauswertung durch die Referentin.

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung.....	6
1.1	Strafvollzug und Maßregelvollzug.....	6
1.2	Der Strafvollzug in NRW - JVA Bielefeld-Brackwede I.....	8
1.3	Die Klassifikation psychischer Erkrankungen.....	10
1.4	Epidemiologische Studien der Allgemeinbevölkerung.....	12
1.5	Studien zur Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Inhaftierten.....	14
1.6	Zur Versorgungssituation psychisch kranker Inhaftierter.....	21
2	Fragestellungen und Ziele.....	24
3	Material und Methodik.....	26
3.1	Studiendesign und -durchführung.....	26
3.2	Stichprobenermittlung.....	27
3.3	Instrumente.....	28
3.4	Statistik.....	31
4	Ergebnisse.....	33
4.1	Repräsentativität der Stichprobe für NRW.....	33
4.2	Vergleich der Studienteilnehmer und Nicht-Teilnehmer.....	33
4.3	Soziodemografische Daten.....	36
4.4	Juristisch relevante Merkmale.....	38
4.5	Prävalenzraten psychischer Störungen - DSM-IV Achse I.....	41
4.5.1	Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen.....	43
4.5.2	Schizophrenie und andere psychotische Störungen.....	45
4.5.3	Affektive Störungen.....	46
4.5.4	Angststörungen.....	47
4.5.4.1	Posttraumatische Belastungsstörung und frühe Traumatisierung.....	47
4.5.5	Andere Achse I-Störungen.....	49
4.6	Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen (DSM-IV Achse II).....	49
4.7	Komorbidität.....	52
4.8	Psychopathologische Symptombelastung (SCL-90-R).....	55
4.9	Psychosoziale Belastungen (DSM-IV Achse IV).....	56

4.10	Das globale Funktionsniveau (DSM-IV Achse V).....	58
4.11	Zusammenhangsanalysen	59
4.12	Behandlungsbedarf	61
5	Diskussion.....	64
5.1	Methodendiskussion	64
5.2	Ergebnisdiskussion	67
5.2.1	Diskussion der Ausgangshypothesen	67
5.2.2	Vergleich mit bisherigen Studien	71
5.3	Ausblick.....	73
6	Zusammenfassung.....	74
7	Literaturverzeichnis	76
8	Anhang.....	85
8.1	Aufklärung und Einverständniserklärung.....	85
8.2	Instrumente	88
9	Danksagung.....	92
10	Lebenslauf.....	93

1 EINLEITUNG

1.1 Strafvollzug und Maßregelvollzug

Das Strafgesetzbuch der Bundesrepublik Deutschland sieht in den Paragraphen 63 und 64 vor, dass ein psychisch kranker Rechtsbrecher bei Vorliegen einer Schuldunfähigkeit (§ 20) oder erheblich verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) bei der Begehung der Tat in einer forensisch-psychiatrischen Klinik oder einer Entziehungsanstalt (Maßregelvollzug) untergebracht wird, sofern aufgrund der bestehenden psychischen Erkrankung eine erneute Straftat mit einer erheblichen Gefährdung für die Allgemeinbevölkerung befürchtet werden muss. Derzeit besteht laut dem Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug in NRW eine solche richterliche Anordnung für ca. 2.100 Menschen. Obgleich diese Personengruppe, bei der eine nachweisbare psychische Störung in direkten Zusammenhang mit der von ihnen begangenen Straftat gestellt wird, bereits weitestgehend vom allgemeinen Strafvollzug ausgeschlossen ist, weisen internationale Publikationen dennoch darauf hin, dass auch im allgemeinen Strafvollzug ein beträchtlicher Anteil der Inhaftierten unter einer psychischen Erkrankung leidet, so dass die Prävalenz psychischer Störungen im Strafvollzug im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht ist (Côté und Hodgins, 1990; Birmingham et al., 1996; Brooke et al., 1996).

Saimeh (2002) führt zu dem Überschneidungsbereich zwischen Maßregelvollzug und Justizvollzug aus, eine Vielzahl der forensischen Patienten habe lange Haftkarrieren hinter sich und in den Haftanstalten finde sich eine große Anzahl von Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen, die nicht de- oder exkulpiert und damit nicht in die forensische Psychiatrie (Maßregelvollzug) eingewiesen seien. Dies betreffe Menschen mit Borderline-Störungen oder schwerer Dissozialität, so dass man durchaus zu der Ansicht gelangen könne, dass der Überschneidungsbereich zwischen Straf- und Maßregelvollzug bezüglich Straftätern bzw. Patienten zuweilen erheblich sei (Saimeh, 2002). Dennoch sollten in Maßregelvollzugskliniken, den gesetzlichen Grundlagen entsprechend, keine Patienten mit vorübergehenden psychischen Störungen vorkommen, im Justizvollzug jedoch eine nicht unerhebliche Anzahl akuter Störungen zu finden sein.

Auch von Schönfeld unterscheidet aufgrund seiner Praxiserfahrung als Konsiliarius der JVA Bielefeld-Brackwede I drei Gruppen von Inhaftierten mit psychischen Störungen, darunter chronisch psychisch Kranke mit Bagatelldelikten, Menschen mit schwerwiegen-

den Straftaten mit Persönlichkeitsstörungen, sowie Menschen, deren Leben in Freiheit tragisch verlaufen sei und bei denen eine Bestrafung durch Haft völlig deplaziert erscheine (von Schönfeld, 2001).

Das Vorhandensein psychischer Erkrankungen scheint zunächst besonders nachvollziehbar bei Inhaftierten, bei denen eine Straftat in direktem Zusammenhang mit einer psychischen Störung steht, wie beispielsweise bei Inhaftierten, die eine Haftstrafe nach dem Betäubungsmittelgesetz verbüßen und selbst unter einer Abhängigkeitserkrankung leiden oder solchen, die aufgrund einer dissozialen Persönlichkeitsstörung mit dem Gesetz in Konflikt kommen. Denkbar scheint jedoch auch ein Zusammenhang, bei dem eine psychische Erkrankung unabhängig von der Straftat besteht oder sich als Folge der Straftat beziehungsweise als Folge der Inhaftierung entwickelt hat.

Neben Belastungs- und Anpassungsstörungen als Reaktion auf die psychosoziale Situation im Vorfeld oder durch die Inhaftierung selbst, bei denen insbesondere zu Beginn der Inhaftierung dem Thema Suizidalität eine besondere Bedeutung beizumessen ist (Cooke und Mitchie, 1996), zeigt sich laut Blocher (Blocher et al., 2001) auch eine Häufung von überdauernden Störungen. Hier seien Persönlichkeitsstörungen, insbesondere vom dissozialen Typus (Frädrich und Pfäfflin, 2000), Abhängigkeitserkrankungen und persistierende Teilsymptome eines hyperkinetischen Syndroms zu benennen (Eyestone und Howell, 1994).

Neben dem oft schweren persönlichen Leiden, welches eine psychische Erkrankung für den Betroffenen und dessen Angehörige mit sich bringt, ist auch das direkte Umfeld in der Haftsituation insofern mitbetroffen, als der Umgang für Mitinhaftierte und Vollzugsbedienstete oft schwierig und belastend ist, zu wenig personelle Ressourcen für geeignete Hilfestellungen bestehen und trotz aller Bemühungen oft ein ausreichendes Wissen und Verständnis für angemessene Reaktionsweisen fehlen. Die Haftsituation wird so für alle Beteiligten weiter angespannt. Die ohnehin schwierige und komplexe Hauptfunktion des Vollzugs – die Resozialisierung des Inhaftierten – kann bei einer unerkannt und somit unbehandelt bleibenden psychischen Erkrankung kaum Erfolg haben und führt so neben dem menschlichen Leid auch zu hohem volkswirtschaftlichem Schaden.

Darüber hinaus hat der Strafvollzug grundsätzlich (§ 3 Abs. 1 sowie § 56 StVollzG) die Verpflichtung, das Leben im Vollzug den allgemeinen Lebensverhältnissen so weit als möglich anzugleichen und den Gefangenen mit notwendigen medizinischen Maßnahmen

zu unterstützen, so dass die außerhalb des Vollzuges garantierten Versorgungs-, Beratungs- und Behandlungsangebote auch für Gefangene zur Verfügung stehen müssen (Stöver und Lesting, 1999).

Zur Erfüllung dieses menschlichen aber auch Rechtsanspruches ist zunächst eine detaillierte Erfassung der psychischen Situation Inhaftierter sowie damit verbunden der Prävalenz psychischer Erkrankungen und des sich daraus ergebenden Behandlungsbedarfs notwendig.

Obgleich insbesondere die Richtung eines möglichen Zusammenhangs zwischen Haftsituation und psychischer Verfassung nur schwer zu klären ist, wird in der vorliegenden Arbeit versucht, eine quantitative Beschreibung der Prävalenz psychischer Erkrankungen sowie dem damit verbundenen Behandlungsbedarf zu ermitteln und Behandlungsmöglichkeiten im Kontext des Justizvollzugs zu diskutieren.

1.2 Der Strafvollzug in NRW - JVA Bielefeld-Brackwede I

In Deutschland betrug die Zahl der in Strafhaft befindlichen Personen 2003 laut statistischem Bundesamt 59.819 Männer und 2.775 Frauen, davon befanden sich am 31.03.2003 in NRW 653 Frauen und 11.830 Männer in Haft (Statistisches Bundesamt Deutschland a). Die Haftplätze sind wiederum in die Bereiche des offenen und des geschlossenen Vollzuges gegliedert.

Die Justizvollzugsanstalt (JVA) Bielefeld-Brackwede I ist eine JVA des geschlossenen Vollzuges und verfügt über 69 geschlossene Haftplätze für Frauen sowie 481 Plätze für Männer. Zum Stichtag der vorliegenden Untersuchung betrug die tatsächliche Belegung 106 Frauen und 584 Männer, was einer Überbelegung von 25,5 % entspricht.

Die Vollzugsanstalt ist zuständig für die Vollstreckung von Freiheitsstrafen bei Erwachsenen, d.h. über 21-jährigen Personen sowie für die Vollstreckung von Untersuchungshaft. Die sachliche und örtliche Zuständigkeit der Justizvollzugsanstalt richtet sich nach den Richtlinien der Strafvollstreckungsordnung und dem Vollstreckungsplan für das Land Nordrhein-Westfalen, der neben dem Wohnsitz der Inhaftierten die örtliche Zuständigkeit der zuweisenden Landgerichte berücksichtigt. Die Zuständigkeit der Haftanstalt Brackwede I umfasst somit ein breites Spektrum unterschiedlicher Haftarten und sieht neben der Vollstreckung einer Untersuchungshaft und der Verbüßung von Kurz- und Langstrafen

auch die Vollstreckung von Ersatzfreiheitsstrafen (anstelle von Geldstrafen) und Aus- und Durchlieferungshaft (bei Verurteilungen außerhalb Deutschlands) vor. Dagegen besteht keine Zuständigkeit für den Vollzug der Abschiebehaft.

Die Justizvollzugsanstalt Bielefeld-Brackwede I umfasst insgesamt 7 Hafthäuser, darunter neben einem Frauenhaus auch ein Hafthaus für Gefangene, von denen eine besondere Gefährdung ausgeht, eine Lockerungsabteilung, eine Transportabteilung sowie eine Krankenpflegeabteilung. Etwa 60 % der männlichen Inhaftierten verbüßen Freiheitsstrafen, weitere 40 % befinden sich in Untersuchungshaft, wobei dieser Anteil bei den weiblichen Inhaftierten mit ca. 15 % deutlich niedriger ist.

Bei allen in der Haftanstalt aufgenommenen Inhaftierten erfolgt unverzüglich nach der Aufnahme eine ärztliche Untersuchung, bei der Vorerkrankungen erfragt und bei einer deutlich werdenden Suizidgefährdung Sicherungsmaßnahmen getroffen werden. Da Suchterkrankungen diesbezüglich als Risikofaktor eingeschätzt werden, erfolgen bei Inhaftierten mit erkannten Suchterkrankungen routinemäßig suizidpräventive Sicherungsmaßnahmen, die in der Regel die Unterbringung in einem Gemeinschaftshaftraum einschließen.

Eine gegebenenfalls notwendige stationäre psychiatrische Versorgung des Strafvollzugs Bielefeld-Brackwede I erfolgt über das nicht-psychiatrische Justizvollzugskrankenhaus Fröndenberg bzw., sofern es die Sicherheitsaspekte erlauben, vorrangig in der für die Heimatregion des Patienten zuständigen Klinik der Regionalversorgung (meist Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Ev. Krankenhaus Bielefeld, Westfälisches Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie Paderborn, Westfälisches Zentrum für Psychiatrie und Neurologie Gütersloh). Ist eine Aufnahme in der regional zuständigen Klinik nicht möglich, etwa weil diese zu weit entfernt liegt oder der Patient keine regionale Verwurzelung hat, wird eine Aufnahme in der nächstgelegenen Klinik des Landschaftsverbandes, d.h. der Westfälischen Klinik in Gütersloh angestrebt.

Die ambulante konsiliar-psychiatrische Behandlung erfolgt regelmäßig zweiwöchentlich sowie in Notfällen nach Bedarf. Unterstützend ist für einige wenige Inhaftierte auch die Verordnung psychiatrischer Hauskrankenpflege möglich, d.h., wöchentlich einmalige Besuche in Haft durch eine Fachkrankenschwester bzw. einen Fachkrankenpfleger für Psychiatrie.

Die vollzugsinternen Angebote des Psychologischen Dienstes bzw. des Sozialdienstes umfassen Möglichkeiten für stützende psychologische Interventionen, ein soziales Kompe-

tenztraining, Suchtberatungsangebote bzw. eine gezielte Therapievorbereitung für Drogen- und Alkoholkonsumenten, Schuldnerberatungen sowie in Kooperation mit externen Trägern der Straffälligenhilfe eine Entlassungsvorbereitung für Gefangene, die sich auf ihre Haftentlassung vorbereiten und bei denen ein besonderer sozialarbeiterischer Handlungsbedarf besteht.

Obgleich das therapeutische und sozialarbeiterische Angebot der JVA Bielefeld-Brackwede I somit vergleichsweise umfassend ist, ist es zum gegenwärtigen Zeitpunkt aus Sicht der betroffenen Inhaftierten sowie der Mitarbeiter dennoch nur für eine geringe Anzahl Inhaftierter zugänglich und scheint somit kaum ausreichend.

1.3 Die Klassifikation psychischer Erkrankungen

Der Begriff der psychischen Störungen bezeichnet ein komplexes und weites Spektrum von über 500 einzelnen Diagnosen, die in den derzeit gebräuchlichsten Diagnose- und Klassifikationssystemen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994; deutsche Übersetzung Saß et al., 1996) und der Sektion F der International Classification of Diseases (ICD-10, World Health Organization, 1993; deutsche Übersetzung Dilling et al., 2000) differenziert und umfassend beschrieben sind. Mittels der auf diese Weise explizit formulierten diagnostischen Kriterien, die Symptom-, Verhaltens-, Leidens- und psychosoziale Merkmale umfassen, ergibt sich eine vergleichsweise hohen Interraterreliabilität bei der Erfassung psychischer Störungen. Obgleich in den beiden Klassifikationssystemen der WHO und APA unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden, sind beide Systeme dennoch aufeinander abgestimmt und erreichen einen hohen Übereinstimmungsgrad, so dass eine parallele Diagnostik in beiden Klassifikationssystemen praktikabel ist (Schulte-Markwort et al., 2002) und auch bei der vorliegenden Studie umgesetzt wurde.

Der Vorteil des deskriptiven, „atheoretischen“ Ansatzes, der in beiden Klassifikationssystemen angestrebt wurde, liegt vor allem in einer verbesserten Reliabilität sowie Kommunizierbarkeit. Gleichzeitig ist jedoch kritisch anzumerken, dass mit dem kriterienorientierten Ansatz die Gefahr einer Vernachlässigung bzw. Aufgabe klinisch bedeutsamer Konzepte und Interpretationen besteht.

Da ICD-10 und DSM-IV ein Komorbiditätsprinzip verfolgen, bei dem voneinander unabhängig so viele Störungen diagnostiziert werden, wie erforderlich, um die gesamte Sym-

ptomatik vollständig abzubilden, ist eine erhöhte Anzahl diagnostizierter Störungen zu erwarten. Dieses kann einerseits zu einer besseren Abbildung therapierelevanter Aspekte führen (Angst, 1994), birgt jedoch gleichzeitig auch die Gefahr verstärkter Stigmatisierungsprozesse.

Mit der Einführung der diagnostischen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV erfolgte auch die Entwicklung standardisierter diagnostischer Instrumente, in denen eine Operationalisierung der für das Vorliegen einer spezifischen Erkrankung erforderlichen Kriterien erfolgte. Dem DSM-IV entspricht dabei das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID I, Spitzer et al., 1987 a; deutsche Version Wittchen et al., 1997; SKID II, Spitzer et al., 1987 b; deutsche Version Wittchen und Fydrich, 1997).

Das DSM-IV ist unterteilt in 17 Hauptgruppen, wobei jede Hauptgruppe weitere Einheiten bzw. Störungen beinhaltet. Darüber hinaus erfolgt eine multiaxiale Beurteilung auf folgenden fünf Achsen:

Achse	Beurteilung
Achse I	Klinische Störungen, andere klinisch relevante Probleme
Achse II	Persönlichkeitsstörungen, geistige Behinderung
Achse III	Medizinische Krankheitsfaktoren
Achse IV	Psychosoziale oder umgebungsbedingte Probleme
Achse V	Globale Beurteilung des Funktionsniveaus (GAF)

Die Diagnostik psychischer Störungen mit Ausnahme von Persönlichkeitsstörungen, die ebenso wie geistige Behinderungen auf Achse II erfasst werden, erfolgt auf Achse I, auch andere klinisch relevanten Probleme können hier kodiert werden. Die Diagnostik erlaubt bei Vorliegen mehrerer Achse I-Störungen die gleichwertige Kodierung aller Störungen.

Achse III erfasst aktuelle medizinische Krankheitsfaktoren, die ätiologisch oder therapeutisch für die psychopathologischen Störungen der ersten beiden Achsen relevant sind. Bei einem Vorliegen derartiger medizinischer Krankheitsfaktoren werden diese mittels ICD-10 kodiert.

Die Achse IV dient der Ermittlung umgebungsbedingter und psychosozialer Faktoren, welche Diagnose, Therapie und Prognose einer psychischen Erkrankung beeinflussen können. Die auf Achse IV erfassten Faktoren beziehen sich dabei auf Probleme mit der Hauptbezugsgruppe, Probleme im sozialen Umfeld, Ausbildungsprobleme, berufliche Probleme, Wohnungsprobleme, wirtschaftliche bzw. finanzielle Probleme, Probleme beim Zugang zu

Einrichtungen der Krankenversorgung bzw. der eigenen Gesundheitsversorgung sowie Probleme mit dem Rechtssystem bzw. Delinquenz.

Auf Achse V wird in einer abschließenden Beurteilung das allgemeine Funktionsniveau des Betroffenen mittels der Global Assessment of Functioning Skala (GAF-Skala) erfasst. Zur Ermittlung des GAF-Wertes werden psychische, soziale und berufliche Funktionsbereiche durch den Interviewer beurteilt und mit einem Zahlenwert zwischen 0 und 100 verbunden, wobei höhere Zahlenwerte auf ein höheres Funktionsniveau des Betroffenen hinweisen.

1.4 Epidemiologische Studien der Allgemeinbevölkerung

Für die aktuellen Klassifikationssysteme fehlten im deutschen Sprachraum über lange Zeit verlässliche Schätzungen zur Morbidität in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung der 18- bis 64-jährigen (Meyer et al., 2000). Wesentliche Daten wurden hier in den vergangenen Jahren vor allem durch die Lübeck-Greifswald Forschungsgruppe im Rahmen der TACOS-Studie (Meyer et al., 2000) sowie im Rahmen des Bundesgesundheits surveys (Wittchen und Jacobi, 2001; Wittchen et al., 1999; Jacobi et al., 2004) ermittelt, so dass mittlerweile verlässliche Daten vorliegen.

Im Rahmen des Gesamtprojektes „Transition in Alcohol Consumption and Smoking“ (TACOS) untersuchten Meyer et al. im Zeitraum von 1996 bis 1997 mittels „Münchener Composite Diagnostic Interview“ (M-CIDI, Wittchen et al., 1995) auf der Grundlage des DSM-IV eine Stichprobe von 4075 erwachsenen Personen zur Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen. Die Ergebnisse zeigten eine mit einer Häufigkeit von 15,1 % vergleichsweise hohe Lebenszeitprävalenz für den Bereich der Angststörungen, gefolgt von 12,9 % somatoformen Störungen, 12,3 % affektiven Störungen, 9 % Störungen durch den Konsum psychotroper Substanzen (exklusive Nikotin), sowie 0,7 % Essstörungen.

Mit 30,2 % litt etwa ein Drittel der untersuchten Studienteilnehmer und –teilnehmerinnen mindestens einmal in ihrem Leben unter einer psychischen Störung, 42 % dieser Gruppe erfüllten zudem die Kriterien für mindestens eine weitere Störung.

Die von Meyer et al. publizierten Lebenszeitprävalenzraten konnten in dem von Wittchen und Jacobi verfassten Bericht zum Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ des Bundesge-

sundheitssurveys 1998/99 zwar weitgehend repliziert werden, die Lebenszeitprävalenz von insgesamt 42,6 % lag jedoch deutlich höher.

Das Survey umfasste die bundesweite Untersuchung von 4181 Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren unter Anwendung der schriftlichen Form des M-CIDI (M-CIDI-S) und zeigte neben den Lebenszeit- auch 12- und 1-Monatsprävalenzraten für die deutsche erwachsene Bevölkerung. Die Ergebnisse zeigten, dass in den vergangenen zwölf Monaten vor der Untersuchung 32,1 % der Studienteilnehmer unter mindestens einer psychischen Störung litten. Dies entspricht einem Bevölkerungsanteil von 15,61 Millionen Menschen. Neben dem Gesamtbereich der somatoformen Störungen, die eine Prävalenzrate von 11,0 % aufwiesen, erreichten vor allem affektive Störungen mit 11,5 % sowie der Bereich der Angststörungen mit 14,5 % hohe Prävalenzraten, wobei insbesondere die Major Depression mit 8,3 % einen hohen Anteil ausmachte. Bei 6,8 % der Probanden wurde die Diagnose einer Substanzabhängigkeit gestellt, 2,6 % litten unter einer psychotischen Störung (Zwölfmonatsprävalenz). Ein mit 48 % hoher Anteil der Untersuchungsteilnehmer mit einer Diagnose litt unter zwei oder mehreren Störungen (Komorbidität).

Obgleich bislang für den deutschen Sprachraum nur wenige Studien zur Prävalenzrate von Persönlichkeitsstörungen vorliegen, gehen Schätzungen davon aus, dass etwa 10 % der Allgemeinbevölkerung unter einer Persönlichkeitsstörung leiden (Maier et al., 1992). Internationale Studien erbrachten vergleichbare Befunde (Reich et al., 1989; Zimmermann und Coryell, 1989). Die spezifischere Untersuchung der psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch behandelten Bevölkerung zeigt darüber hinaus eine hohe Komorbidität zwischen Achse I- und Persönlichkeitsstörungen (Achse II nach DSM), verbunden mit einer gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhten Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in dieser Personengruppe (Tyrer und Alexander, 1979; Tyrer et al., 1979; Tyrer et al., 1983; Koenigsberg und Kaplan, 1985). In einer deutschen Studie zur Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen bei stationär behandelten Patienten einer Psychosomatischen Fachklinik fanden Fydrich et al. (1996) bei 27,1 % der behandelten Patienten mindestens eine komorbide Persönlichkeitsstörung. Zudem besteht eine hohe Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen untereinander (Widiger et al., 1991), so dass die bisherige Forschung zur Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen darauf hinweist, dass die meisten Menschen, die die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllen auch andere komorbide Persönlichkeitsstörungen aufweisen (Fiedler, 2001).

In Bezug auf die Versorgungssituation zeigte das Bundesgesundheitsurvey bei alleiniger Betrachtung von Achse I-Störungen eine medizinisch-therapeutische Versorgung bei 36,4 % aller Störungen (Zwölfmonatsprävalenz), variierend zwischen einem Versorgungsanteil von 29 % bei Substanzstörungen und 50,1 % bei affektiven Störungen. Auch der Bereich der Angst- und Zwangsstörungen wies eine mit durchschnittlich 43,6 % hohe Behandlungsquote auf. Dabei wurde der Begriff einer Behandlung bewusst weit gewählt und umfasste zunächst jegliche Art von medizinisch-therapeutischen Kontakten, ungeachtet der Institution, der Intervention, Häufigkeit und Adäquatheit der Behandlung. Der Anteil von Betroffenen, die eine der Störung angemessene psychotherapeutische Behandlung erhalten, wird von Wittchen und Jacobi nur auf 10 % geschätzt, so dass sich eine gravierende Unterversorgung zeigt.

Zusammenfassend zeigen die Studien zur Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung hohe Erkrankungshäufigkeiten verbunden mit einer erheblichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Unterversorgung. Da in den bestehenden Studien aus Gründen der Praktikabilität soziale Randgruppen mit einer erwarteten hohen Prävalenz psychischer Erkrankungen, wie beispielsweise Obdachlose aber auch Inhaftierte deutlich unterrepräsentiert sind, ist nach Ansicht der Autorin davon auszugehen, dass die vorliegenden Ergebnisse eher konservative oder sogar falsch zu niedrige Schätzungen sind.

1.5 Studien zur Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Inhaftierten

Während bislang nur wenige deutsche Studien zur Prävalenz psychischer Störungen bei Häftlingen existieren, hat diese Personengruppe international weitaus größere Beachtung gefunden.

Die vergleichsweise große Anzahl amerikanischer Studien zur psychischen Situation Inhaftierter mag möglicherweise damit zusammenhängen, dass die USA die weltweit höchste prozentuale Hafttrate aufweisen (Jemelka et al., 1993). Es wird vermutet, dass in den sogenannten Änderungseinrichtungen der USA etwa doppelt so viele Menschen mit ernsthaften psychischen Störungen untergebracht sind, wie in psychiatrischen Kliniken (Torrey, 1995). Die Ergebnisse variieren jedoch zwischen unterschiedlichen Haftformen und Institutionen erheblich (Powell et al., 1997).

In zwei epidemiologischen Untersuchungen von 1984 und 1985 bei männlichen Inhaftierten in den USA (N= 728) zeigte Teplin (1990, 1994) hohe Prävalenzraten für psychische Erkrankungen in Haftanstalten. 30,7 % der Untersuchungsteilnehmer litten gegenwärtig unter einer schweren psychischen Störung oder einer substanzbezogenen Störung (Lebenszeitprävalenz 61,8 %), viele litten unter beiden Störungsgruppen. Etwa 50 % der untersuchten Inhaftierten zeigten Merkmale einer antisozialen Persönlichkeitsstörung. Verglichen mit der Allgemeinbevölkerung waren über alle Subgruppen hinweg die Prävalenzraten der Inhaftierten in Bezug auf Schizophrenie, Major Depression und Manie gegenüber der Allgemeinbevölkerung um das zwei- bis dreifache erhöht.

In ihrer Zusammenfassung von fünf maßgeblichen amerikanischen Studien mit männlichen Strafgefangenen kamen Jemelka et al. (1993) zu einer teils erheblichen Varianz von 1,5 bis 4,4 % für Schizophrenie, 0,2 bis 1,9 % für schizophreniforme Erkrankungen, 3,5 bis 11,4 % für Depression, 4,6 % für Dysthymie, 0,7 bis 3,9 % für Manie, 7,8 bis 50,9 % für Antisoziale Persönlichkeitsstörungen, 6,6 bis 66 % für Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit sowie 24,4 bis 61,0 % für Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit.

Unabhängig von der beschriebenen hohen Varianz zeigten auch andere internationale Studien eine gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhte Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Inhaftierten. So untersuchten Agbahowe et al. (1998) in einem nigerianischen Gefängnis 100 Inhaftierte mit dem General Health Questionnaire (GHQ-30, Golderberg, 1978) und dem Psychiatric Assessment Schedule (PAS, Tyrer et al., 1988) und fanden 34 Personen mit DSM-III-R Achse I-Diagnosen.

Brinded et al. (2001) untersuchten mittels CIDI (Composite International Diagnostic Interview, WHO, 1990) und einem Fragebogen zu Persönlichkeitsstörungen (Personality Disorders Questionnaire PDQ, Hyler, 1994) psychiatrische Störungen bei Inhaftierten aller neuseeländischen Haftanstalten und fanden gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhte Prävalenzraten insbesondere in Bezug auf Substanzabusus, psychotische Störungen, Major Depression, bipolare Störungen, Zwangsstörungen sowie Posttraumatische Belastungsstörungen, verbunden mit einer zumeist deutlichen psychiatrischen Unterversorgung.

In einer australischen Studie untersuchten Herrman et al. (1991) insgesamt 189 Inhaftierte mittels SKID (DSM-III-R) und fanden eine Lebenszeitprävalenz von 82 %, wobei 26 % der Studienteilnehmer unter mehreren psychischen Erkrankungen litten. 69 % der Befragten litten unter einer Substanzabhängigkeit oder einem Substanzmissbrauch.

Fazel und Danish (2002) fassten in einer systematischen Übersicht 62 Studien aus zwölf Ländern (insgesamt 22.790 Inhaftierte) basierend auf validierten Instrumenten zusammen und fanden trotz teilweise substanzieller Heterogenität zwischen einzelnen Studien vergleichbare Prävalenzraten in Höhe von 3,7 % für psychotische Erkrankungen und 10,0 % für Major Depression. 65 % der untersuchten Inhaftierten wiesen eine Persönlichkeitsstörung auf, darunter 47 % eine antisoziale Persönlichkeitsstörung. Verglichen mit der amerikanischen oder britischen Allgemeinbevölkerung ist die Häufigkeit psychotischer Erkrankungen bei Inhaftierten somit um das zwei- bis vierfache erhöht, in Bezug auf die Persönlichkeitsstörungen sogar verzehnfacht. Die Autoren sahen bei diesen deutlich erhöhten Raten psychischer Erkrankungen in Haft eine erhebliche Unterversorgung. So seien z.B. die von der Europäischen Konvention für Menschenrechte geforderten Standards nicht erfüllt.

Europäische Studien zeigten übereinstimmend hohe Gesamtprävalenzraten für psychische Störungen bei Inhaftierten (Blaauw et al., 2000). So lag die Lebenszeitprävalenz bei 71 % in Dänemark (Anderson et al., 1996), 71 % in England (Birmingham et al., 1996), die Sechsmonatsprävalenz lag in Dänemark bei 64 % (Anderson et al., 1996) sowie bei 62 % in England (Birmingham et al., 1996). In den Niederlanden wurde eine Zwölfmonatsprävalenz von 80 % gezeigt. (Bulten, 1998). Eine erste staatliche umfassende Untersuchung psychischer Gesundheit bei Gefangenen in Großbritannien zeigte 1998 eine deutlich gegenüber der Allgemeinheit erhöhte Punktprävalenz. Nur einer von zehn untersuchten Inhaftierten zeigte keine Anzeichen psychischer Erkrankung, 20 % litten unter mehr als einer Erkrankung (Singleton et al., 1998).

James et al. (1980) stuften bei einer Untersuchung britischer Inhaftierter 10 % der Studienteilnehmer als medikamentös behandlungsbedürftig ein. Weiterhin diagnostizierten sie bei 35 % eine Persönlichkeitsstörung, bei 25 % stand eine Abhängigkeitserkrankung im Vordergrund, 5 % litten unter einer schizophrenen Erkrankung. Die Autoren kamen zusammenfassend zu dem Schluss, dass zwei Drittel der von ihnen untersuchten Häftlinge psychiatrische Hilfe benötigte.

Als Teil eines finnischen Gesundheitsprojektes bei 1099 finnischen Inhaftierten, von denen sich 82 % einer Untersuchung psychischer Erkrankungen unterzogen, fand Joukamaa bei 56 % eine psychiatrische Erkrankung (Joukamaa, 1995). Da zur Untersuchung zwar verschiedene Quellen genutzt wurden, eine direkte psychiatrische Untersuchung jedoch

ausblieb, können die Daten zwar nur vorsichtig interpretiert werden, weisen jedoch ebenfalls auf eine gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhte Prävalenz hin.

Unabhängig von diesen Variationen zeigen die vorhandenen epidemiologischen Studien, dass die Lebenszeitprävalenz verurteilter Inhaftierter etwa mit der von Untersuchungshäftlingen übereinstimmt, während die gegenwärtige Prävalenz der verurteilten Inhaftierten zumeist niedriger ist. Anzunehmen ist dabei, dass die Untersuchungshaft eine besondere Belastung darstellt, in der auch die Prävalenz aktueller psychischer Erkrankungen erhöht ist.

Die teilweise substantiellen Unterschiede in den Ergebnissen verschiedener epidemiologischer Untersuchungen bei Inhaftierten sind vermutlich auf die verschiedenen diagnostischen Instrumente und Klassifikationssysteme, unterschiedliche Stichproben, eine unterschiedliche Bandbreite der untersuchten Störungen (z. B. Ein- oder Ausschluss von Persönlichkeitsstörungen), aber auch die unterschiedlich definierten Prävalenzzeiträume zurückzuführen. Unter Berücksichtigung all dieser Differenzen kommt Blaauw zu einer zusammenfassenden Schätzung laut der etwa 5 % der Inhaftierten eine psychotische Störung haben, 25 % leiden unter einer affektiven Störung oder einer Angststörung, 40 % haben eine substanzbezogene Störung, so dass insgesamt etwa 63 % aller Inhaftierten die Kriterien einer psychischen Störung erfüllen (Blaauw et al., 2000).

Zusammenfassend zeigt der gegenwärtige Stand der Forschung zur Häufigkeit psychischer Störungen bei Inhaftierten ein heterogenes Bild in Bezug auf die Prävalenzraten einzelner Erkrankungen. Dennoch konnte durchgängig eine gegenüber der Allgemeinbevölkerung substantiell erhöhte Gesamtprävalenz gezeigt werden. Insbesondere der Anteil der Inhaftierten mit substanzbezogenen Störungen scheint erheblich gegenüber Vergleichsdaten der Allgemeinbevölkerung erhöht, eine darüber hinaus erhöhte aktuelle Prävalenz psychischer Erkrankungen wurde in mehreren Studien bei Untersuchungshäftlingen gefunden.

Diese Ergebnisse zur Prävalenz stehen in scharfem Kontrast zur psychiatrischen Versorgungssituation der untersuchten Haftanstalten. So fanden z.B. Birmingham et al. (1996), dass nur bei 9 % der Inhaftierten eine psychiatrische Störung erkannt wurde. Daher müsse dringend eine adäquate psychiatrische Ausbildung von Bediensteten sowie diagnostische und therapeutische Behandlungsmaßnahmen etabliert werden. Dabei bräuchten die Inhaftierten nicht zwangsläufig immer eine rasche psychiatrische Behandlung im engeren Sinne

sondern unterstützende psycho- bzw. sozialtherapeutische Angebote, was vor dem Hintergrund der oft niedrigen Personaldecke insbesondere in Bezug auf psychiatrisch geschulte Bedienstete zumeist nicht gegeben ist.

Gunn et al. (1991) untersuchten in 16 Haftanstalten für jugendliche und erwachsene Straftäter in England und Wales 1478 Personen anhand einer klinisch-psychiatrischen Diagnostik und fanden bei 37 % der Befragten psychiatrische Störungen. Bezüglich des Behandlungsbedarfs stuften die Autoren 5 % als stationär psychiatrisch behandlungsbedürftig ein, 6 % benötigten eine Behandlung in einer therapeutischen Gemeindeeinrichtung und weitere 10 % benötigten psychiatrische Behandlung innerhalb der Haftanstalt. Die Autoren kamen aufgrund der erhöhten Prävalenz psychischer Erkrankungen zu der Schlussfolgerung eines deutlich erhöhten Behandlungsbedarfs für Straftäter, der neben der Schaffung von Therapieplätzen außerhalb der Haftanstalten auch einen Ausbau der bestehendertherapeutischen Möglichkeiten innerhalb des Strafvollzugs notwendig mache.

Neben den beschriebenen europäischen epidemiologischen Studien bei Inhaftierten beschäftigt sich insbesondere eine österreichische Studie mit der Thematik der Suizidalität als dem dramatischsten Teilaspekt psychischer Erkrankungen in Haft (Bundesministerium für Justiz Österreich, 2001). Anlässlich einer Reihe von tragischen Suiziden in der JVA Stein im Jahr 2001 wurde durch den Justizminister eine mit Fachleuten aus Österreich und Deutschland besetzte Expertenkommission eingesetzt. Die Untersuchungskommission hatte unter anderem den Arbeitsauftrag, die psychiatrische bzw. therapeutische Versorgung zu beschreiben und zu analysieren sowie Vorschläge für ein wirksameres und zweckmäßigeres Vorgehen zu erarbeiten. Die Expertenkommission kam in ihrem Bericht unter anderem zu dem Ergebnis eines Anstiegs der Zahl der Insassen mit psychiatrischen Anamnesen und Vorbehandlungen, der bei suchtkranken Insassen am ausgeprägtesten war.

Erheblich angestiegen war auch der Anteil der Inhaftierten, die als medizinisch, psychologisch, sozialtherapeutisch oder sozialpädagogisch behandlungsbedürftig eingeschätzt wurden.

In der Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen schlug die Kommission einerseits die Einrichtung von drei bis vier kleinen psychiatrischen Akutabteilungen sowie einer Abteilung für chronisch psychisch kranke Inhaftierte des Normalvollzugs vor, andererseits sei auch die Schaffung externer Unterbringungsmöglichkeiten mittels rehabilitativ-orientierter Einrichtungen öffentlicher psychiatrischer Krankenanstalten wünschenswert. Obgleich in allen Justizvollzugsanstalten ein psychologischer Dienst vorgesehen war, zeigte

die Untersuchungskommission diesbezüglich eine beträchtliche Differenz zwischen Ist- und Sollzustand in Bezug auf vorgesehene Planstellen auf, die für den Psychologischen Dienst 27,7 % und für den Sozialen Dienst 20,0 % betrug.

Als Ursache der beschriebenen Zunahme von Suiziden in Haftanstalten benannten Frottier et al. nach einer Analyse von 410 Suiziden in österreichischen Haftanstalten im Zeitraum von 1947 – 1999 neben bekannten Risikofaktoren (Verlust des vertrauten sozialen Gefüges, Verlust der Autonomie, ungewisse Zukunft, Hoffnungslosigkeit und soziale Diskriminierung) auch das vermehrte Angebot an Einzelhafträumen. Hierdurch werde zwar zunächst eine Entlastung des Gesamtklimas erreicht, suizidale Handlungen seien jedoch ebenso erleichtert worden. „Während also Einzelhafttraum und Fernsehen das Agitationsfeld für demonstrative Selbstbeschädigungen reduzierte, haben die Rückzugsmöglichkeiten und die durch das Fernsehen möglicherweise bedingte Sprachlosigkeit für die Gruppe der Vulnerablen das Suizidrisiko erhöht. Die Zunahme an Suiziden könnte demnach als Folge einer als Deprivation wahrgenommenen Veränderung der Haftbedingungen gesehen werden“ (Frottier et al., 2001, S. 93).

Neben diesem Aspekt einer Deprivation sehen Frottier et al. vor allem die erhöhte Prävalenz psychischer Erkrankungen insbesondere unter Untersuchungshäftlingen als Ursache der erhöhten Suizidrate und verweisen auf eine Gefangenenbefragung (N = 850), bei der 15,5 % der befragten Inhaftierten und 20,2 % der Untersuchungshäftling angaben, einen Suizidversuch hinter sich zu haben, 29,2 % aller Inhaftierten waren laut eigener Aussage bereits in psychiatrischer Behandlung, 38,7 % schätzten sich als alkohol- bzw. substanzabhängig ein. Diese Raten waren in der Gruppe der Untersuchungshäftlinge noch höher.

In Deutschland „fehlen bislang methodisch fundierte Studien zur Prävalenz psychischer Störungen im Justizvollzug, die ein größeres repräsentatives Sample einer Gefangenenpopulation mit standardisierten diagnostischen Instrumenten untersuchten und eine an internationalen Klassifikationssystemen orientierte Diagnose erarbeiteten“ (Konrad, 2003 a, S. 6). Erste Studien beschäftigten sich mit der Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Inhaftierten des offenen Vollzugs sowie DSM-IV Achse I-Störungen bei Untersuchungshäftlingen und Verbüßern von Ersatzfreiheitsstrafen. Eine umfassende Erhebung von DSM-IV Achse I- und Persönlichkeitsstörungen steht bislang jedoch aus.

Die Ursachen für das Forschungsdefizit in der psychiatrischen Untersuchung von Inhaftierten im deutschen Sprachraum sind vielschichtig. Mögliche Gründe bestehen in einer gerin-

gen öffentlichen Wahrnehmung des Justizvollzugs aber auch in praktischen Schwierigkeiten der Durchführung, bei der neben rechtlichen Fragen auch Sicherheitsbedenken geklärt werden müssen und für die Mitarbeiter einer JVA zwangsläufig eine vermehrte Arbeitsbelastung entsteht.

In seiner Untersuchung zu Persönlichkeitsstörungen an 90 Inhaftierten des offenen Vollzugs Ulm mittels SKID II fand Frädrich (Frädrich, 2000) bei 50 % der Inhaftierten mindestens eine Persönlichkeitsstörung, wobei die Ergebnisse innerhalb der unterschiedlichen Deliktkategorien z.T. stark variierten. Die Prävalenz war insbesondere im Bereich der Straftaten gegen Leib und Leben und der Straßenverkehrsdelikte deutlich erhöht. 22,2 % der Inhaftierten litten unter einer Persönlichkeitsstörung des Clusters A, bei 7,8 % wurde eine Störung des Clusters C diagnostiziert. Der höchste Anteil der Persönlichkeitsstörungen fand sich mit einem Anteil von 43,3 % im Bereich des Clusters B, wobei hier die antisoziale Persönlichkeitsstörung mit 36,7 % den größten Anteil ausmachte

Die vorliegenden Studien zu DSM-IV Achse I-Störungen zeigten bei einer Gruppe von Verbüßern von Ersatzfreiheitsstrafen (N = 100) (Konrad, 2003 b) sowie bei Untersuchungshäftlingen (N = 107) (Utting, 2002; Missoni et al., 2003) mittels DIA-X (Diagnostisches Expertensystem, Wittchen und Pfister, 1997) ebenso wie vergleichbare internationale Studien hohe Prävalenzraten psychischer Störungen.

Bei der Gruppe der Inhaftierten mit Ersatzfreiheitsstrafen betrafen die häufigsten psychischen Problembereiche Störungen durch psychotrope Substanzen. So litten 57 % der befragten Inhaftierten unter einer Alkoholabhängigkeit, bei 21 % wurde eine dysthyme Störung diagnostiziert, die Lebenszeitprävalenz für psychotische Symptome betrug 10 %. Aus soziodemografischer Sicht wiesen die Studienteilnehmer mit einem hohen Maß an Bildungsdefiziten sowie einer zumeist fehlenden regelmäßigen beruflichen Tätigkeit deutliche Ähnlichkeiten zu der Randgruppe der Obdachlosen auf, so dass in Ermangelung angemessener Interventionen ein weiterer sozialer Abstieg zu befürchten sei.

In der klinischen Befragung der Untersuchungshäftlinge wurde darüber hinaus deutlich, dass nur ein vergleichsweise geringer Anteil der psychischen Erkrankungen der Studienteilnehmer im Vollzug bekannt war. Während die aktuelle Prävalenz nach den Eintragungen in den Gesundheitsakten bei 39,8 % lag, betrug diese Rate in der Studie 74,0 % (Missoni et al., 2003).

Unter Anwendung des Selbstbeurteilungsverfahrens SCL-90-R untersuchten Blocher et al. (Blocher et al., 2000) in der Justizvollzugsanstalt Würzburg die aktuelle psychopathologische Belastung bei 239 Inhaftierten. Die Autoren berichteten von deutlichen bis sehr starken psychopathologischen Störungsmustern bei mehr als der Hälfte der Befragten mit einer besonders gehäuft auftretenden depressiv-ängstlichen Symptomatik und einer stärkeren Belastung bei Untersuchungshäftlingen und jüngeren Inhaftierten.

Der Global Severity Index (GSI) als Generalfaktor psychischer Erkrankungen und der Wert der Skala Depressivität waren bei den Häftlingen im Vergleich zur deutschen Normierungsgruppe deutlich erhöht. 10,9 % der Untersuchungspopulation hatten starke oder sehr starke Gedanken, sich das Leben zu nehmen oder hegten Gedanken an den Tod und ans Sterben.

1.6 Zur Versorgungssituation psychisch kranker Inhaftierter

Die international immer wieder bestätigte hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Inhaftierten in Verbindung mit einer steigenden Anzahl Gefangener (Konrad, 2000 b) geben Anlass, über die bundesweit unterschiedlich geregelten Versorgungsstrukturen nachzudenken. Nur vier Bundesländer (Baden-Württemberg, Berlin, Bayern, Sachsen) haben justizeigene psychiatrische Kliniken, die sich innerhalb von Justizanstalten befinden und dem Justizministerium unterstehen (Konrad, 2001). Ein einheitliches und allgemein akzeptiertes Versorgungskonzept existiert dabei nicht (Konrad, 2000 a). Grundsätzlich ist im Vergleich der allgemeinspsychiatrischen mit den justizpsychiatrischen Kliniken festzustellen, dass die Allgemeinspsychiatrie über eine bessere Ausstattung, einen höheren Ausbildungsstand des Personals und ein zeitgemäßeres Therapieangebot verfügt (Konrad und Missoni, 2001).

In Ländern ohne eigene Justizvollzugspsychiatrie erfolgt die ambulante und stationäre Versorgung der Gefangenen mit Hilfe von konsiliarischen Fachkräften (Missoni und Rex, 1997). Da somit eine ambulante oder stationäre Diagnostik bzw. Behandlung nur selten niedrigschwellig zur Verfügung steht ergibt sich nicht selten die Problematik, „dass die psychiatrische Versorgung von Gefangenen in den Justizvollzugsanstalten wesentlich von zwei Parametern beeinflusst wird: vom Grad der Verhaltensauffälligkeit des Gefangenen und vom Grad der Verfügbarkeit der Versorgung. In der Praxis zeigt sich, dass insbesondere chronisch psychisch gestörte bzw. kranke Gefangene, die sich im Alltagsbetrieb des

Gefängnisses nicht sonderlich störend bemerkbar machen, nicht immer zu einer Vorstellung beim Psychiater gelangen (und zwar besonders dort, wo eine Vorstellung mit Aufwand verbunden ist), obwohl diese Patienten auch im Hinblick auf die Problematik ihrer sozialen (Re-)Integration durchaus psychiatrischer Behandlung bedürfen würden.“ (Konrad, 2003 a, S. 7).

Mit der Zielsetzung, einen Überblick über die Behandlungsbeteiligung allgemeinspsychiatrischer Einrichtungen im Strafvollzug zu gewinnen, befragten Konrad und Missoni (Konrad und Missoni, 2001) die Chefärzte psychiatrischer Kliniken und Abteilungen sowie Anstaltsärzte der Justizvollzugsanstalten in Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen. Weder Nordrhein-Westfalen noch Rheinland-Pfalz verfügen über justizeigene psychiatrische Krankenhausabteilungen. Die Befragung zeigte, dass nur in sechs von insgesamt 106 psychiatrischen Abteilungen an Krankenhäusern regelmäßig Gefangene stationär versorgt werden, weitere 23 gaben an, stationäre Behandlungen von Gefangenen „gelegentlich“, „selten“ oder „im Notfall“ durchzuführen. Eine regelmäßige ambulante Behandlung erfolgte in insgesamt sechs Kliniken, darunter die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Ev. Krankenhaus Bielefeld, mit einer regelmäßigen 14-tägig erfolgenden ambulanten Behandlungsmöglichkeit sowie einer stationären Versorgung.

Trotz bislang fehlender zuverlässiger Schätzung des notwendigen Behandlungsbedarfs gehen Konrad und Missoni auf der Grundlage früherer Publikationen ohne Berücksichtigung von Entwöhnungsbehandlungen bei Substanzabhängigkeiten von einem Anteil von mindestens 3 % der Inhaftierten aus, der aus diagnostischen oder therapeutischen Gründen stationär-psychiatrischer Versorgung bedarf. Als Gründe für die geringe Inanspruchnahme der stationären Behandlung psychiatrischer Einrichtungen von JVA-Insassen sehen die Autoren neben organisatorischen Schwierigkeiten und Sicherheitsbedenken auf Seiten der Vollzugsbehörden sowie teilweise erfolgenden Verlegungen in den Maßregelvollzug auch eine „Vermeidungshaltung bzw. mangelnde Bereitschaft vieler Ärzte, Gefangene in öffentlichen Einrichtungen zu behandeln“ (Konrad und Missoni, 2001, S. 41).

In einer weiteren Befragung von Einrichtungen des Maßregelvollzugs (Missoni und Konrad, 1998) zeigte sich, dass sich insgesamt 17 Kliniken aus zehn Bundesländern an der stationären Versorgung von Gefangenen beteiligen. Die Gesamtzahl der stationär behandelten Inhaftierten betrug nach Angabe von Missoni und Konrad im Jahr 1996 187, also nur 0,085 % aller Gefangenen der entsprechenden zehn Bundesländer.

Konrad sieht in Bezug auf die psychiatrische Versorgung psychisch kranker Rechtsbrecher vor allem die Notwendigkeit einer engen Kooperation zwischen Justizvollzug, Maßregelvollzug und psychiatrischen Versorgungseinrichtungen. Beispielsweise könne eine Akutversorgung durch den Maßregelvollzug gewährleistet werden, während speziell eingerichtete Nachsorgebereiche im Justizvollzug nach Abklingen einer akuten Symptomatik Aufgaben der psychiatrischen Nachsorge übernehmen und im Sinne von Institutsambulanzen auch nach Haftentlassung eine ambulante psychiatrische Versorgung gewährleisten könnten (Konrad, 2003 a).

Eine diesbezügliche erste Studie mit quasi-experimentellem Design (Schneider, 1999) zeigte, dass eine Behandlung von Gefangenen im Rahmen einer außerhalb des Vollzugs befindlichen ambulanten psychotherapeutischen Versorgungseinrichtung auch zu einer Verbesserung der Legalprognose führt. Die Rückfallbelastung im Sinne einer erneuten Straffälligkeit von mit mindestens 20 Sitzungen behandelten Straftätern war mit 35,9 % nach im Durchschnitt vier Jahren signifikant geringer als bei einer unbehandelten Vergleichsgruppe aus dem Regelvollzug (47,4 %).

2 FRAGESTELLUNGEN UND ZIELE

Ausgehend von der in internationalen Studien übereinstimmend festgestellten hohen Prävalenz psychischer Störungen bei Inhaftierten, verbunden mit einem erhöhten Behandlungsbedarf, ergibt sich die Notwendigkeit methodisch fundierter Untersuchungen für den deutschen Sprachraum.

In der vorliegenden Studie wurde das Ziel verfolgt, Art und Auftretenshäufigkeit psychischer Erkrankungen bei einer Stichprobe männlicher Inhaftierter im geschlossenen Vollzug zu überprüfen. Darüber hinaus ergab sich die Frage nach möglichen Prädiktoren bzw. Risikofaktoren für das Vorliegen einer psychischen Erkrankung, von besonderem Interesse waren Haftart, Haftdauer, Delikt, Alter bei erster Straftat, soziale Bezüge innerhalb und außerhalb des Vollzugs und soziodemografischen Daten wie Alter, Schulbildung oder Familienstand.

Neben diesen grundlegenden Fragestellungen bestand eine weitere Zielsetzung der Studie in der Feststellung des Behandlungsbedarfs, der sich aus der Diagnostik der psychischen Erkrankungen ergab und der von hoher praktischer Relevanz für den Strafvollzug ist. Im Sinne einer Überprüfung der Bedarfsgerechtigkeit der gegenwärtig erfolgenden Behandlung wurde hierbei der Behandlungsbedarf, der sich im Rahmen der Untersuchung ergab, in Beziehung gesetzt zu tatsächlich erfolgten Behandlungen.

Folgende Hypothesen, die sich auf der Grundlage des bisherigen Forschungsstandes begründen, wurden überprüft:

Hypothese 1: Der Anteil der Inhaftierten mit mindestens einer aktuellen psychischen Störung ist gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht. Bei einem hohen Anteil der Gruppe der Inhaftierten mit einer psychischen Störung bestehen darüber hinaus mehrere (komorbide) psychische Erkrankungen.

Hypothese 2: Innerhalb der Inhaftierten sind Subgruppen mit Merkmalen zu identifizieren, die das Risiko aktueller und früherer (lifetime) Erkrankungen erhöhen. Da wegen der hohen psychischen Belastung der Haftsituation ein Effekt im Sinne einer Erhöhung des Risikos für eine Entwicklung psychischer Erkrankungen vermutet wird, werden insbesondere die lebenszeitlich verbüßte Haftdauer sowie die Dauer der gegenwärtigen Inhaftierung als Risikofaktoren betrachtet.

Hypothese 3: Bei einem erheblichen Anteil der Inhaftierten ist aktuell eine psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlungsbedürftigkeit gegeben. Dabei wird von einem gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhten Behandlungsbedarf ausgegangen.

Hypothese 4: Mit der gegenwärtig geleisteten psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung ist der tatsächliche Behandlungsbedarf nicht gedeckt.

3 MATERIAL UND METHODIK

3.1 Studiendesign und -durchführung

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine institutsbezogene epidemiologische Stichtagserhebung. Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum von 01.05.2002 bis zum 31.05.2003.

Die im Rahmen der Stichtagserhebung ermittelten möglichen Studienteilnehmer wurden zunächst brieflich (s. 8.1) über Inhalte, Zielsetzung und den geplanten Ablauf der Studie sowie die zufällige Auswahl der Probanden unterrichtet. Unter dem Hinweis auf die Datenschutzverpflichtung bei der Studiendurchführung wurde den jeweiligen Inhaftierten eine für die darauffolgende Zeit geplante Kontaktaufnahme durch die Interviewer angekündigt, bei der die Gefangenen die Möglichkeit haben sollten, weitere Informationen über die Studie zu erhalten und gegebenenfalls bestehende Fragen zu klären.

Die Kontaktaufnahme erfolgte bis auf wenige Ausnahmen, bei denen der Erstkontakt über die ebenfalls an der Studie beteiligte Anstaltsärztin U. Botthof hergestellt wurde, durch die Referentin. Bereits im Erstkontakt wurden die Inhaftierten über ihr Einverständnis zu einer Studienteilnahme befragt und erhielten bei Interesse eine schriftliche Einverständniserklärung (s. 8.1) mit nochmaligem Hinweis auf den Datenschutz zur Unterschrift vorgelegt. Bereits im Erstkontakt erfolgte der Hinweis, dass die Untersuchung nicht mit der Möglichkeit therapeutischer Maßnahmen in Verbindung stand.

Die Inhaftierten, die einer Teilnahme zustimmten, erhielten im Erstkontakt eine persönliche Mappe mit einem kurzen Anschreiben (s. 8.2), in dem die folgenden Fragebögen kurz erläutert wurden und die verwendeten Fragebögen SCL-90-R, CTQ, SKID II sowie der Fragebogen zur Haftsituation, gesundheitlichen Verfassung und Veränderungswünschen (s. 8.2) ausgehändigt wurden. Die Studienteilnehmer wurden gebeten, die Fragebögen ausgefüllt zu einem zweiten längeren Termin mit einer angekündigten Dauer von ca. zwei bis vier Stunden mitzubringen. Der zweite Termin fand in der Regel und in Absprache mit den Studienteilnehmern einige Tage nach Aushändigung der Fragebögen statt und diente der Durchführung der diagnostischen Interviews SKID I und SKID II. Daneben wurden auch unbeantwortet gebliebene Teile der ausgehändigten Fragebögen vervollständigt.

Die von den Studienteilnehmern gemachten Angaben zu Delikt, Haftdauer und Vorstrafen wurden mit den Angaben der Gesundheitsakte abgeglichen. Bei zehn zufällig ausgewählten Teilnehmern erfolgte darüber hinaus eine stichprobenartige Überprüfung mit den Angaben der Personalakte, die jedoch aufgrund der hohen Übereinstimmung im Folgenden

eingestellt wurde. Bei allen Studienteilnehmern erfolgte im Verlauf der Untersuchung eine Durchsicht der Gesundheitsakte, die zur Ergänzung, der im diagnostischen Interview gemachten Angaben diente.

Als Aufwandsentschädigung für eine Teilnahme erhielten die Probanden jeweils 5,00 Euro für das Ausfüllen der Fragebögen sowie weitere 5,00 Euro bei vollständiger Teilnahme an der Untersuchung, die den Inhaftierten auf ihr Konto der Vollzugsanstalt überwiesen wurden. Studienteilnehmer, bei denen im Untersuchungsverlauf eine psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit deutlich wurde, wurden im Anschluss an die Untersuchung auf die Möglichkeiten einer medizinisch-therapeutischen Behandlung im Rahmen des Vollzugs hingewiesen. Ein darüber hinausgehendes eigenes Versorgungsangebot konnte jedoch nicht gemacht werden.

3.2 Stichprobenermittlung

Um im Rahmen der Gesamtuntersuchung eine möglichst hohe Repräsentativität der Untersuchungsstichprobe zu erlangen, wurde eine Stichtagserhebung durchgeführt, mit der alle 105 zum Stichtag 01.05.2002 in Bielefeld-Brackwede inhaftierten Frauen in die Untersuchungsstichprobe eingingen. Da ein Ziel des Gesamtprojektes in der Untersuchung von Geschlechtseffekten bestand, wurde zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit eine gleich große, in Bezug auf Nationalität, Alter (< 21 Jahre, 21 Jahre bis 25 Jahre, 25 Jahre bis 30 Jahre, 30 Jahre bis 40 Jahre, 40 Jahre bis 50 Jahre, > 50 Jahre) und erwartete Haftdauer (Untersuchungshaft, Haftstrafe < 6 Monate, Haftstrafe 6 Monate bis 1 Jahr, 1 Jahr bis 5 Jahre, 5 Jahre bis 15 Jahre, > 15 Jahre) gegenüber der Frauenstichprobe parallelisierte Stichprobe der zum Stichtag inhaftierten Männer gezogen. Dem Kriterium der Nationalität wurde bei der Parallelisierung erste Priorität eingeräumt. War kein Inhaftierter gleicher Nationalität verfügbar, wurde nach den Kriterien Alter und Haftdauer ein Inhaftierter (deutscher oder ausländischer Herkunft) zufällig aus der Grundgesamtheit ausgewählt. Waren in einer Untergruppe mehrere Inhaftierte vorhanden, die die Parallelisierungskriterien erfüllten, wurden diese zufällig ausgewählt.

Im Untersuchungsverlauf zeigte sich, dass von dieser ursprünglichen Stichprobe aufgrund der vergleichsweise hohen Fluktuation in der Justizvollzugsanstalt (bedingt durch Entlassungen und Verlegungen) nur noch ein Teil der ursprünglichen Stichprobe der Männer erreichbar war, so dass nach denselben Kriterien wie bereits zuvor an einem zweiten Stich-

tag (01.02.2003) eine zweite, erneut 105 Männer umfassende Stichprobe gezogen und mit der ersten Stichprobe zusammengefasst wurde. Bedingt durch einen Anteil von 13 Männern, die durch das zufällige Auswahlverfahren an beiden Stichtagen ermittelt wurden, ergab sich für die Gesamtuntersuchung eine Anzahl von 197 männlichen Inhaftierten, die um eine Untersuchungsteilnahme gebeten wurden und deren Basisdaten in die vorliegende Studie einfließen. Von diesen insgesamt 197 männlichen Inhaftierten konnten 76 vollständig untersucht werden (s. auch Tabelle 1).

3.3 Instrumente

Die Erfassung soziodemografischer Merkmale (Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, Konfession, Familienstand, Zusammenleben vor der Inhaftierung, Ausbildungsniveau, Berufstätigkeit vor Inhaftierung) erfolgte im Rahmen einer mündlichen Befragung der Studienteilnehmer und wurde darüber hinaus stichprobenartig mit den Personalakten der JVA abgeglichen. Um neben diesen Daten auch Informationen zur Ursprungsfamilie zu erhalten, wurden die Studienteilnehmer in einem im Rahmen des Gesamtprojektes entwickelten Fragebogen (Fragebogen zur Haftsituation, gesundheitlichen Verfassung und Veränderungswünschen, s. 8.2) zu früheren Unterbringungen in einem Heim oder einer Pflegefamilie befragt und wurden gebeten, gegebenenfalls die zeitliche Dauer einer solchen Unterbringung anzugeben.

Juristisch relevante Merkmale, wie die Anzahl eventueller Vorstrafen, die Art der aktuellen Inhaftierung bzw. Dauer der aktuellen Freiheitsstrafe gemäß Verurteilung sowie die Art des zugrunde liegenden Deliktes, wurden im Interview erfragt und mit Daten der Gesundheitsakte abgeglichen. Bei mehreren aktuellen Delikten wurde dabei das schwerste Delikt zugrunde gelegt. Auch Informationen zum Rahmen der gegenwärtigen Haftsituation, wie die Art der Unterbringung, Beschäftigungssituation in Haft und Besuchssituation, wurden mündlich erfragt. Da hier keine Motivation für falsche Angaben zu vermuten war und eine Abgleich mit justizinternen Daten einen hohen Aufwand erfordert hätte, erfolgte aus Gründen der Praktikabilität keine Objektivierung. Neben den Selbstauskünften der Studienteilnehmer im Interview wurden juristisch relevante Merkmale zudem in einem im Rahmen des Gesamtprojektes entwickelten Fragebogen zur Haftsituation, zur gesundheitlichen Verfassung und zu Veränderungswünschen erfasst (s. 8.2). Erfragt wurde dabei von den

Inhaftierten die zeitliche Dauer der bislang verbüßten Haftstrafe bezogen auf die aktuelle Inhaftierung aber auch auf andere bislang verbüßte Haftstrafen. Die Gefangenen wurden gebeten abzuschätzen, wie lange Sie nach eigener Einschätzung noch in Haft bleiben, wobei hier explizit die subjektive Einschätzung der Gefangenen, die beispielsweise auch eine mögliche vorzeitige Haftentlassung einschloss, erfragt wurde. Neben diesen Angaben zum zeitlichen Rahmen der aktuellen Haft wurden die Studienteilnehmer nach Ihrem Alter bei erstmaliger Straffälligkeit (unabhängig von einer Verurteilung) gefragt. Den familiären Hintergrund betreffend wurden die Inhaftierten gebeten anzugeben, ob auch Angehörige bereits inhaftiert waren.

In Bezug auf die psychiatrische Vorgeschichte der Studienteilnehmer wurden im Interview sowohl gegenwärtige als auch zurückliegende psychiatrische Erkrankungen und Behandlungen (ambulant und stationär) erfragt. Ein Abgleich erfolgte hier mittels Informationen aus der Gesundheitsakte der JVA.

Die Erhebung soziodemografischer und juristisch relevanter Merkmale aber auch die Erfassung von Informationen zum Gesundheitszustand des Inhaftierten bestand somit neben den Selbstauskünften der Teilnehmer auch in objektivierbaren Daten. Bei Ablehnung einer Studienteilnahme wurden soziodemografische Grunddaten (Alter, Nationalität, Familienstand, Konfession) sowie juristische Informationen (Dauer der Haftstrafe, Art des Deliktes, Anzahl der Vorstrafen) erfasst. So bestand die Möglichkeit eines Vergleichs der Grunddaten von Studienteilnehmern und Nichtteilnehmern.

Neben diesem Verfahren unterzogen sich die Studienteilnehmer einer ausführlichen psychiatrischen Diagnostik für die das Strukturierte Klinische Interview zur Diagnostik psychischer Störungen SKID I (Spitzer et al., 1987 a; deutschsprachige Version Wittchen et al., 1997) und SKID II (Spitzer et al., 1987 b; deutschsprachige Version Wittchen und Fydrich, 1997) eingesetzt wurde. Das SKID ist ein semistrukturiertes klinisches Interview zur Ableitung von Symptomen, Syndromen und Diagnosen ausgewählter Achse I- (SKID I) und Achse II-Störungen (SKID II), entsprechend dem diagnostischen und statistischen Manual für psychische Störungen (DSM-IV). Darüber hinaus bietet das SKID wie bereits aufgeführt Kodierungsmöglichkeiten für eine Beurteilung der Achsen III (körperliche Störungen), IV (psychosoziale Belastungen) und V (globales Funktionsniveau).

Da dem Bereich möglicher Traumatisierungen neben der im SKID I enthaltenen Diagnostik Posttraumatischer Belastungsstörungen eine hervorgehobene Bedeutung eingeräumt wurde, wurde zur Erfassung kindlicher Traumatisierungen zusätzlich die deutsche Übersetzung des Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein und Fink, 1998; deutsche Version Driessen et al., 2000, unveröffentlicht) angewandt. In einem Selbstratingverfahren werden dabei auf einer fünf-stufigen Likert-Skala Vorhandensein und Schweregrad erlittener Kindheitstraumatisierungen in den Bereichen „sexueller Missbrauch“, „körperlicher Missbrauch“, „emotionaler Missbrauch“, „emotionale Vernachlässigung“ und „körperliche Vernachlässigung“ erfasst.

Zur Erfassung der aktuellen Psychopathologie diente als Selbstratinginstrument die Symptom-Check-Liste SCL-90-R (Derogatis, 1986; deutschsprachige Adaption Franke, 1995). Die SCL-90-R misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb eines Zeitfensters von einer Woche. Die neun Skalen beschreiben die Bereiche Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus. Drei globale Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten bei allen Items. Der GSI (Global Severity Index) misst die grundsätzliche psychische Belastung, der PSDI (Positive Symptom Distress Index) beschreibt die Intensität der Antworten und der PST (Positive Symptom Total) gibt Auskunft über die Anzahl der erfragten Items, bei denen eine Belastung vorliegt.

Zusätzlich zu der SCL-90-R wurde auf einer fünf-stufigen Likert-Skala von sehr gut bis sehr schlecht eine globale Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes erhoben (s. 8.2).

Psychosoziale Belastungen der Studienteilnehmer wurden im Rahmen des SKID I (Achse IV) erfragt und umfassten das mögliche Vorhandensein von Problemen in der Hauptbezugsgruppe, Problemen im sozialen Umfeld, Ausbildungsschwierigkeiten und beruflichen Problemen, wirtschaftlichen Problemen, Schwierigkeiten im Bereich medizinischer Versorgung sowie juristischen Problemen.

Das aktuelle globale Funktionsniveau (GAF) gemäß DSM-IV Achse V wurde nach Abschluss der diagnostischen Untersuchung unter Hinzuziehung aller vorliegenden Informationen durch die Interviewer beurteilt. Dabei wird die gegenwärtig bestehende psychische, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit des Probanden auf einem hypothetischen

Kontinuum zwischen seelischer Gesundheit und Krankheit mit einem entsprechenden Punktwert zwischen 10 (schwerste Beeinträchtigung) und 90 (gute Leistungsfähigkeit) eingestuft.

Der im Rahmen der psychiatrischen Diagnostik ermittelte Behandlungsbedarf wurde in einem im Rahmen des Gesamtprojektes entwickelten Bogens zur gegenwärtigen Behandlungsindikation erfasst und dokumentiert und umfasste die Erforderlichkeit eines Kontaktes zu psychiatrischen/psychosomatischen Diensten, psychotherapeutische, psychopharmakologische und psychosoziale Interventionsindikation sowie die Art einer notwendigen Behandlung. (s. 8.2). Der Schweregrad der psychischen Erkrankung wurde mit der allgemeinen Schweregradskala ASGS (Cooper, 1978) in einer Abstufung von 0 (= keine psychiatrische Abnormität) bis 4 (= schwere psychiatrische Störung, die eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik oder ein Krankenhaus erfordert) eingestuft. Einschränkend sei hier bereits darauf hingewiesen, dass es sich lediglich um eine grobe Einschätzung handelt, die auf dem klinischen Eindruck beruhte und der kein detaillierter Algorithmus zugrunde liegt. So blieb beispielsweise die Frage der konkreten Behandlungsmotivation, die für eine valide Bedarfsschätzung zu fordern wäre ebenso wie die spezifischen Haftbedingungen in der ASGS unberücksichtigt.

Neben der Fremdeinschätzung wurden auch die Gefangenen im Fragebogen zur Haftsituation, gesundheitlichen Verfassung und Veränderungswünschen zu notwendigen Behandlungsmaßnahmen befragt. Dabei bestand die Möglichkeit zwischen vier Optionen 1. einer Medikation, 2. Psychotherapie, 3. Unterstützung im sozialen Bereich sowie 4. einer nicht vorgegebenen Alternative den persönlichen Unterstützungsbedarf anzugeben.

3.4 Statistik

Die Daten wurden zunächst als Paper-Pencil-Version erhoben und im Rahmen der Datenauswertung in ein entsprechendes elektronisches Datenblatt übertragen.

Die Dateneingabe und statistische Analyse erfolgte mittels SPSS 10.0 und umfasste die Analysen von Gruppendifferenzen in Bezug auf die Repräsentativität (Studienteilnehmer versus Nicht-Teilnehmer, Grundgesamtheit NRW versus Stichprobe) mittels Chi-Quadrat-Tests und T-Tests. Soweit die Zellengrößen dies zuließen, erfolgte die Berechnung dabei

mittels Chi-Quadrat-Test nach Pearson, bei geringen Zellengrößen (< 5) erfolgte eine Berechnung des exakten Chi-Quadrat-Tests nach Fisher-Yates.

Ebenso wurden zur Analyse komorbider Störungen Chi-Quadrat-Tests gegen die Annahme einer Gleichverteilung der Prävalenzraten komorbider Störungen mit und ohne Vorliegen einer substanzbezogenen Störung bzw. Posttraumatischen Belastungsstörung berechnet.

Soweit vergleichbare Prävalenzraten aus der Allgemeinbevölkerung vorlagen, wurden Odds Ratios mit 95 %-Konfidenzintervallen berechnet. Das Odds-Ratio gibt dabei keine Informationen über die Größe des absoluten Risikos sondern zeigt, um welchen Faktor häufiger die jeweilige Erkrankung unter den zwei verschiedenen Bedingungen Haft versus nicht-inhaftierte Allgemeinbevölkerung auftritt.

Zur Analyse des Zusammenhangs zwischen Alter bei erster Straftat und Alter bei Beginn einer Achse I-Störung erfolgte eine Berechnung mittels Spearman-Rho ebenso wie die Berechnung des Zusammenhangs zwischen GAF-Wert und Anzahl diagnostizierter Störungen.

Weiterhin wurde eine schrittweise logistische Regression zu Vorhersage der Diagnose einer Achse I- und Achse II-Störung errechnet, die hier verwendeten Tests umfassten den Omnibus-Test, Nagelkerkes' R^2 sowie den Hosmer-Lemeshow-Test.

4 ERGEBNISSE

4.1 Repräsentativität der Stichprobe für NRW

Durch die bewusst gegenüber der Frauenstichprobe parallelisierte Stichprobe männlicher Untersuchungsteilnehmer ergeben sich zwangsläufig Einschränkungen in der Repräsentativität, die jedoch zugunsten des Gesamtprojektes in Kauf genommen wurden.

Da insbesondere der Anteil der ausländischen inhaftierten Frauen deutlich geringer war, als der der ausländischen Männer, ergab sich ein Überwiegen deutscher Studienteilnehmer in der Stichprobe im Vergleich zur Grundgesamtheit der in NRW inhaftierten Männer (9,6 % versus 36,6 %).

Vergleicht man die Verteilung der Haftdauer der Untersuchungsteilnehmer mit der Gesamtgruppe der in NRW inhaftierten Männer, zeigt sich, dass insbesondere die Gruppe mit Haftstrafen bis zu 6 Monaten in der Untersuchungsstichprobe signifikant geringer vertreten war (7,9 % versus 23,1 %, $\chi^2 = 13,4$, $df = 4$, $p \leq .01$). Ebenso ergab sich ein signifikanter Unterschied in der Verteilung der Altersgruppen gegenüber der Grundgesamtheit ($\chi^2 = 13,2$; $df = 4$, $p \leq .025$) mit signifikant höherer Anzahl jüngerer Inhaftierter in der Stichprobe.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass trotz leichter Einschränkungen eine gute Repräsentativität der Untersuchungsstichprobe für die Gesamtgruppe von Gefangenen in NRW gegeben ist. Neben der geringeren Anzahl ausländischer Teilnehmer ergeben sich dabei einige leichte Verschiebungen, so dass die jüngeren männlichen Strafgefangenen in der Studie im Vergleich mit der Landesebene über- und kurze Haftstrafen (bis zu 6 Monaten) unterrepräsentiert sind.

4.2 Vergleich der Studienteilnehmer und Nicht-Teilnehmer

Von den ursprünglich ermittelten 197 potentiellen Studienteilnehmern nahmen insgesamt 76 Männer sowohl an der schriftlichen Befragung als auch am diagnostischen Interview teil. Aufgrund der zeitlichen Dauer der Datenerhebung konnte ein Anteil von 71 Personen aufgrund von Entlassungen oder Verlegungen in andere Justizvollzugsanstalten nicht mehr untersucht werden. Ein Inhaftierter konnte aufgrund einer stationären Klinikbehandlung nicht befragt werden und verstarb noch im Untersuchungszeitraum an einer bekannten

HIV-Infektion, ein weiterer Strafgefangener konnte aufgrund der hohen von ihm ausgehenden Gefährdung nicht persönlich untersucht werden. Sieben Personen konnten aufgrund von unzureichenden Deutschkenntnissen nicht an der Studie teilnehmen.

Ein mit 41 Personen hoher Anteil der Inhaftierten lehnte eine Teilnahme ab, wobei zumeist ein deutliches Misstrauen gegenüber dem Studienzweck und der auch vollzugsintern bestehenden Schweigepflicht bestand. Neben diesen häufig genannten Gründen für die Ablehnung einer Teilnahme zogen auch vier Inhaftierte ihre zunächst erteilte Einwilligung für eine Teilnahme nach Ansicht der ausgehändigten Fragebögen unter Anspielung auf die „zu persönlichen Fragen“ des CTQ zurück, wobei diese Reaktion als möglicher Hinweis auf das Vorliegen einer Traumatisierung interpretiert werden könnte.

Ein Inhaftierter lehnte eine Studienteilnahme eindeutig ab, machte jedoch gleichzeitig einen dringenden Hilfsbedarf mit der Bitte um Weitergabe dieser Information deutlich. Trotz Weitergabe und daraufhin erfolgter Intervention suizidierte sich der Inhaftierte wenige Tage später, wobei in einer rückblickenden Untersuchung eine bislang vollzuglich nicht bekannte psychiatrische Auffälligkeit deutlich wurde.

Um auszuschließen, dass zwischen Studienteilnehmern und Nichtteilnehmern systematische Unterschiede bestehen, wurden beide Gruppen hinsichtlich mehrerer Merkmale verglichen. Dabei zeigte sich im Hinblick auf die soziodemografischen Daten Alter, Familienstand, Religionszugehörigkeit sowie in Bezug auf das begangene Delikt kein Unterschied der beiden Gruppen (Tabelle 1).

Ein signifikanter Unterschied beider Gruppen bestand in Bezug auf die Nationalität. Dies lässt sich durch den Ausschluss mehrerer Inhaftierter aufgrund sprachlich unzureichender Verständigungsmöglichkeiten erklären. Ein weiterer signifikanter Unterschied der beiden Gruppen zeigte sich hinsichtlich der Haftdauer. Vor allem die Anzahl der in Untersuchungshaft befindlichen Personen sowie der Personen mit kurzen Haftstrafen unter sechs Monaten war bei den Studienteilnehmern deutlich geringer als bei den Nichtteilnehmern.

Tabelle 1: Vergleich von Studienteilnehmern und Nichtteilnehmern

Merkmal	Teilnehmer	Nichtteilnehmer	Statistik
Alter in Jahren (MW (SD))	(n = 76) 34,0 (9,8)	(n = 90) ¹ 34,2 (8,9)	T = -0,4; df = 164; ns
Nationalität (%)	(n = 76)	(n = 90) ¹	CHI ² = 11,9; df = 2; p = .003
Deutsch	93,4	77,8	
Europäisches Ausland	5,3	22,2	
Außereuropäisches Ausland	1,3	0,0	
Familienstand (%)	(n = 76)	(n = 85) ¹	CHI ² = 1,0; df = 2; ns
ledig	64,5	58,8	
verheiratet	17,1	16,5	
geschieden	18,4	24,7	
verwitwet	0,0	0,0	
Religionszugehörigkeit (%)	(n = 75)	(n = 84) ¹	CHI ² = 3,5; df = 4; ns
evangelisch	48,0	39,3	
katholisch	28,0	31,0	
muslimisch	5,3	8,3	
sonstige Zugehörigkeit	6,7	13,1	
keine Religionszugehörigkeit	12,0	8,3	
Anzahl Vorstrafen (MW (SD))	(n = 76) 4,8 (4,8)	(n = 77) ¹ 3,5 (3,1)	T = 2,1; df = 127,4 ; p < .05
Deliktkategorie (%)	(n = 76)	(n = 90) ¹	CHI ² = 12,0; df = 9; ns
sexuelle Selbstbestimmung	6,6	7,8	
Tötung	9,2	2,2	
Körperverletzung	6,6	8,9	
Diebstahl/Unterschlagung	31,6	27,8	
Raub/Erpressung	11,8	16,7	
Begünstigung/Hehlerei	0,0	0,0	
Betrug/Untreue	13,2	7,8	
Urkundenfälschung	1,3	0,0	
Sonstige Straftaten	6,6	6,7	
Verstoß gegen Wehrstrafge- setz/Betäubungsmittelgesetz	7,9	18,9	
Verkehrsdelikte	5,3	3,3	
Haftkategorie laut Urteil (%)	(n = 76)	(n = 85) ¹	CHI ² = 40,5; df = 5; p < .001
Untersuchungshaft	6,6	24,7	
Freiheitsstrafe < 6 Monate	1,3	23,5	
Freiheitsstrafe 6 < 12 Monate	19,7	16,5	
Freiheitsstrafe 1 < 5 Jahre	55,3	25,9	
Freiheitsstrafe 5 < 15 Jahre	10,5	8,2	
Freiheitsstrafe ≥ 15 Jahre	6,6	1,2	

¹ Aufgrund von Entlassungen/Verlegungen konnten die erfragten Merkmale nicht für alle Personen ermittelt werden, so dass sich teilweise eine verringerte Anzahl von Nichtteilnehmern ergibt.

4.3 Soziodemografische Daten

Die an der Untersuchung teilnehmenden Gefangenen hatten ein durchschnittliches Alter von 34,0 Jahren ($M=34,0$; $SD=9,8$), der älteste Studienteilnehmer war 68 Jahre, der jüngste 22 Jahre (Tabelle 2).

Der Anteil der ausländischen Teilnehmer betrug 6,6 % gegenüber 93,4 % deutschen Studienteilnehmern, 5,3 % der ausländischen Teilnehmer waren dabei Bürger europäischer Staaten (geographisch), nur ein Teilnehmer war Staatsbürger eines außereuropäischen Landes (Syrien). Trotz dieser vergleichsweise geringen Zahl von Teilnehmern ausländischer Staatsangehörigkeit zeigte sich bei einer Befragung nach dem Geburtsland, dass nur ein Prozentsatz von 72,4 % der Inhaftierten gebürtig aus Deutschland stammte, ein Anteil von 27,6 % war aus anderen Staaten immigriert.

Der überwiegende Teil der Studienteilnehmer war ledig (64,5 %), nur 17,1 % der inhaftierten Männer waren verheiratet und weitere 18,4 % geschieden. Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in der Beschreibung der Wohnsituation wieder. Über die Hälfte der befragten Inhaftierten lebte vor Beginn der Haft alleine. Demgegenüber war in der Allgemeinbevölkerung im Jahr 2003 der mit 45,1 % überwiegende Teil der Bevölkerung verheiratet, 40,9 % waren ledig, 14,0 % waren verwitwet oder geschieden (Statistisches Bundesamt Deutschland b).

Das Bildungsniveau der Studienteilnehmer lag deutlich unter dem Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung. Nur 35,5 % der teilnehmenden Männer war es gelungen eine Berufsausbildung erfolgreich zu beenden (gegenüber 71,6 % in der Allgemeinbevölkerung (2004), Statistisches Bundesamt Deutschland c), wobei in den Berichten der Gefangenen häufig bereits in Ausbildungszeiten Auffälligkeiten deutlich wurden und viele eine oder mehrere Ausbildungen vorzeitig abgebrochen hatten.

Nur 44,7 % der Befragten waren vor der Inhaftierung einer regelmäßigen Berufstätigkeit nachgegangen, wobei hierbei illegale Beschäftigungen trotz des zur Arbeitsausübung notwendigen Funktionsniveaus nicht eingerechnet wurden.

Ogleich insgesamt nur wenige Informationen zur Herkunftsfamilie der Studienteilnehmer erfragt wurden, zeigte sich auch hier eine deutliche Abweichung zur Allgemeinbevölke-

rung insofern, als mit 36,5 % etwa ein Drittel der Inhaftierten Heimerfahrung hatte, die in ihrer zeitlichen Länge zwischen 2 Monaten und 10 Jahren variierte. Ein Anteil von 29,3 % gab außerdem an, auch Familienangehörige mit Hafterfahrung zu haben.

Tabelle 2: Soziodemografische Daten der Studienteilnehmer in % (n)

Merkmal	Prozent (N=76)
Alter	
< 25 Jahre	21,1 (16)
25 – 30 Jahre	26,3 (20)
30 – 40 Jahre	26,3 (20)
40 – 50 Jahre	17,1 (13)
> 50 Jahre	9,2 (7)
M (SD)	34,0 (9,8)
Nationalität	
Deutsch	93,4 (71)
Europäisches Ausland	5,3 (4)
Außereuropäisches Ausland	1,3 (1)
Herkunft nach Geburtsland	
Deutsch	72,4 (55)
Ausländische Herkunft	27,6 (21)
Familienstand	
Ledig	64,5 (49)
Verheiratet	17,1 (13)
Geschieden	18,4 (14)
Verwitwet	0,0 (0)
Zusammenleben vor der Inhaftierung	
Alleinlebend	51,3 (39)
Zusammenleben mit Partnerin/Partner	17,1 (13)
Zusammenleben mit Partnerin und Kindern	21,1 (16)
Zusammenleben mit anderen Personen	10,5 (8)
Religionszugehörigkeit	n = 75
Evangelisch	48,0 (36)
Katholisch	28,0 (21)
Muslimisch	5,3 (4)
Sonstige	6,7(5)
Keine Religionszugeh.	12,0 (9)
Max. Bildungsabschluss	
Kein Abschluss	21,1(16)
Sonderschulabschluss	6,0 (5)
Hauptschulabschluss	18,4 (14)
Realschulabschluss	10,5 (8)
Gymnasialabschluss	3,9 (3)
(Fach-)Hochschulabschluss	3,9 (3)
Lehre	35,5 (27)
Berufstätigkeit vor der Haft	44,7 (34)
Heimerfahrung	36,5 (27)
Familienangehörige mit Hafterfahrung	29,3 (22)

4.4 Juristisch relevante Merkmale

Die Probanden waren im Durchschnitt seit 26 Monaten durchgängig inhaftiert, wobei hier wie auch bei den folgenden Daten eine hohe Streuung ($SD=38,1$) zu beachten ist, die sich durch die teils extrem unterschiedlichen Haftstrafen von der kürzlich angetretenen Untersuchungshaft (Min. 1 Monat) bis zur lebenslänglichen Freiheitsstrafe (Max. 221 Monate) erklärt (Tabelle 3).

In Bezug auf die noch zu erwartende Dauer der Haft gingen die Untersuchungsteilnehmer im Mittel von 22 Monaten aus, hier rangierten die Extremwerte zwischen 0 Monaten und 180 Monaten, die Streuung lag bei $SD = 33,8$.

Ein erheblicher Teil der männlichen Teilnehmer war bereits mehrfach vorbestraft, so dass die Anzahl der Vorstrafen zwischen 0 und maximal 21 Vorstrafen variierte. Unter Einbezug dieser Vorstrafen gingen die Inhaftierten im Mittel von einer bislang lebenszeitlich verbüßten Haftzeit von 65,5 Monaten aus, wobei auch hier die Extremwerte zwischen 3 und 312 Monaten rangierten ($SD = 62,8$). Das Alter bei erstmaliger Straffälligkeit, unabhängig von einer möglichen Verurteilung, lag im Mittel bei 16,9 Jahren und variierte zwischen einem Alter von 6 und 42 Jahren.

Die Studienteilnehmer waren in Bezug auf die begangenen Delikte eine stark heterogene Gruppe, in der bis auf Begünstigung/Hehlerei alle Deliktarten vertreten waren. Die mit Abstand größte Gruppe wurde mit fast einem Drittel der Studienteilnehmer durch die Deliktkategorie Diebstahl/Unterschlagung gebildet, gefolgt von Betrug/Untreue mit 13,2 %, Raub/Erpressung mit 11,8 % sowie den Tötungsdelikten mit 9,2 %. Die Untersuchungsteilnehmer gingen bis auf den Bereich der Sittlichkeitsdelikte, die gegenüber der weiblichen Untersucherin vermutlich stark schambesetzt waren, vergleichsweise offen mit den begangenen Delikten um, so dass eine sehr hohe Übereinstimmung zwischen den von den Inhaftierten gemachten und objektiven Angaben aus Akteneinsicht bestand.

Als Kriterien für die soziale Situation während der Strafverbüßung wurde einerseits das Weiterbestehen von sozialen Beziehungen außerhalb der JVA über die Häufigkeit von Besuchskontakten erfragt, andererseits schien auch das Bestehen von Sozialkontakten innerhalb der Justizvollzugsanstalt für den aktuellen Gesundheitszustand von Bedeutung. Als ein möglicher Indikator hierfür wurde dabei die Beschäftigungssituation innerhalb der

JVA sowie die Unterbringung in einem Einzel- bzw. Gemeinschaftshaftraum betrachtet. Dabei ist zu bedenken, dass eine Einzelunterbringung zwar Indikator für eine soziale Isolierung sein kann, gleichzeitig für viele Strafgefangene jedoch auch eine sonst nicht existente Möglichkeit für ein Minimum an Privatsphäre schafft und somit zumeist aus Sicht der Gefangenen erwünscht ist. Umgekehrt werden Personen mit einem erhöhten Suizidrisiko in Haft als routinemäßige Sicherungsmaßnahme in Gemeinschaftshafträumen untergebracht, so dass diese Form der Unterbringung unter Umständen auch auf eine psychische Erkrankung bzw. erhöhte Gefährdung hinweisen kann und nur mit Vorsicht interpretiert werden darf.

Die an der Studie teilnehmenden Inhaftierten waren zum überwiegenden Teil (73,7 %) in Einzelhafträumen untergebracht, nur 13,2 % teilten ihren Haftraum mit einem Mitgefangenen und weitere 11,8 % waren in einem 6-Personen-Haftraum untergebracht.

In Bezug auf die Beschäftigungssituation zeigte sich, dass 59,2 % der inhaftierten Teilnehmer einer Arbeitsbeschäftigung nachgingen, wobei etwa die Hälfte (47,4 %) in einem Betrieb der JVA tätig waren und die verbleibenden 11,8 % einer Montagearbeit im eigenen Haftraum (Zellentätigkeit) nachgingen. Damit war etwa die Hälfte der Studienteilnehmer entweder nicht arbeitstätig oder verließ für die Arbeit den eigenen Haftraum nicht, was in Kombination mit der hohen Anzahl der Einzelhafträume für eine vergleichsweise große soziale Isolation spricht.

Dieser Eindruck verstärkt sich bei Betrachtung der bestehenden Besuchskontakte durch Personen außerhalb der JVA. Zwar gab die Hälfte der untersuchten Gefangenen an, regelmäßig Besuch zu bekommen und die erlaubten Besuchskontakte (maximal 3 x 40 Minuten monatlich bei Strafhaft, maximal 30 Minuten 14-tägig bei Untersuchungshaft) weitgehend auszuschöpfen, 9,2 % erhielten jedoch nur unregelmäßig und in größeren Abständen Besuch und weitere 40,8 % hatten keinerlei Besuchskontakte. Als Gründe für das Fehlen von Besuchskontakten benannten die Probanden dabei häufig den Wunsch, Angehörige nicht mit der eigenen Problematik belasten zu wollen. Insbesondere Inhaftierte mit langen Haftstrafen berichteten auch von einer allmählichen Ermüdung der Angehörigen und dem langsamen Abbrechen von Kontakten.

Tabelle 3: Forensische Merkmale der männlichen Teilnehmer; N = 76

Merkmal	M	SD	Min.	Max.
Bisherige Dauer der derzeitigen Haftstrafe in Monaten	26,0	38,1	1	221
Zeitraum der noch zu erwartenden Haft in Monaten	22,0	33,8	0	180
Anzahl der verbüßten Vorstrafen	4,8	4,8	0	21
Bislang lebenszeitlich verbüßte Haft in Monaten	65,5	62,8	2	312
Alter bei erster Straffälligkeit in Jahren	16,9	6,5	6	42
	N	%		
Haftkategorie				
Untersuchungshaft	5	6,6		
Freiheitsstrafe < 6 Monate	1	1,3		
Freiheitsstrafe 6 – 12 Monate	15	19,7		
Freiheitsstrafe 1 – 5 Jahre	42	55,3		
Freiheitsstrafe 5 – 15 Jahre	8	10,5		
Freiheitsstrafe > 15 Jahre	5	6,6		
Deliktategorie				
Sittlichkeitsdelikt	5	6,6		
Tötung	7	9,2		
Körperverletzung	5	6,6		
Diebstahl/Unterschlagung	24	31,6		
Raub/Erpressung	9	11,8		
Begünstigung/Hehlerei	0	0,0		
Betrug/Untreue	10	13,2		
Urkundenfälschung	1	1,3		
Sonstige Straftaten	5	6,6		
Verstoß gegen Wehrstrafgesetz/ Betäubungsmittelgesetz	6	7,9		
Verkehrsdelikte	4	5,3		
Beschäftigung in Haft				
Arbeit im Betrieb	36	47,4		
Zellentätigkeit	9	11,8		
Keine Beschäftigung	31	40,8		
Art der Unterbringung				
Einzelhaftraum	56	73,7		
2-Personen-Haftraum	10	13,2		
3-Personen-Haftraum	1	1,3		
6-Personen-Haftraum	9	11,8		
Besuchssituation				
kein Besuch	31	40,8		
unregelmäßiger Besuch	7	9,2		
regelmäßiger Besuch	38	50,0		

4.5 Prävalenzraten psychischer Störungen - DSM-IV Achse I

Die Ergebnisse der Untersuchung mittels SKID I zeigen, dass 81,6 % der untersuchten Inhaftierten zum Untersuchungszeitpunkt (Sechsmonatsprävalenz) unter mindestens einer Achse I-Störung litten. Die durchschnittliche Anzahl der diagnostizierten Störungen lag dabei bei 3,4 (SD = 2,8).

Dabei entfiel ein mit 72,4 % erheblicher Anteil der Erkrankungen auf den Bereich der Störungen im Zusammenhang mit Psychotropen Substanzen, gefolgt von dem Bereich der Angststörungen mit 17,1 %, 11,8 % affektiven Störungen sowie 3,9 % psychotischen Störungen (Tabelle 4).

Im Vergleich der Sechsmonatsprävalenz mit der durch Wittchen und Jacobi erhobenen klinisch-epidemiologischen Abschätzung der Zwölfmonatsprävalenz psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (Wittchen und Jacobi, 2001; Jacobi et al., 2004, Sechsmonatsprävalenzraten in dieser Studie nicht publiziert) zeigten sich signifikant höhere Prävalenzraten bei den untersuchten Inhaftierten (Tabelle 4).

Während sich jedoch die Lebenszeitprävalenz bei den Inhaftierten im Vergleich mit der männlichen Allgemeinbevölkerung in allen Hauptstörungsgruppen erheblich unterschied (s. Tabelle 5), unterschieden sich Inhaftierte und männliche Allgemeinbevölkerung in der jeweiligen Sechs- bzw. Zwölfmonatsprävalenz „nur“ in Bezug auf das Vorliegen irgendeiner Achse I-Störung (OR = 13,1) und in Bezug auf den Störungsbereich der Substanzabhängigkeiten (OR = 33,8). Kein signifikanter Unterschied fand sich in Bezug auf die aktuelle Prävalenz psychotischer Erkrankungen oder affektiver Störungen. Ebenfalls kein signifikanter Unterschied ergab sich im Bereich der Angststörungen, wobei hier einschränkend zu bemerken ist, dass die zum Vergleich herangezogene Angabe von Wittchen et al. für den Bereich der Angststörungen die Posttraumatische Belastungsstörung ausschließt, während sich unter Einbezug dieser Erkrankung die Gruppe der Inhaftierten deutlich von der Allgemeinbevölkerung unterschied.

Tabelle 4: Sechsmonatsprävalenz psychischer Störungen (DSM-IV Achse I) der untersuchten Inhaftierten im Vergleich mit der Zwölfmonatsprävalenz in der Allgemeinbevölkerung

Diagnose	6-Monatspräval. Eigene Studie, % (N = 76)	12-Monatsprävalenz Gesundheitssurvey; % (N = 2103) ²	Odds Ratio	95 %-KI ³
Diagnose mind. 1 Achse I-Störung	81,6	25,3	13,1	6,7 – 25,8
Substanzbez. Störung	72,4	7,2	33,8	14,1 – 81,2
Alkohol	59,2	6,8	19,9	8,3 – 47,7
Illegale Drogen	48,7	1,0	94,0	21,6 – 700,4
Psychotische Störung	3,9	2,6	1,5	0,3 – 7,5
Affektive Störung	11,8	8,5	1,4	0,6 – 3,6
Major Depression	10,5	keine Angabe	-	-
Angststörung	17,1	keine Angabe	-	-
Angstst. exkl. PTBS	5,3	9,2	0,6	0,2 – 1,7
PTBS	11,8	keine Angabe	-	-

Die Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen der Untersuchungsteilnehmer betrug insgesamt 92,1 %. Bei Betrachtung der Lebenszeitprävalenz einzelner Störungsbereiche zeigte sich bei dem Anteil der Probanden mit einer substanzbezogenen Störung eine deutlich höhere Lebenszeitprävalenz (81,6 % versus 72,4 % Sechsmonatsprävalenz).

Ebenso zeigte sich bei den Störungen aus dem Bereich der Angststörungen mit einer Lebenszeitprävalenz von 36,8 % ein substantieller Unterschied gegenüber der Sechsmonatsprävalenz (17,1 %), der vor allem daraus resultiert, dass 17 der untersuchten Männer zwar lebenszeitlich unter einer posttraumatischen Belastungsstörung litten, jedoch zum Untersuchungszeitpunkt die Kriterien für diese Störung nicht erfüllten. Auch der Anteil der psychotischen Störungen erhöhte sich unter Einbezug lebenszeitlich bestehender Diagnosen mit 13,2 % erheblich (Tabelle 5).

Im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung zeigte sich, dass die Inhaftierten in allen erfragten Störungsbereichen signifikant höhere Lebenszeitprävalenzraten aufwiesen. So lag der Anteil der untersuchten männlichen Teilnehmer mit substanzbezogenen Erkrankungen erheblich höher als in der TACOS-Studie (Meyer et al., 2000) (OR = 25,5).

² Zur besseren Vergleichbarkeit handelt es sich bei den benannten Angaben des Bundesgesundheitsveys nur um männliche Studienteilnehmer.

³ Signifikant sind alle Werte Konfidenzintervall ≥ 1 .

Eine extreme Erhöhung des Erkrankungsrisikos bestand für Posttraumatische Belastungsstörungen mit einer OR = 489,8 (Tabelle 5).

Tabelle 5: Lebenszeitprävalenz der untersuchten Inhaftierten im Vergleich mit einer Stichprobe der Allgemeinbevölkerung

Störung	Eigene Studie, % (N = 76)	TACOS-Studie, % (N = 2.045) ⁴	Odds Ratio	95 %-KI ⁵
Diagnose mind. 1 Achse I-Störung	92,1	30,2	27,0	11,6 – 62,6
Substanzbez. Störung	81,6	14,8	25,5	12,1 – 54,0
Alkohol	71,1	14,0	15,1	7,4 – 30,8
Illegale Drogen	57,9	1,4	96,9	17,4 – 538,1
Psychotische Störung	13,2	(4,1 ⁶)	3,6	1,1 – 11,2
Affektive Störung	19,7	7,3	3,1	1,3 – 7,7
Major Depression	17,1	5,7	3,4	1,3 – 9,2
Angststörung	36,8	9,3	5,7	2,6 – 12,5
PTBS	32,9	0,1	489,8	1,0 – 245051

Im Folgenden werden die Prävalenzraten der genannten Störungsbereiche im Einzelnen dargestellt.

4.5.1 Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen

Da sich die Erhebung der Sechsmontatsprävalenz zumeist auf die Haftzeit bezog, die laut Definition des SKID I als beschützte Umgebung galt, wurde eine vor der Inhaftierung bestehende Suchterkrankung bei allen Substanzen zunächst auch als weiter bestehende Diagnose übernommen.

Dabei bestätigte die Erfragung des Substanzkonsums während der Haftzeit zumeist einen im Vergleich zum Konsumverhalten vor der Inhaftierung zwar deutlich reduzierten, jedoch auch während der Haft weiter bestehenden Suchtmittelkonsum. Wegen zu vermutender Verfälschungstendenzen aus Sorge vor haftinternen Konsequenzen konnte dieser jedoch

⁴ Zur besseren Vergleichbarkeit handelt es sich bei den benannten Angaben der Tacos-Studie nur um männliche Studienteilnehmer.

⁵ Signifikant sind alle Werte Konfidenzintervall ≥ 1 .

⁶ Da im die TACOS-Studie keine Angabe zur Prävalenz psychotischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung getroffen wird, handelt es sich bei der aufgeführten Prozentangabe um die im Rahmen des Bundesgesundheits surveys ermittelte Lebenszeitprävalenz männlicher Studienteilnehmer (Jacobi et al. 2004).

im Rahmen der Untersuchung nicht detailliert erfasst werden. Viele Studienteilnehmer gaben ihren gegenwärtigen Substanzkonsum während der Haft zu, waren jedoch sichtlich reserviert.

Bei der Erfragung des zurückliegenden Konsums gestanden sich viele der Befragten ihre Abhängigkeit zwar nicht ein, die entsprechenden Fragen wurden jedoch mit vergleichsweise großer Offenheit beantwortet. Nur in einem Fall zeigte sich erst aus den Gesundheitsakten der Vollzugsanstalt eine offensichtlich vorliegende Alkoholabhängigkeit, die der Studienteilnehmer selbst jedoch in allen Symptomen leugnete.

Insgesamt waren die Störungen im Zusammenhang mit allen Substanzkategorien sehr häufig. Betrachtet man den Bereich von Substanzabusus und Substanzabhängigkeit zeigte sich, dass bei allen Substanzgruppen mit Ausnahme der Gruppe der Cannabinoide, Stimulantien und Halluzinogene die Häufigkeit einer Substanzabhängigkeit deutlich höher war als die eines Substanzabusus (Tabelle 6).

Im Vergleich der einzelnen Substanzgruppen bestand die höchste Prävalenzrate im Zusammenhang mit Störungen durch Alkoholkonsum. Bei einem hohen Anteil von 22,4 % der Inhaftierten ließ sich eine polyvalente Substanzabhängigkeit, d.h. ein gleichzeitiger Konsum von mehr als drei Substanzklassen, der die Kriterien für eine Abhängigkeitserkrankung erfüllte, diagnostizieren. Ebenso war die Komorbidität mehrerer Abhängigkeitsdiagnosen im Sinne einer einfachen Komorbidität häufig.

Auffällig erschien bei Betrachtung der Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen die vergleichsweise hohe Übereinstimmung zwischen Lebenszeit- und Sechsmonatsprävalenz, die darauf hinweist, dass nur ein geringer Anteil der Inhaftierten eine in der Vergangenheit bestehende Suchterkrankung bewältigen konnte (Tabelle 6).

Tabelle 6: Aktuelle und Lebenszeitprävalenz für Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeiten in %; N = 76

Substanz	Sechsmonatsprävalenz		Lebenszeitprävalenz	
	Abhängigkeit	Missbrauch	Abhängigkeit	Missbrauch
Insgesamt	59,2	44,7	81,6	52,6
Alkohol	38,2	21,1	46,1	25,0
Sedativa	15,8	3,9	18,4	3,9
Cannabis	11,8	27,6	17,1	32,9
Stimulantien	5,3	6,6	7,9	6,6
Opiate	28,9	2,6	31,6	5,3
Kokain	25,0	5,3	27,7	6,6
Halluzinogene	6,6	7,9	9,2	9,2
Polyvalent	22,4	1,3	22,4	1,3
andere Substanz	3,9	2,6	3,9	2,6

4.5.2 Schizophrenie und andere psychotische Störungen

Schizophrenie und andere psychotische Störungen waren bei den Inhaftierten zwar im Vergleich zu anderen Störungen selten, jedoch im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung mit einer Lebenszeitprävalenz von 13,2 % deutlich erhöht (s. Tabelle 5). Aktuelle psychotische Störungen (Sechsmonatsprävalenz) waren mit einer Prävalenzrate von 3,9 % dagegen nicht häufiger.

Ogleich die somit in Haft befindliche Anzahl von Personen mit psychotischen Erkrankungen insgesamt niedrig war, besteht insbesondere für diese Personengruppe ein besonderer Handlungs- und Behandlungsbedarf, da ohne eine angemessene medizinische Behandlung und Betreuung die Gefahr eines ungünstigen Verlaufs verbunden mit sozialem Abstieg, sozialer Isolation und erheblichem Leid für den Betroffenen besteht.

Aktuell (Sechsmonatsprävalenz) litten drei der Inhaftierten (3,9 %) unter einer schizophrenen Störung, wobei ein Untersuchungsteilnehmer aufgrund seiner akuten Krankheitssymptomatik kurz zuvor in vollstationärer psychiatrischer Behandlung war, während bei den beiden anderen Inhaftierten ein eher chronischer Verlauf zu erkennen war. Bei allen drei Probanden war die psychotische Erkrankung laut Gesundheitsakte bekannt und wurde neuroleptisch behandelt.

Zurückliegende jedoch aktuell nicht mehr bestehende psychotische Erkrankungen waren in der Regel im Vollzug nicht bekannt und vor allem durch einen hohen Anteil (7,9 %) Inhaftierter mit zurückliegenden substanzinduzierten psychotischen Störungen geprägt. Darüber

hinaus hatte jeweils ein Studienteilnehmer (1,3 %) lebenszeitlich unter einer kurzen psychotischen Störung sowie einer psychotische Störung aufgrund eines Krankheitsfaktors gelitten.

4.5.3 Affektive Störungen

Im Vergleich zur männlichen Allgemeinbevölkerung mit einer Lebenszeitprävalenz von 7,3 % (Meyer et al. 2000) waren affektive Störungen bei den männlichen Inhaftierten mit einer Lebenszeitprävalenz von 19,7 % sowie einer Sechsmonatsprävalenz von 11,8 % signifikant erhöht. Am häufigsten war dabei die Major Depression (Tabelle 7), die auch in der Allgemeinbevölkerung die häufigste affektive Störung ist.

Neben dieser Erkrankungsform litt zudem jeweils ein Inhaftierter aktuell (Sechsmonatsprävalenz) unter einer Bipolaren Störung Typ I und Bipolaren Störung Typ II sowie unter einer dysthymen Erkrankung. Jeweils ein weiterer Inhaftierter hatte lebenszeitlich eine substanzinduzierte sowie eine andere affektive Störung erlitten, hatte diese jedoch vollständig überwunden.

Anders als in der Allgemeinbevölkerung, in der die Versorgungsquote der affektiven Störungen am höchsten ist (Wittchen und Jacobi, 2001), waren sich die betroffenen Inhaftierten trotz des oft hohen subjektiven Leidensdrucks nicht des Krankheitswertes ihrer Symptome bewusst und wurden zumeist weder psychotherapeutisch noch pharmakologisch behandelt.

Tabelle 7: Aktuelle und Lebenszeitprävalenz affektiver Störungen in %; N = 76

Störung	Sechsmonatsprävalenz	Lebenszeitprävalenz
Affektive Störung insgesamt	11,8	19,7
Bipolare Störung I	1,3	1,3
Bipolare Störung II	1,3	1,3
Major Depression	10,5	17,1
Dysthymia	1,3	1,3
substanzinduzierte affektive Störung	0	1,3
andere affektive Störung	0	1,3

4.5.4 Angststörungen

Der Bereich der Angststörungen machte mit einer Sechsmonatsprävalenz von 17,1 % und einer Lebenszeitprävalenz von 36,8 % nach den Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen den größten Anteil der Erkrankungen bei den Inhaftierten aus (Tabelle 8).

Insgesamt sieben Studienteilnehmer litten zum Untersuchungszeitpunkt (Sechsmonatsprävalenz) unter Angsterkrankungen im engeren Sinn, davon erfüllten 3,9 % die Kriterien für eine Panikstörung, weitere 3,9 % litten unter einer sozialen Phobie und ein Proband (1,3 %) hatte eine agoraphobische Störung ohne Panik. Bei Betrachtung der Lebenszeitprävalenz erhöhte sich der Anteil der Probanden mit einer sozialen Phobie um einen weiteren Betroffenen auf 5,3 %, weiterhin litten jeweils 1,3 %, also je eine weitere Person, lebenszeitlich unter einer spezifischen Phobie sowie unter einer Zwangsstörung.

Tabelle 8: Aktuelle und Lebenszeitprävalenz der Angststörungen in %; N = 76

Störung	Sechsmonatsprävalenz	Lebenszeitprävalenz
Angststörungen insgesamt	17,1	36,8
Panikstörung	3,9	3,9
Agoraphobie ohne Panik	1,3	1,3
Soziale Phobie	3,9	5,3
Spezifische Phobie	0	1,3
Zwangsstörung	0	1,3
Posttraumatische Belastungsstörung	11,8	32,9

4.5.4.1 Posttraumatische Belastungsstörung und frühe Traumatisierung

Die weitaus höchste Morbidität im Bereich der Angststörungen zeigte sich mit einer Sechsmonatsprävalenz von 11,8 % sowie einer Lebenszeitprävalenz von 32,9 % für die Posttraumatische Belastungsstörung. Dabei wurde im Interview mit den Betroffenen in Übereinstimmung mit den Daten des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) häufig eine frühe Traumatisierung deutlich. Im CTQ berichteten 20,3 % der Probanden einen schweren emotionalen Missbrauch, 24,0 % hatten einen schweren körperlichen Missbrauch erlitten. Bei einem Anteil von 2,7 % der Inhaftierten ergab die Auswertung des CTQ einen schweren sexuellen Missbrauch, sowie bei weiteren 37,8 % eine schwere emotionale Vernachlässigung bzw. bei 22,4 % eine schwere körperliche Vernachlässigung. Hinzu kamen weitere

Betroffene, die mittelschwere oder leichte Missbräuche in den erfragten Bereichen erlitten hatten (Tabelle 9).

Tabelle 9: Schweregrad der kindlichen Traumatisierung gemäß CTQ; N = 76

Skalen CTQ	Schweregrad der Traumatisierung; % (n)			
	kein bis minimal	gering bis moderat	Moderat bis schwer	schwer bis extrem
Emotionaler Missbrauch	51,4 (38)	18,9 (14)	9,4 (7)	20,3 (15)
Körperlicher Missbrauch	50,7 (38)	17,3 (13)	8,0 (6)	24,0 (18)
Sexueller Missbrauch	85,3 (64)	5,4 (4)	6,6 (5)	2,7 (2)
Emotionale Vernachlässigung	24,3 (18)	24,3 (18)	13,6 (10)	37,8 (28)
Körperliche Vernachlässigung	36,8 (28)	19,2 (16)	21,0 (16)	22,4 (17)

Im Vergleich der Skalenmittelwerte der Inhaftierten mit Daten der Allgemeinbevölkerung einer amerikanischen Untersuchung an 1007 Probanden, davon 370 Männern (Scher et al., 2001), waren alle Skalenmittelwerte mit Ausnahme der Skala „sexueller Missbrauch“ deutlich gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht (Tabelle 10). Insbesondere der Bereich der emotionalen Vernachlässigung wies einen gegenüber der Allgemeinbevölkerung mehr als verdoppelten Skalenmittelwert auf (14,9 versus 7,0).

Tabelle 10: CTQ–Scores in der Allgemeinbevölkerung und bei den Inhaftierten

Skalen CTQ	Allgemeinbevölkerung Scher et al. (2001) M (SD), N = 370	Inhaftierte Eigene Studie M (SD), N = 76
Emotionaler Missbrauch	6,5 (2,9)	10,0 (5,0)
Körperlicher Missbrauch	6,7 (2,3)	9,2 (5,4)
Sexueller Missbrauch	5,2 (1,4)	5,7 (2,5)
Emotionale Vernachlässigung	7,0 (3,6)	14,9 (6,0)
Körperliche Vernachlässigung	6,4 (2,1)	9,5 (3,8)

Neben der frühen Traumatisierung erlitten mehrere Teilnehmer zudem im Verlaufe ihrer kriminellen Karriere durch gewalttätige Übergriffe innerhalb ihres sozialen Umfeldes teils schwere Traumatisierungen. Ein Inhaftierter beschrieb seine Verhaftung, bei der er eine Schussverletzung erlitt, als traumatische Erfahrung. Ein weiterer Teilnehmer benannte eine Gewalterfahrung während einer früher verbüßten Jugendhaftstrafe als traumatisch und zeigte das voll ausgebildete Störungsbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Während diese, wie auch andere Betroffene schilderten, durch das Gefühl des Ausgeliefertseins und des Kontrollverlustes in der Haftsituation unter mehr Symptomen der PTBS zu leiden

als vor der Haft, beschrieben zwei Probanden, sich in der Haft eher sicherer zu fühlen, so dass sie in der Haftsituation die Kriterien einer PTBS nicht erfüllten.

Obgleich bei den Betroffenen mit PTBS ein erheblicher Leidensdruck mit deutlicher Symptomausprägung erkennbar war, war in keinem Fall die PTBS bekannt bzw. in der Gesundheitsakte beschrieben. Da die Mehrzahl der Betroffenen unter einer oder mehreren anderen komorbiden Störungen litt, ist zu vermuten, dass die Symptomatik möglicherweise durch andere Erkrankungssymptome überlagert und daher nicht erkannt wurde.

4.5.5 Andere Achse I-Störungen

Neben den beschriebenen Störungsbereichen, die bereits den Hauptteil der in der Stichprobe der Inhaftierten auftretenden Erkrankungen umfassen, zeigte sich bei fünf Teilnehmern (6,6 %) eine zum Untersuchungszeitpunkt bestehende Anpassungsstörung bei abgrenzbarer Belastungssituation. Bei einem weiteren Inhaftierten ergaben sich aus der Straf- sowie aus der Gesundheitsakte deutliche Hinweise auf das Vorliegen einer Störung der Sexualpräferenz. Keiner der Untersuchungsteilnehmer litt unter einer Essstörung, auch somatoforme oder Schmerzstörungen wurden anders als bei vergleichbaren Studien in keinem Fall gefunden.

4.6 Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen (DSM-IV Achse II)

Der Bereich der Achse II-Störungen umfasst neben dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen auch den Bereich geistiger Behinderung, der jedoch aus Kapazitätsgründen nicht ausführlich untersucht werden konnte. In zwei Fällen ließ sich dennoch aufgrund des klinischen Eindrucks aber auch vorliegender Befunde laut Gesundheitsakte die Diagnose einer Intelligenzminderung stellen.

Die Untersuchung mittels SKID II sowie darauf folgendem klinischen Interview ergab eine Prävalenz von 43,2 % für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung. Dabei wurden durchschnittlich 2,2 Persönlichkeitsstörungen ($M = 2,2$; $SD = 2,0$) diagnostiziert. Damit lag die ermittelte Prävalenz für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung signifikant über der der Allgemeinbevölkerung ($OR = 6,8$; $KI = 3,2 - 14,6$) (Maier et al., 1992) und ähnelte

vielmehr der einer klinischen Vergleichsgruppe von psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch behandelten Personen, bei der die Prävalenz von Achse II-Störungen auf 50 % geschätzt wird (Saß und Mende, 1990; Bronisch, 1992).

Persönlichkeitsstörungen werden im DSM-System anhand von jeweils vorherrschenden Denk- und Verhaltensmustern in drei grobe Cluster untergliedert, die im folgenden näher erläutert und mit den gefundenen Prävalenzraten beschrieben werden.

Cluster A beschreibt die Persönlichkeitsstörungen mit sonderlingshaften bzw. exzentrischen Persönlichkeitszügen, welche vorwiegend bei der paranoiden, der schizotypen sowie der schizoiden Persönlichkeitsstörung im Vordergrund stehen (Saß et al., 1996).

Im Vergleich mit den anderen Clustern zeigten die Ergebnisse eine mit 13,2 % niedrige Prävalenzrate. Auch im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung unterschieden sich die untersuchten Inhaftierten in ihrer Prävalenzrate für das Vorliegen einer schizoiden sowie einer schizotypen Persönlichkeitsstörung nicht signifikant von den von Maier et al. (Maier et al., 1992) berichteten Ergebnissen für die Allgemeinbevölkerung. Das Risiko für eine paranoide Persönlichkeitsstörung war bei den Inhaftierten dagegen um das 6-fache erhöht (OR = 6,4) (Tabelle 11).

Persönlichkeitsstörungen des Clusters B sind charakterisiert durch ein Muster dramatisierender, impulsiver und emotional instabiler Persönlichkeitszüge. Es umfasst die histrionische, die narzisstische, die Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie die antisoziale Persönlichkeitsstörung. Da die Störungen dieses Komplexes mit aggressiv-destruktiven Impulsausbrüchen bzw. mit delinquenten Verhaltensweisen in Verbindung gebracht werden (Dulz und Schneider, 1999; Akhtar, 1992), wurde im Rahmen des Strafvollzugs eine hohe Prävalenz erwartet.

Tatsächlich zeigte sich eine Prävalenzrate von 36,8 % für alle Erkrankungen des Clusters B, wobei mit 32,9 % vor allem die antisoziale Persönlichkeitsstörung eine gegenüber der Allgemeinbevölkerung massiv erhöhte Rate aufwies. Bei der Befragung zu Kriterien der antisozialen Persönlichkeitsstörung zeigte sich bei drei der befragten Probanden ein erschreckendes Störungsausmaß mit einer bereits im Jugendalter beginnenden massiven Verhaltensauffälligkeit.

Im Vergleich mit den von Maier et al. (Maier et al., 1992) berichteten Prävalenzraten für die Allgemeinbevölkerung zeigte sich dabei für die narzisstische, die histrionische sowie

die Borderline Persönlichkeitsstörung kein signifikanter Unterschied zwischen den Inhaftierten und der Allgemeinbevölkerung. Dagegen erwies sich das Risiko für das Bestehen einer antisozialen Persönlichkeitsstörung bei den Inhaftierten als extrem erhöht (OR = 244,7) (Tabelle 11).

Die Persönlichkeitsstörungen des Clusters C werden vor allem durch ängstliche oder furchtsame Persönlichkeitszüge beschrieben und umfassen die vermeidend-selbstunsichere, die zwanghafte sowie die dependente Persönlichkeitsstörung (Saß et al., 1996).

Der Störungsbereich des Clusters C nahm mit einer Auftretenshäufigkeit von insgesamt 10,5 % einen vergleichsweise geringen Stellenwert ein. Im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung zeigte sich einzig für das Auftreten einer selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung ein signifikant erhöhtes Auftretensrisiko bei der Gruppe der Inhaftierten (OR = 7,7) (Tabelle 11).

Tabelle 11: Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Inhaftierten und in der Allgemeinbevölkerung

Störung	Prävalenzrate Eigene Studie; % (N = 76)	Prävalenzrate Maier et al; % (N =447) ⁷	Odds Ratio	95 %-KI ⁸
Cluster A				
Paranoide PS	10,5	1,8	6,4	1,3 – 31,9
Schizoide PS	6,6	0,5	13,5	0,8 – 242,6
Schizotype PS	2,6	0,6	4,4	0,3 – 74,3
Cluster B				
Histrionische PS	2,6	1,3	2,0	0,2 – 17,0
Narzisstische PS	3,9	0,0	-	-
Borderline PS	5,3	1,1	5,0	0,6 – 40,0
Antisoziale PS	32,9	0,2	244,7	2,9 – 20066
Cluster C				
Selbstunsichere PS	7,9	1,1	7,7	1,0 – 57,8
Dependente PS	2,6	1,6	1,6	0,2 – 12,0
Zwanghafte PS	3,9	2,2	1,8	0,3 – 9,6

Die nicht einem der drei Cluster zuzuordnenden Persönlichkeitsstörungen umfassen die depressive, negativistische sowie die nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung. In

⁷ Männer und Frauen

⁸ Signifikant sind alle Werte Konfidenzintervall ≥ 1 .

Abgrenzung zu den affektiven Erkrankungen beschreibt die depressive Persönlichkeitsstörung ein Muster lang anhaltender depressiver Symptome leichten Schweregrades. Eine depressive Persönlichkeitsstörung wurde bei 7,9 % der Inhaftierten gefunden. Eine negativistische Persönlichkeitsstörung wurde bei weiteren fünf Personen (6,6 %) diagnostiziert. 2,7 % der untersuchten Inhaftierten zeigten Züge einer Persönlichkeitsstörung verbunden mit klinisch bedeutsamem Leiden und Einschränkungen im sozialen Bereich, erfüllten jedoch nicht die Kriterien der spezifischen Störungsbilder, so dass hier die Diagnose einer nicht näher bezeichneten Persönlichkeitsstörung gestellt wurde.

4.7 Komorbidität

Aufgrund der niedrigen Fallzahl lassen sich nur sehr bedingt fundierte spezifische Aussagen zur Komorbidität der vorgefundenen psychischen Erkrankungen treffen. Dennoch zeichnen sich insbesondere bei den Erkrankungen mit hoher Prävalenz auffällige Tendenzen ab.

Bei Betrachtung der komorbiden Störungen wird deutlich, dass ebenso wie auch die Prävalenz die Komorbidität der psychischen Störungen insgesamt deutlich über der der Allgemeinbevölkerung lag. Diese Tatsache verdeutlicht wie bereits die einzelnen Störungshäufigkeiten den Schweregrad der psychischen Störungen der Betroffenen, die zumeist unter mehreren Erkrankungen litten. Im Durchschnitt litten die Inhaftierten dabei unter 3,4 Achse I-Störungen sowie 2,2 Persönlichkeitsstörungen. Wenn die Inhaftierten Störungen der Achse I oder II aufwiesen, wurden im Mittel 3,7 (SD = 3,6; Min. = 0,0; Max. = 15,0) Diagnosen gestellt. 78,1 % der Probanden mit einer Achse I-Störung (Sechsmonatsprävalenz) hatten auch eine oder mehrere andere komorbide Störungen. Im Vergleich hierzu litten laut Wittchen und Jacobi 48 % der befragten und unter einer psychischen Störung leidenden Allgemeinbevölkerung unter zwei oder mehr psychischen Störungen (Wittchen und Jacobi, 2001).

Die Berechnung eines eindimensionalen Chi-Quadrat-Tests gegen die Annahme einer Gleichverteilung der Prävalenzraten zeigte für den Bereich der substanzbezogenen Störungen eine signifikant höhere Anzahl von Achse I-Störungen bei Vorliegen einer substanzbezogenen Diagnose. Nur ein Drittel der Studienteilnehmer ohne substanzbezogene Diagnose wies eine andere Achse I-Störung auf (Tabelle 12). Ebenso war die Prävalenzrate komor-

bider Persönlichkeitsstörungen bei Vorliegen einer substanzbezogenen Diagnose signifikant erhöht. Während sich für die einzelnen Störungsbereiche der Achse I-Störungen kein signifikanter Unterschied in der Prävalenz komorbider Störungen bei Vorliegen einer substanzbezogenen Störung zeigte, war die Prävalenzrate für Persönlichkeitsstörungen des Clusters B bei Vorliegen einer substanzbezogenen Diagnose signifikant erhöht. Als wesentlich erwies sich dabei die antisoziale Persönlichkeitsstörung, die bei Vorliegen einer substanzbezogenen Diagnose eine Prävalenz von 40 % aufwies, während die Prävalenzrate dieser Störung bei Probanden ohne substanzbezogene Diagnose nur bei 14,3 % lag.

Auch in Bezug auf die Diagnosen einer paranoiden sowie einer selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung zeigten sich signifikante Unterschiede bei Vorliegen einer substanzbezogenen Diagnose.

Tabelle 12: Komorbidität (aktuelle Störungen Achse I und Achse II) bei Häftlingen mit und ohne aktuelle substanzbezogene Diagnose

	Substanzbezogene Diagnose		Statistik ⁹
	Ja n = 55	Nein n = 21	
Interne Komorbidität: Diagnose Achse I; % Anzahl; M (SD)	100,0 3,7 (2,9)	33,3 0,4 (0,6)	CHI ² = 45,9; df = 1; p < .001 T = -8,06; df = 64,3; p = .001
Psychotische Störung; %	3,6	4,8	CHI ² = 0,1; df = 1; ns
Affektive Störung; %	9,1	19,0	CHI ² = 1,3; df = 1; ns
Angststörung; %	18,2	14,3	CHI ² = 0,2; df = 1; ns
Externe Komorbidität: Diagnose Achse II; % Anzahl PS; M (SD)	50,9 1,2 (1,9)	23,8 0,2 (0,4)	CHI ² = 4,5; df = 1; p < .05 T = -3,64; df = 66,5; p = .001
PS Cluster A; %	16,4	4,8	CHI ² = 2,1; df = 1; ns
PS Cluster B; %	45,5	14,3	CHI ² = 6,3; df = 1; p < .01
PS Cluster C; %	12,7	4,8	CHI ² = 1,2; df = 1; ns

Die gleiche Berechnung eines eindimensionalen Chi-Quadrat-Tests gegen die Annahme einer Gleichverteilung der Prävalenzraten bei Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung zeigte einen signifikanten Unterschied in der Prävalenzrate von Achse I-Störungen (Tabelle 13). Studienteilnehmer mit der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung litten signifikant häufiger unter einer Achse I-Störung als Probanden ohne

aktuelle PTBS. Auch die Anzahl der diagnostizierten Achse I-Störungen war bei Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung signifikant erhöht, die Probanden mit der Diagnose einer PTBS litten im Durchschnitt unter 4,6 Achse I-Störungen, während bei Studienteilnehmern ohne PTBS im Durchschnitt nur 2,5 Störungen diagnostiziert wurden. Dagegen zeigte sich hinsichtlich der Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen kein signifikanter Unterschied zwischen Probanden mit PTBS und Probanden, die nicht die Kriterien dieser Störung erfüllten.

Tabelle 13: Komorbidität (aktuelle Prävalenz Achse I und Persönlichkeitsstörungen Achse II) bei Häftlingen mit und ohne aktuelle Posttraumatische Belastungsstörung

	PTBS derzeit		Sign. ¹⁰
	Ja n = 9	Nein n = 67	
Interne Komorbidität: Diagnose Achse I; % Anzahl; M (SD)	100,0 4,6 (3,4)	79,1 2,5 (2,8)	CHI ² = 3,9; df = 1; p < .05 T = 2,01; df = 74; p = .05
Substanzbez. Störung; %	77,8	71,6	CHI ² = 0,2; df = 1; ns
Psychotische Störung; %	0	4,5	CHI ² = 0,4; df = 1; ns
Affektive Störung; %	22,2	10,4	CHI ² = 0,9; df = 1; ns
Externe Komorbidität: Diagnose Achse II; % Anzahl PS; M (SD)	44,4 1,2 (2,0)	43,3 0,9 (1,7)	CHI ² = 0,00; df = 1; ns T = 0,49; df = 74; n.s.
PS Cluster A; %	11,1	13,4	CHI ² = 0,04; df = 1; ns
Paranoide PS; %	11,1	10,4	CHI ² = 0,00; df = 1; ns
Schizotype PS; %	0	3,0	CHI ² = 0,5; df = 1; ns
Schizoide PS; %	0	7,5	CHI ² = 1,3; df = 1; ns
PS Cluster B; %	44,4	35,8	CHI ² = 0,3; df = 1; ns
Histrionische PS; %	0	3,0	CHI ² = 0,5; df = 1; ns
Narzisstische PS; %	0	4,5	CHI ² = 0,8; df = 1; ns
Borderline PS; %	11,1	4,5	CHI ² = 0,6; df = 1; ns
Antisoziale PS; %	44,4	31,3	CHI ² = 0,6; df = 1; ns
PS Cluster C; %	22,2	9,0	CHI ² = 1,2; df = 1; ns
Selbstunsichere PS; %	22,2	6,0	CHI ² = 2,1; df = 1; ns
Zwanghafte PS; %	0	4,5	CHI ² = 0,8; df = 1; ns
Dependente PS; %	11,1	1,5	CHI ² = 1,8; df = 1; ns

⁹ Aufgrund der gerichteten Hypothese (Annahme einer höheren Prävalenzrate bei Vorliegen einer Substanzbezogenen Störung) wurden p-Werte für eine einseitige Testung berechnet.

¹⁰ Aufgrund der gerichteten Hypothese (Annahme einer höheren Prävalenzrate bei Vorliegen einer PTBS) wurden p-Werte für eine einseitige Testung berechnet.

4.8 Psychopathologische Symptombelastung (SCL-90-R)

Die Auswertung des SCL-90-R zeigte ein hohes Ausmaß psychischer Belastung der untersuchten Inhaftierten, die sich deutlich von dem Ausmaß einer männlichen Kontrollgruppe der Allgemeinbevölkerung (Franke, 1992) unterschied. Insbesondere die Skala Depressivität wies eine gegenüber der Kontrollgruppe um das dreifache erhöhte Itemausprägung auf und ist Indikator für eine erhöhte depressive Beschwerdesymptomatik bei ebenfalls vermehrt empfundenen somatischen Beschwerden und ängstlich-unsicheren Symptomen.

Bei den ebenfalls deutlich erhöhten Skalenwerten im Bereich „Paranoides Denken“ ist zu berücksichtigen, dass es sich hierbei nicht notwendigerweise um ein pathologisches Wahrnehmungsmuster handeln muss, sondern ein vermehrtes Misstrauen sowie Gefühle der Entfremdung und Isolation auch Ausdruck der Haftrealität sein können, so dass dieses Ergebnis nur unter Vorbehalten zu interpretieren ist. Denkbar ist jedoch andererseits die Interpretation des paranoiden Erlebens als Risikofaktor für die Entstehung oder Begünstigung anderer psychischer Erkrankungen.

Die Auswertung auf Itemebene zeigte in Übereinstimmung mit den erhöhten Skalenwerten im Bereich Depressivität eine deutliche psychische Belastung der Inhaftierten, von denen 9,2 % aktuelle Suizidgedanken angaben (Item 15).

Neben den deutlich und durchgängig erhöhten Skalenwerten zeigte sich auch bei dem sogenannten GSI-Wert, der den generellen Schweregrad der psychischen Belastung angibt, eine deutliche Abweichung der Inhaftierten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung.

Tabelle 14 zeigt eine Gegenüberstellung der in der vorliegenden Studie ermittelten Skalenwerte des SCL-90-R mit der von Franke angegebenen Normierungsgruppe sowie einer von Blocher bei Inhaftierten erhobenen Stichprobe (Blocher et al., 2001).

Tabelle 14: Vergleich der Werte im SCL-90-R von Inhaftierten mit einer Vergleichsgruppe, M (SD)

Skala	JVA-Häftlinge eigene Unters. N = 76	JVA-Häftlinge Blocher (2001) N = 239	Kontrollgruppe Franke (1992) N = 501
Somatisierung	.70 (.66)	.76 (.63)	.28 (.21)
Zwanghaftigkeit	.89 (.76)	.67 (.67)	.29 (.28)
Unsicherheit Sozialkontakt	.74 (.73)	.74 (.68)	.35 (.34)
Depressivität	.98 (.74)	.97 (.78)	.31 (.30)
Ängstlichkeit	.64 (.65)	.71 (.77)	.22 (.26)
Aggressivität/Feindseligkeit	.58 (.54)	.69 (.78)	.25 (.26)
Phobische Angst	.31 (.47)	.34 (.52)	.11 (.17)
Paranoides Denken	.93 (.75)	1.00 (.82)	.32 (.36)
Psychotizismus	.54 (.61)	.58 (.65)	.15 (.22)
GSI	.75 (.57)	.76 (.63)	.28 (.21)

4.9 Psychosoziale Belastungen (DSM-IV Achse IV)

Neben der erhöhten Prävalenzrate psychischer Erkrankungen bei den inhaftierten Untersuchungsteilnehmern zeigte sich auch ein beträchtliches Ausmaß psychosozialer Belastungen. Dabei schienen die benannten Probleme, wie z.B. Probleme innerhalb der primären Bezugsgruppe, die bei 71,1 % der Inhaftierten bestanden, teils aus der Haftsituation bzw. den begangenen Delikten zu resultieren. Gleichzeitig waren sie jedoch häufig bereits mit dem Vorliegen einer psychischen Störung verbunden.

Bei den benannten Schwierigkeiten handelte es sich einerseits häufig um partnerschaftliche Probleme bzw. familiäre Konflikte, häufig berichteten die Studienteilnehmer eine durch die Haft bedingte zunehmende Entfremdung.

Betrachtet man das weitere soziale Umfeld der Studienteilnehmer, zeigten sich auch hier bei 72,4 % der Inhaftierten Probleme, die zumeist darin bestanden, dass nur wenige unterstützende Beziehungen existierten oder bestehende Sozialkontakte vorwiegend in einem durch Substanzmissbrauch oder –abhängigkeit bzw. durch wiederkehrende Straffälligkeit geprägten Milieu bestanden.

Neben dem Bereich der Sozialbeziehungen zeigten sich auch im Bereich von Schule und Ausbildung sowie beruflicher Integration erhebliche Schwierigkeiten. 55,3 % der Studienteilnehmer berichteten von Problemen in Schule und Ausbildung, wobei Schul- und Ausbildungsabbrüche zumeist im Zusammenhang mit einer beginnenden psychischen Erkran-

kung (häufig Substanzmissbrauch bzw. Substanzabhängigkeit) oder einer frühen Straffälligkeit standen.

Im Vergleich hierzu war der Anteil der Inhaftierten, die von Problemen am Arbeitsplatz berichteten mit 35,5 % vergleichsweise niedrig. Dies zeigt, dass ein Anteil der Inhaftierten, die bereits in Schule oder Ausbildung auffällig wurden, der Selbsteinschätzung zufolge dennoch in der Lage war, einer Arbeit ohne schwerwiegendere Probleme nachzukommen.

Die oft schwierige finanzielle Situation, in der sich die Studienteilnehmer befanden zeigte sich darin, dass etwa zwei Drittel (65,8 %) der Inhaftierten Schulden hatte, wobei die Höhe dieser finanziellen Belastungen erheblich variierte, jedoch häufig außerhalb eines für den Inhaftierten zu tilgenden Bereiches lagen.

18,4 % der Studienteilnehmer benannten zudem Probleme zu Hause, wobei als häufige Problematik beispielsweise infolge von Trennungen ungeklärte Wohnverhältnisse bestanden und eine mittelfristige Wohnperspektive für die Zeit nach einer Haftentlassung nicht geklärt war.

Bei einem mit 35,5 % erheblichen Anteil der Studienteilnehmer bestanden neben der beschriebenen Problematik außerdem Probleme im Bereich der Gesundheitsversorgung, so dass notwendige ärztliche Untersuchungen nicht wahrgenommen wurden und zum Zeitpunkt der Inhaftierung teils auch eine erhebliche körperliche Verwahrlosung bestand.

Insgesamt benannten mit Ausnahme einer Person alle Studienteilnehmer Probleme in mehreren Lebensbereichen. Der mit jeweils 14 Personen (20,6 %) überwiegende Anteil berichtete Probleme in vier und fünf der erfragten Lebensbereiche. Zwölf Personen benannten drei Lebensbereiche als problematisch, weitere 10 Inhaftierte (14,7 %) benannten Probleme in sechs Bereichen, die gleiche Anzahl schilderte sieben Bereiche als problematisch.

Die Analyse des Zusammenhangs zwischen der Anzahl problematischer Lebensbereiche und Anzahl von Störungen der Achse I und II zeigte einen signifikanten positiven Zusammenhang sowohl für Achse I-Störungen (Spearman-Rho = .42; $p < .001$) als auch für Persönlichkeitsstörungen (Spearman-Rho = .28; $p = .02$) und Störungen beider Achsen (Spearman-Rho = .30; $p = .01$). Entsprechend zeigte sich mit zunehmender Anzahl von psychosozialen Belastungen eine geringere Leistungsfähigkeit im GAF-Wert (Spearman-Rho = -.35; $p = .004$).

4.10 Das globale Funktionsniveau (DSM-IV Achse V)

Die hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen sowie auch die hohe Komorbidität der vorgefundenen psychischen Störung weisen bereits auf eine hohe psychische Beeinträchtigung der untersuchten Inhaftierten hin.

Tatsächlich lag der in Achse V erfasste GAF-Wert, der das Globale Funktionsniveau der Betroffenen nach Untersuchereinschätzung beschreibt, bei einem Mittelwert von 58,7 ($M = 58,7$; $SD = 13,8$). Ein Wert von 60 bezeichnet dabei eine „mäßig ausgeprägte Störung hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit oder mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. wenig Freunde, Konflikte mit Altersgenossen, flacher Affekt, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken)“. Ein Wert von 50 beschreibt eine ernsthafte Beeinträchtigung und umfasst beispielsweise auch Suizidgedanken.

Die Analyse des Zusammenhangs zwischen GAF-Wert und Anzahl diagnostizierter Störungen zeigte einen geringen bis mittleren Zusammenhang sowohl für die Anzahl vorgefundener Achse I-Störungen (Sechsmonatsprävalenz) (Spearman-Rho = $-.43$; $p = .001$) als auch Persönlichkeitsstörungen (Spearman-Rho = $-.40$; $p = .001$) und Störungen der Achsen I und II (Spearman-Rho = $-.49$; $p = .001$).

Die deutliche Beeinträchtigung und der damit verbundene Leidensdruck spiegelten sich auch in der zusätzlich erhobenen Selbsteinschätzung der eigenen psychischen Verfassung der Inhaftierten zum gegenwärtigen Zeitpunkt wieder. Nur ein Teilnehmer beschrieb seine psychische Verfassung als sehr gut, 21,1 % erlebten ihren Gesundheitszustand als gut, 43,4 % benannten ihr Befinden als mittelmäßig. Obgleich damit der durchschnittliche Wert der Befragten mit $M = 3,19$ bei einem mittelmäßigen Befinden lag, fühlten sich auch 23,7 % der Inhaftierten schlecht, 7 Teilnehmer (9,2 %) beschrieben ihre psychische Verfassung sogar als sehr schlecht.

Eine Analyse des Zusammenhangs zwischen Untersuchereinschätzung (GAF-Wert) und Selbstwahrnehmung der Inhaftierten zeigte einen geringen, jedoch signifikanten Zusammenhang beider Beurteilungen (Spearman-Rho = $-.31$; $p = .001$). Ebenso bestand ein signifikanter Zusammenhang zwischen Untersuchereinschätzung und der mittels SCL-90-R erhobenen grundsätzlichen psychischen Belastung (GSI-Wert) der Probanden (Spearman-Rho = $-.38$; $p = .001$).

4.11 Zusammenhangsanalysen

Da die Haftsituation mit ihren spezifischen Belastungen und Einschränkungen als besonders kritische Lebenssituation zu bezeichnen ist, bestand eine Untersuchungshypothese in der Annahme eines Zusammenhangs zwischen Belastungen durch die bestehende Haft und dem Vorliegen von psychischen Störungen.

Anders als erwartet zeigte sich allerdings kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Häufigkeit externer Besuche (Indikator des sozialen Netzes), der Anzahl Mitinhaftierter im Haftraum sowie der Beschäftigungssituation in Haft (Indikator für den Grad der Isolation) und dem Vorliegen einer Achse I- oder Achse II-Störung.

Ein schwacher jedoch signifikanter negativer Zusammenhang bestand dagegen zwischen derzeitiger Haftdauer und Anzahl gegenwärtig bestehender Achse I-Störungen. Mit zunehmender Haftdauer wurden weniger Achse I-Störungen pro Person diagnostiziert (Spearman-Rho = $-.24$; $p = .04$).

Sowohl lebenszeitliche Haftdauer als auch zu erwartende Haftdauer der aktuellen Haft hatten keinen statistisch signifikanten Effekt auf das Vorhandensein von Achse I-Störungen und die mittels SCL-90-R erfasste psychopathologische Symptombelastung. Ebenso bestand kein signifikanter Zusammenhang zwischen Haftdauer und Anzahl diagnostizierter Persönlichkeitsstörungen.

Während die Haftdauer nur bedingt, die Haftsituation jedoch keinen Einfluss auf das Vorhandensein einer psychischen Störung zu haben schien, schienen andere forensische und biografische Faktoren in engerem Zusammenhang mit dem Vorhandensein von Störungsbildern und Symptombelastung zu stehen. Dabei zeigte sich ein schwacher negativer Zusammenhang zwischen Anzahl der Vorstrafen und GAF-Wert ($r = -.23$; $p = .04$), der auf eine mit zunehmender Anzahl von Vorstrafen geringere Leistungsfähigkeit hinwies.

Eine schrittweise logistische Regression zu Vorhersage von Achse I und Achse II Störungen mit den unabhängigen Merkmalen Traumatisierung (CTQ Gesamtscore ≥ 9), Straffälligkeit vor dem 16. Lebensjahr (ja/nein) und Heimerfahrung (ja/nein) ergab nur die frühe Straffälligkeit als tendenziell signifikanten Risikofaktor für die Entwicklung einer Achse I-Störung (Tabelle 15).

Tabelle 15: Vorhersage der Diagnose einer aktuellen Achse I Störung: Schrittweise logistische Regression mit den Merkmalen Traumatisierung (CTQ Gesamtscore ≥ 9), Straffälligkeit vor dem 16. Lebensjahr (ja/nein) und Heimerfahrung (ja/nein), $n = 65$

	Beta	SE	Wald df = 1	Sign.	Odds Ratio	95 %-KI
Straffälligkeit vor dem 16. Lebensjahr	1,36	0,72	3,57	0,06	3,91	0,95 – 16,11
Constant	0,94	0,39	5,70	0,02	2,56	

Omnibus-Test: $\text{CHI}^2 = 4,05$; $\text{df} = 1$; $p = .04$, Nagelkerkes $R^2 = 0.10$; 4 iterations; Hosmer-Lemeshow Test: $\text{CHI}^2 = 0,001$; $\text{df} = 2$; $p = 1.00$

Bei der Analyse einzelner Störungsgruppen als abhängige Variable erwies sich eine frühe Straffälligkeit als deutlicher Risikofaktor für die Entwicklung einer substanzbezogenen Störung (Tabelle 16). Eine frühe Straffälligkeit erhöhte somit das Risiko für die Entwicklung einer Achse I-Störung sowie insbesondere einer Abhängigkeitserkrankung. Zudem ergab eine detailliertere Analyse zwischen dem Alter bei erster Straffälligkeit und dem Alter bei Beginn einer Achse I Störung einen statistisch signifikanten positiven Zusammenhang ($r = .33$; $p < .05$).

Tabelle 16: Vorhersage der Diagnose einer aktuellen substanzbezogenen Störung: Schrittweise logistische Regression mit den unabhängigen Merkmalen Traumatisierung (CTQ Gesamtscore ≥ 9), Straffälligkeit vor dem 16. Lebensjahr (ja/nein) und Heimerfahrung (ja/nein), $n = 65$

	Beta	SE	Wald df = 1	Sign.	Odds Ratio	KI
Straffälligkeit vor dem 16. Lebensjahr	1,86	0,64	8,40	0,004	6,40	1,82 – 22,44
Constant	0,13	0,35	0,13	0,72	1,10	

Omnibus-Test: $\text{CHI}^2 = 9,93$; $\text{df} = 1$; $p = .002$; Nagelkerkes $R^2 = 0.20$; 4 iterations; Hosmer-Lemeshow Test: $\text{CHI}^2 = 1,63$; $\text{df} = 2$; $p = .44$

Für Angststörungen erwies sich dagegen eine frühe Traumatisierung als Risikofaktor. Das Risiko, eine Angststörung aufzuweisen stieg bei einem CTQ-Gesamtwert ≥ 9 um den Faktor 3,36 (OR = 3,36; 0,82 – 13,81).

Auch in Bezug auf die Vorhersage von Persönlichkeitsstörungen ließen sich Risikofaktoren ermitteln. So ergab eine erneute schrittweise logistische Regression mit den genannten Merkmalen einen deutlichen Zusammenhang. Das Risiko, eine Persönlichkeitsstörung

aufzuweisen, stieg bei einem CTQ-Gesamtwert ≥ 9 um den Faktor 3,6 und bei Vorhandensein von Heimerfahrung um den Faktor 4,9 jeweils signifikant an (Tabelle 17).

Tabelle 17: Vorhersage der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung; Schrittweise logistische Regression mit den Merkmalen Traumatisierung (CTQ Gesamtscore ≥ 9), Straffälligkeit vor dem 16. Lebensjahr (ja/nein) und Heimerfahrung (ja/nein), $n = 65$

	Beta	SE	Wald df = 1	Sign.	Odds Ratio	KI
CTQ Gesamtwert ≥ 9	1,27	0,62	4,25	0,04	3,56	1,06 – 11,91
Heimerfahrung	1,59	0,62	6,63	0,01	4,92	1,46 – 16,54
Constant	- 1,57	0,48	10,91	0,001	0,21	

Omnibus-Test: $\text{CHI}^2 = 18,93$; $\text{df} = 2$; $p < .001$, Nagelkerkes $R^2 = 0.34$; 4 iterations; Hosmer-Lemeshow Test: $\text{CHI}^2 = 0,46$; $\text{df} = 2$; $p = .79$

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass aufgrund der niedrigen Fallzahlen nur wenige Aussagen über statistisch signifikante Zusammenhänge und Risikofaktoren getroffen werden können. Allerdings weisen die vorliegenden Ergebnisse darauf hin, dass für das Vorliegen einer aktuellen Störung in weniger starkem Maß aktuelle Lebens- und Haftbedingungen ausschlaggebend waren, sondern eher lebensgeschichtlich frühe Faktoren wie Traumatisierungen in der Kindheit, Heimerfahrung und frühe Straffälligkeit.

4.12 Behandlungsbedarf

Aus der gravierenden psychischen Beeinträchtigung der Inhaftierten ergab sich die Annahme einer hohen Behandlungsbedürftigkeit, die im Rahmen der diagnostischen Untersuchung eingeschätzt wurde. Dabei zeigte die globale Einschätzung des Schweregrades der psychischen Störungen bei 47,4 % der Probanden eine Störung, die stationär behandlungsbedürftig schien. Bei weiteren 28,9 % wurde die Störung als mäßig, jedoch zumindest ambulant psychiatrisch behandlungsbedürftig eingestuft (Tabelle 18).

In Übereinstimmung mit diesen Befunden erschien nur bei 23,7 % der Inhaftierten ein Kontakt zu einem psychiatrischen Dienst nicht notwendig, da entweder keine Behandlungsbedürftigkeit vorlag oder eine allgemeinmedizinische Behandlung ausreichend erschien. Bei dem mit 69,7 % überwiegenden Anteil der Studienteilnehmer erschien jedoch eine psychiatrische Mitbehandlung sowie bei 73,4 % eine psychotherapeutische Behandlung notwendig. In Bezug auf die Art der Behandlung erschien bei 21,1 % eine ambulante

Behandlung bei einem Psychiater bzw. Psychotherapeuten angemessen, ein Inhaftierter (1,3 %) benötigte Unterstützung durch eine Beratungsstelle, bei zwei Teilnehmern (2,6 %) schien eine stationäre allgemeinpsychiatrische Behandlung erforderlich. Der mit 55,3 % deutlich überwiegende Teil der Inhaftierten bedurfte jedoch dem hohen Anteil der Substanzabhängigkeiten entsprechend einer stationären Entwöhnungsbehandlung.

Eine psychopharmakologische Behandlung erschien bei 25,3 % der Teilnehmer erforderlich.

Ogleich die Einschätzung des Behandlungsbedarfs den hohen Prävalenzraten und der ausgeprägten Komorbidität entsprechend hoch war, unterschätzt sie die tatsächliche Behandlungsbedürftigkeit insofern, als aus Gründen der Praktikabilität der Auswertung keine Mehrfachnennungen möglich waren, während ohne diese Einschränkungen teilweise auch mehrere parallele Behandlungsformen indiziert gewesen wären.

Neben den medizinisch-therapeutischen Behandlungen im engeren Sinn waren bei einer Vielzahl der Inhaftierten aufgrund der vielfältigen sozialen Problematiken auch psychosoziale Interventionen indiziert, so dass bei 44,6 % eine sozialarbeiterische Unterstützung erforderlich erschien und bei weiteren 10,8 % die Notwendigkeit für Familien- bzw. Paargespräche bestand.

Der in der Selbsteinschätzung von den Inhaftierten benannte Hilfebedarf umfasste bei 25 % der Teilnehmer den Wunsch nach psychotherapeutischer Unterstützung. Ebenso viele Gefangene benannten den Wunsch nach sozialarbeiterischen Hilfestellungen, Familiengesprächen o.ä., so dass ein Leidensdruck verbunden mit einer Veränderungsmotivation zu vermuten ist, der jedoch von dem Betroffenen selbst nicht zwangsläufig als krankheitswertig empfunden und benannt wurde. Auch bei dem mit 21,1 % benannten offen formulierten Wunsch nach anderweitigen Hilfen benannten die Untersuchungsteilnehmer zumeist praktische Unterstützung zur Verbesserung von beruflicher Perspektive oder ähnlichem.

Nur 5,3 % der Befragten äußerten den Wunsch nach medikamentöser Unterstützung, ein Teilnehmer schlug eine Kombination von Psychotherapie und Medikamenten als hilfreich vor.

Der ermittelte hohe Behandlungsbedarf stand dabei in einem deutlichen Gegensatz zu der gegenwärtig in Haft realisierten psychiatrischen Behandlung. 5,3 % der Probanden wurden im Untersuchungszeitraum tatsächlich „ambulant“ psychiatrisch behandelt, zwei Probanden (2,6 %) wurden über ambulante psychiatrische Heimpflege mitbehandelt, jeweils ein Inhaftierter (1,3 %) wurde im Untersuchungszeitraum stationär psychiatrisch und ambulant

psychotherapeutisch behandelt. Der mit 89,5 % weitaus überwiegende Anteil der Inhaftierten erhielt jedoch während des Untersuchungszeitraums keine psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung. Dieser Befund bestätigte sich auch im Hinblick auf die gegenwärtige psychopharmakologische Behandlung. Während 88,2 % keine psychopharmakologische Behandlung erhielten, wurden 5,3 % antidepressiv behandelt, ein Inhaftierter (1,3 %) erhielt niedrigpotente Neuroleptika, jeweils 2,6 % erhielten hochpotente Neuroleptika bzw. Sedativa.

Tabelle 18: Schweregrad der Beeinträchtigung und aktuelle Behandlungsbedürftigkeit der Studienteilnehmer in %; N = 76

Störungsgrad und Notwendigkeit von Interventionen	
Keine Störung	5,3
Leichte Störung, keine Intervention notwendig	7,9
Leichte Störung, allgemeine medizinische Behandlung notwendig	10,5
Mäßige Störung, psychiatrische Behandlung notwendig	28,9
Schwere Störung, stationäre psychiatrische Behandlung notwendig	47,4
Erforderlichkeit psychiatrischer Untersuchung/Behandlung	
Kontakt zu psychiatrischem Dienst nicht erforderlich	23,7
Diagnostische/konsiliarische Behandlung	6,6
Mitbehandlung/-beratung	69,7
Erforderlichkeit psychotherapeutischer Behandlung	
Psychotherapeutische Behandlung nicht erforderlich	26,6
Psychotherapie erforderlich	73,4
Psychopharmakologische Behandlung	
Psychopharmakologische Behandlung nicht erforderlich	74,7
Psychopharmakologische Behandlung erforderlich	25,3
Psychosoziale Intervention	
Psychosoziale Intervention nicht erforderlich	40,5
Sozialarbeiterische Unterstützung	44,6
Familiengespräch	10,8
Betreuung	4,1
Behandlung durch	
Nicht erforderlich	13,2
Hausarzt	6,6
Niedergelassener Psychiater/Psychotherapeut	21,1
Beratungsstelle	1,3
Psychiatrische Klinik	2,6
Entwöhnungsbehandlung	55,3
Selbsteinschätzung des aktuellen Behandlungsbedarfs	
Psychotherapie/Einzelgespräche	25,0
Medikamente	5,3
Psychotherapie und Medikamente	1,3
Unterstützung im sozialen Bereich	25,0
Sonstige Hilfen	21,1
Keine Hilfen	22,4

5 DISKUSSION

5.1 Methodendiskussion

Trotz weitgehender statistischer Vergleichbarkeit von Studienteilnehmern und Nichtteilnehmern sowie von Studienteilnehmern mit der Grundgesamtheit der in NRW inhaftierten Männer ergeben sich dennoch Einschränkungen der Repräsentativität der Stichprobe. Dabei ist das methodische Vorgehen der Stichprobenauswahl kritisch zu betrachten. Im Rahmen des Gesamtprojektes wurde die männliche, hier untersuchte Gruppe aus der Parallelisierung gegenüber einer zuvor ermittelten Frauenstichprobe ermittelt. Trotz dieser Einschränkung wurde die Vorgehensweise jedoch zugunsten der Möglichkeit einer Untersuchung geschlechtsspezifischer Effekte gewählt. Es zeigte sich einerseits eine leichte Unterrepräsentation von ausländischen Teilnehmern und Teilnehmern mit kurzen Haftstrafen, gleichzeitig war das Lebensalter der Studienteilnehmer in der Studie im Vergleich mit der Landesebene niedriger.

Kritisch im Hinblick auf die Repräsentativität der Studienergebnisse ist neben diesen Einschränkungen vor allem der für institutionell-epidemiologische Fragestellungen geringe Stichprobenumfang, der generalisierende Aussagen nur unter großem Vorbehalt ermöglicht. Letztlich war dies eine Folge der Abwägung zwischen Umfang der Diagnostik und Stichprobengröße, deren Untersuchung in angemessener Größenordnung bei den gegebenen Ressourcen nur durch einen Verzicht auf dezidierte diagnostische Aussagen möglich gewesen wäre.

Auch in Bezug auf die statistische Auswertung und Auswertbarkeit zeigt sich eine Einschränkung der Studie vor allem durch Stichprobengröße, die damit insbesondere bei der Analyse möglicher Zusammenhänge enge Grenzen aufweist. Während somit inhaltliche Analysen nur in sehr geringem Umfang möglich waren, handelt es sich bei der statistischen Auswertung größtenteils um deskriptive Analysen, die jedoch keine ursächlichen Aussagen über mögliche Zusammenhänge zulassen.

Als Vorteil erwies sich der externe, also nicht mit dem Strafvollzug in Verbindung stehende Status der Autorin. Hierdurch ergab sich für die Inhaftierten von Beginn an eine sichtbare Neutralität, die die Bereitschaft zur Studienteilnahme erhöhte und ein höheres Maß an Offenheit erlaubte, was insbesondere bei vollzugsrelevanten Angaben wie Substanzkonsum während der Inhaftierung eine wesentliche Rolle spielte.

Bei den verwendeten Kernuntersuchungsinstrumenten handelt es sich um bewährte strukturierte bzw. standardisierte Erhebungsinstrumente mit hoher Reliabilität und Validität. Zur Gewährleistung einer ausreichenden Validität des SKID I und II erfolgte vor Anwendung, wie von den Testautoren empfohlen, eine gezielte Schulung der Referentin in der Anwendung der Instrumente. Zudem verfügt die Referentin über mehrjährige psychiatrische Berufserfahrung, so dass die Voraussetzungen für eine reliable und valide Testanwendung gegeben waren. Die Untersuchung mittels SKID I und SKID II sowie die zudem erfolgte Abgleichung mit ärztlichen Untersuchungsbefunden und Daten der Vollzugsakten erlaubte darüber hinaus eine hohe Objektivität der Daten.

Sowohl der SCL-90-R als auch SKID I und II wurden bereits in Studien bei Inhaftierten eingesetzt, so dass die Anwendbarkeit in diesem Bereich bereits belegt wurde und sich auch in der vorliegenden Studie bestätigte.

Bei dem speziell für die Untersuchung entwickelten Fragebogen zur Haftsituation, zur gesundheitlichen Verfassung und zu Veränderungswünschen handelt es sich um ein deskriptives Erhebungsinstrument, dessen Daten in einer Zusammenhangsanalyse in Beziehung zu diagnostizierten psychischen Erkrankungen gesetzt wurden. Einschränkend ist hierbei zu bemerken, dass insbesondere die offenen Fragen nach Veränderungswünschen während bzw. nach der Haftzeit zwar eine Ergänzung bildeten, statistisch jedoch nicht auswertbar waren. Ebenso ist in Bezug auf die Selbsteinschätzung des Behandlungsbedarfs (Item 8) die fehlende Antwortmöglichkeit eines explizit nicht vorhandenen Behandlungsbedarfs zu kritisieren. Hierdurch ergibt sich eine Unklarheit, bei der nicht ausreichend zwischen Nichtbeantwortung des Items und nicht vorhandener Behandlungsbedürftigkeit zu differenzieren ist. Bei der Auswertung wurden dementsprechend Personen, die keine Angaben machten, möglicherweise aber dennoch eine nicht näher spezifizierte Behandlungsbedürftigkeit sahen, als nicht behandlungsbedürftig eingestuft. Daher dürfte es sich bei diesem Ergebnis um eine eher konservative Schätzung handeln.

Eine weitere Einschränkung ergibt sich in Bezug auf den CTQ, der in seiner Originalfassung eine hohe Reliabilität und Validität erreicht, für dessen deutsche Übersetzung bislang jedoch der Nachweis ausreichender Gütekriterien sowie eine Normierung für den deutschen Sprachraum ausstehen. Erste Studien mit Gruppen psychisch erkrankter bzw. psychiatrisch behandelter Personen zeigen jedoch auch für die deutsche Fassung eine hohe Reliabilität und Validität (Wulff, in Vorbereitung).

Neben den Einschränkungen der Messinstrumente ergibt sich eine grundsätzliche Einschränkung in Bezug auf die Validität der gegenwärtigen Behandlungsindikation. Da bislang nur für wenige Störungsbilder einheitlich anerkannte und ausreichend evaluierte Behandlungsindikationen bestehen, kann die Einschätzung der Behandlungsindikation in der vorliegenden Studie nur grobe Anhaltspunkte geben. Dennoch ist anhand der Schwere der Störung zumindest eine eindeutige Differenzierung zwischen der Notwendigkeit einer stationären Behandlung sowie ambulanten Behandlungsformen möglich.

Die Anwendung der diagnostischen Kriterien bei Inhaftierten erwies sich insbesondere für die Persönlichkeitsstörungen teilweise als problematisch. So ist die Diagnostik insbesondere der paranoiden Persönlichkeitsstörung im Bereich des Strafvollzuges insofern schwierig, als die Haftsituation naturgemäß von einem hohen Maß an Misstrauen bis hin zu paranoidem Denken geprägt ist und so oft nur schwer von dem Vorliegen einer darüber hinausgehenden Persönlichkeitsstörung zu unterscheiden ist. Fragen wie „Glauben Sie, dass es besser ist, andere nicht zu viel über Sie wissen zu lassen?“ oder „Zweifeln Sie oft daran, ob Sie Ihren Freunden oder Arbeitskollegen trauen können?“ werden zwar von vielen Gefangenen bejaht, spiegeln jedoch vielmehr ein im Rahmen der Haftsituation sowie auch des teils bereits zuvor bestehenden kriminellen Umfeldes angemessenes Misstrauen als krankhaft paranoide Persönlichkeitszüge wider. Obgleich somit aufgrund der speziellen Situationsbedingung des Strafvollzuges insbesondere in Bezug auf die paranoide Persönlichkeitsstörung eine diagnostische Schwierigkeit deutlich wird, war durch gezielte Fragestellungen mit Ausdehnung auf Beispiele außerhalb des Strafvollzuges dennoch eine ausreichende Differenzierung zwischen Haftsituation und einem hierdurch bedingten Misstrauen sowie einem grundsätzlichen bestehendem Misstrauen möglich.

Ebenso ist bei dem hohen Anteil antisozialer Persönlichkeitsstörungen zu bedenken, dass das diagnostische Bild dieser Erkrankung in seiner Definition bereits eng mit delinquentem Verhalten verknüpft ist, so dass in der gegenwärtigen Operationalisierung alle Inhaftierte bereits à priori ein erhöhtes Risiko aufweisen, die Kriterien für die antisoziale Persönlichkeitsstörung zu erfüllen (Ullrich et al., 2003). Dennoch umfassen die diagnostischen Kriterien neben wiederholter und bereits im Jugendalter beginnender Delinquenz auch darüber hinausgehende Kriterien wie beispielsweise Falschheit, Verantwortungslosigkeit, fehlende Reue, Reizbarkeit, Aggressivität und Impulsivität bzw. fehlende Fähigkeit zu vorausschauender Planung, die keineswegs von allen Inhaftierten erfüllt werden und die zu einer dia-

agnostischen Differenzierung geeignet sind. Trotz dieser methodischen Problematik ist insbesondere die antisoziale Persönlichkeitsstörung für den Strafvollzug wichtig, da ihr im Hinblick auf die Resozialisierung bzw. die Rückfallwahrscheinlichkeit eine besondere Bedeutung beizumessen ist (Lösel und Bender, 1997).

Grundsätzlich bleibt insbesondere die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen anhand strukturierter Interviews ohne darüber hinaus bestehende Kenntnis des Patienten zu kritisieren. Fiedler (2001) empfiehlt anstelle einer einmaligen Statusdiagnostik Longitudinalbeobachtungen mit wiederholten Expertenratings unter Hinzunahme verschiedener Informationsquellen. Pilkonis et al. (1995) zeigten eine nur mäßige Übereinstimmung zwischen so erhobenen Diagnosen und solchen auf Grundlage strukturierter Interviews. Trotz dieser grundsätzlichen Kritik an einer Statusdiagnostik bei Persönlichkeitsstörungen bildet die Diagnostik anhand von strukturierten Experteninterviews eine Alternative zu Longitudinaluntersuchungen, die insbesondere in epidemiologischen Studien wie auch in der vorliegenden Untersuchung unverzichtbar ist.

5.2 Ergebnisdiskussion

5.2.1 Diskussion der Ausgangshypothesen

Die vorliegende Studie zeigt eine hohe Lebenszeit- und Sechsmonatsprävalenz psychischer Störungen (92,1 % bzw. 81,6 %) bei den untersuchten männlichen Inhaftierten der Justizvollzugsanstalt Bielefeld-Brackwede I. Diese Rate entspricht einem mehr als 27-fach bzw. 13-fach erhöhten Risiko (Odds Ratios, s. Tabelle 4 und Tabelle 5) verglichen mit der Allgemeinbevölkerung. Damit kann Hypothese 1 angenommen werden, bei der ein deutlich erhöhter Anteil von Inhaftierten mit mindestens einer aktuellen psychischen Störung gegenüber der Allgemeinbevölkerung postuliert wurde. Bei einem hohen Anteil der Inhaftierten mit einer Diagnose bestanden darüber hinaus mehrere psychische Erkrankungen.

Bei den spezifischen Diagnosen handelte es sich mit 72,4 % (aktuelle Prävalenz) zu einem erheblichen Anteil um substanzbezogene Störungen. Daneben zeigten sich auch für die Posttraumatische Belastungsstörung (OR=48,8) und die Persönlichkeitsstörungen (OR=6,8) Prävalenzraten, die gegenüber der Allgemeinbevölkerung z.T. extrem erhöht waren und im Bereich der Persönlichkeitsstörungen an die Prävalenz in psychiatrischen

Kliniken erinnern. Mit einer durchschnittlichen Anzahl von 3,4 Achse-I-Diagnosen sowie 2,2 Achse-II-Diagnosen fand sich zudem eine sehr hohe bzw. multiple Komorbidität, die ebenfalls im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht ist (Wittchen et al., 1999; Wittchen und Jacobi, 2001).

Der Hauptgrund für die eher moderat erhöhte Prävalenz psychotischer Störungen bei Inhaftierten liegt vermutlich in der niedrigen Basisrate (Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung ca. 1 %) begründet. Denkbar ist jedoch im Sinne eines hinzukommenden Effektes, dass die Auffälligkeit dieser Erkrankungsformen dazu führt, dass Inhaftierte mit psychotischen Erkrankungen eher einer stationären psychiatrischen Behandlung zugeführt bzw. im Maßregelvollzug untergebracht werden.

Das globale Funktionsniveau (GAF-Wert, DSM-IV, Achse V) der Studienteilnehmer lag bei einem durchschnittlichen Wert von 59 und zeigte damit ein erhebliches Ausmaß psychosozialer Beeinträchtigung. Verglichen mit einem im vollstationär-psychiatrischen Rahmen erhobenen GAF-Wert von Patienten der eigenen Klinik (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Ev. Krankenhaus Bielefeld) eine Woche vor Entlassung, d.h. nach durchschnittlich 14 Behandlungstagen ($M = 59$; $SD = 14$) ergeben sich praktisch keine Unterschiede. Erschwerend kommt bei der Bewertung dieser Ergebnisse hinzu, dass das niedrige Funktionsniveau im beschützten bzw. kontrollierten Rahmen der Haft erhoben wurde, mithin eine Überschätzung des tatsächlichen Funktionsniveaus der Inhaftierten anzunehmen ist. So kann insbesondere bei der Gruppe der substanzabhängigen Inhaftierten durch die stark vorgegebene Struktur und Kontrolle innerhalb des Vollzugs z.B. in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit für die begrenzte Zeit der Inhaftierung ein Funktionsniveau erreicht werden, welches deutlich höher ist, als dieses außerhalb der Haft anzunehmen ist.

Wie in Hypothese 2 angenommen, waren bei den untersuchten Inhaftierten Subgruppen mit Merkmalen zu identifizieren, die das Risiko aktueller und früherer (lifetime) Erkrankungen erhöhen.

Die Analyse möglicher Risikofaktoren für das Vorliegen psychischer Erkrankungen zeigte jedoch anders als zunächst angenommen, dass die Haftsituation offenbar nur geringen Einfluss auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung hat. Allenfalls bestand ein schwacher Effekt in Richtung abnehmender Zahl psychischer Störungen bei längeren Haftzeiten (Spearman-Rho = $-.24$; $p = .04$). Neben der stabilisierenden Funktion, die die Haft bei-

spielsweise bei Suchterkrankungen zumindest vorübergehend bewirken könnte, ist dieser Effekt möglicherweise auch durch die extreme Stressbelastung, die zu Beginn einer Haftstrafe wirksam ist, erklärbar.

Dagegen zeigte sich, dass vor allem lebensgeschichtliche und psychotraumatologische Aspekte wie eine frühe Straffälligkeit vor dem 16. Lebensjahr, das Vorhandensein von Heimerfahrung und das Vorhandensein von Traumatisierungserfahrungen im Kindesalter (CTQ-Gesamtwert ≥ 9) Prädiktoren für das Vorhandensein psychischer Störungen waren. Dabei kann das Vorhandensein von Heimerfahrung einerseits auf frühe Verhaltensauffälligkeiten, die zu einer Heimunterbringung führten, hinweisen, andererseits kann die Heimerfahrung ihrerseits eine gravierende Belastung darstellen.

Obgleich mit Heimerfahrung, Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter und früher Delinquenz offenbar lebensgeschichtlich frühen Faktoren erheblicher Einfluss auf die psychische Gesundheit von Häftlingen zuzuschreiben ist, existieren in Deutschland bislang keine Studien in Jugendhaftanstalten.

Entsprechend der hohen Prävalenz psychischer Erkrankungen zeigte sich auch ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhter Bedarf psychotherapeutischer bzw. psychiatrischer Behandlungen (Hypothese 3). Nur bei etwa einem Viertel (23,7 %) der Inhaftierten erschien keine Notwendigkeit für einen Kontakt mit entsprechenden Diensten gegeben. Demgegenüber sahen die Inhaftierten in der Selbsteinschätzung ihres Behandlungsbedarfs eher praktische sozialarbeiterische bzw. paartherapeutische Unterstützung als erforderlich, nur 25 % hielten eine psychotherapeutische Behandlung für notwendig. Bei diesem Ergebnis ist einschränkend zu bemerken, dass vermutlich nur einem geringen Anteil der Probanden ausreichende Kenntnisse über psychopharmakologische Behandlungsindikationen und -möglichkeiten zur Verfügung standen, so dass diese Behandlungsalternative trotz hoher subjektiver Behandlungsbedürftigkeit möglicherweise selten benannt wurde. Zudem bestand bei einem hohen Anteil der Inhaftierten mit substanzbezogenen Störungen aber auch bei Probanden mit antisozialen Persönlichkeitsstörungen kein angemessenes subjektives Krankheitskonzept, so dass möglicherweise in der Selbstwahrnehmung stärker psychosoziale Probleme als die Notwendigkeit einer Veränderung der eigenen Erlebens- und Verhaltensmuster im Vordergrund standen.

Kontrastierend zu der hohen Prävalenz psychischer Störungen sowie dem entsprechenden Behandlungsbedarf wurde die gegenwärtig bestehende dramatische Unterversorgung der

Inhaftierten deutlich. Nur 10,5 % der Studienteilnehmer wurden gegenwärtig psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch behandelt, was in keiner Weise dem im Rahmen der Studie ermittelten Behandlungsbedarf nach Experteneinschätzung entspricht.

Während die substanzbezogenen sowie auch die gegenwärtig bestehenden psychotischen Erkrankungen aufgrund der medizinischen Eingangsuntersuchung in der JVA in aller Regel bekannt waren, ergaben Gesundheitsakten nur in wenigen Fällen Hinweise auf das Vorliegen von affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Angststörungen, insbesondere nicht von Posttraumatischen Belastungsstörungen. Möglicherweise fallen die Betroffenen durch krankheitsbedingte Rückzugstendenzen im Alltagsbetrieb der Haftanstalt weniger auf, so dass die Mitarbeiter keinen Handlungsbedarf erkennen. Der überwiegende Teil der Inhaftierten mit psychischen Störungen in Haft bleibt entweder unerkannt und/oder unbehandelt. Vollzugsintern werden in der JVA Bielefeld-Brackwede I wie auch in anderen Haftanstalten zwar mittlerweile insbesondere für Inhaftierte mit substanzbezogenen Störungen therapeutische Maßnahmen angeboten, diese können jedoch bisher in keinem Fall dem hohen Bedarf entsprechen. Hypothese 4, bei der von einem mit der gegenwärtig geleisteten psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung nicht gedeckten tatsächlichen Behandlungsbedarf ausgegangen wurde, darf insofern angenommen werden.

Gleichzeitig sind jedoch insbesondere bei dem hohen Anteil von 55,3 % notwendiger stationärer Entwöhnungsmaßnahmen auch Behandlungsalternativen im Rahmen des Justizvollzugs gut vorstellbar. Die psychiatrische bzw. psychotherapeutische Versorgung muss dabei nicht zwangsläufig eine Auslagerung aus der Justizvollzugsanstalt bedeuten. Vielmehr bietet die Haftsituation mit ihrer starken Strukturierung und dem Schutz nach außen insbesondere für den Bereich der substanzbezogenen Störungen die Möglichkeit, ambivalent motivierte Patienten zu erreichen und bereits hier gezielte therapeutische Behandlungen zu etablieren. Notwendig hierfür ist einerseits eine psychiatrische Schulung und Supervision auf Seiten der Bediensteten, die in ihrem Alltag häufig mit schwerst psychisch gestörten Menschen konfrontiert sind. Andererseits ist die Einführung bzw. deutliche Erweiterung psycho- und soziotherapeutischer Behandlungsangebote dringend notwendig. Als Grundlage dafür scheint eine gezieltere psychiatrische Diagnostik sowie die Entwicklung von auf die Haftsituation abgestimmter einzel- und gruppentherapeutische Behandlungsangebote – auch unter delinquenzpräventiven Aspekten - erforderlich zu sein. Zwingend erforderlich

scheint dabei auch die Berücksichtigung der erheblichen Komorbidität und Komplexität der vorgefundenen Erkrankungen zu sein.

Neben dieser notwendigen Anhebung des Gesundheitsstandards innerhalb des Strafvollzugs scheint es darüber hinaus sinnvoll, eine Vernetzung mit bestehenden psychiatrischen Hilfsangeboten der regionalen Pflichtversorgung aufzubauen bzw. zu intensivieren, da hier bestehende spezifische Angebote ergänzend genutzt werden könnten, aber auch gezielte Vorsorge für die weitere Anbindung nach der Haftentlassung geleistet werden kann. So könnte der immer wieder beobachtbare Kreislauf von psychischer Störung und Deliktrückfälligkeit vermutlich erheblich reduziert werden.

5.2.2 Vergleich mit bisherigen Studien

Im Vergleich mit bisherigen Studien zur psychischen Gesundheit Inhaftierter bestätigte sich auch in der vorliegenden Studie eine gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhte Prävalenz von Achse I- sowie Achse II-Störungen. Obgleich einzelne Studien wie bereits dargestellt aufgrund unterschiedlicher Methodik und Instrumente eine teilweise substanzielle Variation der Ergebnisse aufweisen, zeigten sich dennoch sowohl in Bezug auf die Gesamtprävalenz psychischer Störungen als auch auf spezifische Störungsbereiche hohe Übereinstimmungen. So entspricht die in der vorliegenden Arbeit gefundene Prävalenz von 3,9 % für den Bereich der psychotischen Erkrankungen der von Fazel und Danish in ihrer Zusammenfassung von 62 überwiegend angloamerikanischen Studien berichteten Prävalenzrate von 3,7 %. Weiterhin entspricht auch der Anteil von 10,5 % der Inhaftierten mit einer Major Depression in etwa den von Fazel und Danish berichteten 10 % (Fazel und Danish, 2002). Auch die Gesamtprävalenz psychischer Störungen entspricht mit einer Lebenszeitprävalenz von 92,1 % grob den Ergebnissen einiger Studien, rangiert dabei jedoch im oberen Bereich der gefundenen Prävalenzraten. Eine hohe Übereinstimmung zeigt sich mit der von Herrman et al. (1991) in einer australischen Studie genannten Gesamtprävalenzrate von 82 % sowie mit einer in den Niederlanden ermittelten Einjahres-Prävalenzrate von 80 % (Bulten, 1998).

Die Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen (DSM-IV Achse II) (43,3 %) war gut vergleichbar mit der von Frädrich im offenen Vollzug gefundenen Rate von 50 % (Frädrich,

2000, Frädrich und Pfäfflin, 2000). Auch die Verteilung der diagnostischen Cluster war ähnlich (z.B. Persönlichkeitsstörungen Cluster A 13,2 % hier versus 22,2 %, Cluster B ca. 1/3 hier versus 36,7 %).

Bland et al. (1998) berichteten in ihrer Untersuchung männlicher Strafgefangener eine etwas höhere Prävalenz (57 %). Ebenso wie die niedrige Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen des Clusters C stimmten auch die Prävalenzraten der depressiven und negativistischen Persönlichkeitsstörung weitgehend mit den von Frädrich und Pfäfflin (2000) berichteten Raten überein. Einzig in Bezug auf die nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung ergab sich in der vorliegenden Untersuchung eine vergleichsweise niedrige Rate (2,7 % hier versus 11,1 % bei Frädrich und Pfäfflin). Eine Ursache hierfür liegt möglicherweise in der vergleichsweise ausführlichen Diagnostik der vorliegenden Studie mittels SKID I und II, die auch eine genauere diagnostische Einschätzung von Persönlichkeitsstörungen erlaubte.

Auch die aktuelle Psychopathologie (SCL 90-R) zeigte in Übereinstimmung mit den von Blocher et al. (2000) berichteten Ergebnissen einer deutschen Stichprobe ein hohes Ausmaß psychischer Symptombelastung, das sich deutlich von der Symptombelastung einer männlichen Kontrollgruppe der Allgemeinbevölkerung unterschied (Franke, 1992) und Ähnlichkeiten zu Werten psychisch Kranker aufwies (Wuchner et al., 1993; Ronan et al., 2000).

Zusammenfassend zeigt der Vergleich mit der internationalen Literatur eine Gesamtprävalenz psychischer Störungen, die im oberen Bereich rangiert. Die möglichen Gründe dafür sind vielfältig: Einerseits variieren die Untersuchungsmethoden zwischen den Studien erheblich (Missoni et al., 2003; Konrad, 2003 b), zum anderen wurden hier nur Personen im geschlossenen Vollzug untersucht. Zudem weisen bisherige Studien wie auch die vorliegende Arbeit darauf hin, dass die Prävalenzraten psychischer Störungen insbesondere bei Haftbeginn sowie in Untersuchungshaft erhöht sind, so dass der Einschluss von Untersuchungshäftlingen zu einer im Vergleich mit anderen Studien erhöhten Prävalenzrate geführt haben kann. Im Vergleich mit internationalen Studien kommt erschwerend hinzu, dass die Zuweisungswege zu Gefängnissen versus forensisch-psychiatrischen Einrichtungen international außerordentlich unterschiedlich geregelt sind.

5.3 Ausblick

Die vorliegende Studie kann aufgrund der eingeschränkten Repräsentativität und des geringen Stichprobenumfangs nur begrenzt generalisierende Aussagen begründen. Sie weist jedoch deutlich auf eine gegenüber der Allgemeinbevölkerung stark erhöhte Prävalenz psychischer Erkrankungen verbunden mit einem entsprechend erhöhten Behandlungsbedarf bei Inhaftierten hin.

Zum weiteren Verständnis des Vorkommens psychischer Störungen bei Inhaftierten sowie zur Planung des Versorgungsbedarfs und der Entwicklung angemessener Versorgungsstrukturen sind weitere standardisierte und multizentrische Studien mit größerem Stichprobenumfang dringend notwendig. Dabei scheint insbesondere eine Vereinheitlichung der Untersuchungsinstrumente und der Untersuchungsmethodik verschiedener Einzelstudien notwendig, um eine möglichst gute Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Während mit derart angelegten Querschnittsuntersuchungen repräsentative Aussagen über Art und Ausmaß psychischer Erkrankungen unterschiedlicher Gruppen von Inhaftierten möglich sind, sind Langzeitstudien über den Verlauf psychischer Erkrankungen, beeinflussende Faktoren bzw. Risiko- oder Schutzfaktoren sowie Interventionen sinnvoll und notwendig. Nur so könnte gesichert werden, ob durch gezielte und an die Haftsituation angepasste Interventionen auch die Rückfallgefahr bzgl. der Delinquenz erheblich reduziert werden kann. Neben Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten spielt dabei der Schutz der Allgemeinheit eine wesentliche Rolle. Auch aus einer ethisch motivierten Versorgungsperspektive sind Interventionsstudien dringend zu fordern.

Für den Haftalltag bleibt neben bzw. als Folge epidemiologischer Studien vor allem die Erkennung psychischer Störungen sowie die Entwicklung geeigneter Behandlungsmaßnahmen zentrale Aufgabe.

Angesichts der hohen Prävalenz psychischer Erkrankungen sowie der hohen Komorbidität erscheint ein im Rahmen der regulären Aufnahmeroutine erfolgreiches psychiatrisches Screening sinnvoll, entsprechende Instrumente stehen zur Verfügung. Zentrale Aufgabe ist ferner die Entwicklung einer angemessenen, d.h. funktionsfähigen und mit dem extramuralen Hilfesystem vernetzten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsstruktur.

6 ZUSAMMENFASSUNG

Obgleich in internationalen Studien hohe Prävalenzraten psychischer Erkrankungen bei Inhaftierten festgestellt wurden, existieren bislang nur wenige deutsche Studien zu dieser Thematik. Ziel der vorliegenden Arbeit war die umfassende Erhebung und Prävalenzschätzung psychischer Störungen der Achsen I und II nach DSM-IV bei männlichen Inhaftierten im geschlossenen Justizvollzug, die Einschätzung der aktuellen Psychopathologie sowie damit verbunden eine Einschätzung des Behandlungsbedarfs.

Da im Rahmen des Gesamtprojektes die Untersuchung möglicher geschlechtsspezifischer Effekte im Vordergrund stand, wurde die in der vorliegenden Studie beschriebene Stichprobe inhaftierter Männer gegenüber allen am Stichtag in Bielefeld-Brackwede inhaftierten Frauen nach Alter, Haftdauer und Nationalität parallelisiert. Auf diese Weise wurden aus der Gesamtheit der in Bielefeld-Brackwede I inhaftierten Männer insgesamt 197 männliche Inhaftierte ausgewählt, von denen 76 vollständig an der Untersuchung teilnehmen konnten. Die Stichprobe ist gut mit der Gruppe der Nichtteilnehmer und mit der Grundgesamtheit der Inhaftierten in NRW vergleichbar. Aufgrund der Stichtagserhebung sowie aufgrund praktischer Einschränkungen sind ausländische sowie Häftlinge mit kurzen Haftstrafen unterrepräsentiert, jüngere Inhaftierte sind dagegen leicht überrepräsentiert.

Die eingesetzten Untersuchungsinstrumente umfassten neben den strukturierten klinischen Interviews SKID I und SKID II die international ebenfalls gut eingeführte Symptom-Checkliste SCL-90-R und den Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) sowie einen eigens entwickelten Fragebogen zu juristischen und haftrelevanten Merkmalen.

Die Ergebnisse weisen mit 81,6 % (Sechsmonatsprävalenz Achse I-Störungen) bzw. 92,1 % (Lebenszeitprävalenz Achse I-Störungen) sowie 43,4 % Persönlichkeitsstörungen (Achse II) eine deutlich über der Allgemeinbevölkerung liegende Prävalenz psychischer Störungen auf. Im Vordergrund stand dabei mit 72,4 % (aktuelle Prävalenz) die Gruppe der substanzbezogenen Störungen. 11,8 % der Inhaftierten litt gegenwärtig unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung, 11,8 % unter einer affektiven Störung und weitere 3,9 % erfüllten die Kriterien einer psychotischen Störung. Die im SCL-90-R ermittelte psychopathologische Belastung lag deutlich über dem Niveau der Allgemeinbevölkerung. Dies traf insbesondere für die depressive Beschwerdesymptomatik zu. Das globale Funktionsniveau der Inhaftierten (DSM-IV Achse V) entsprach mit einem Mittelwert von 59 einer mäßig ausgeprägten Beeinträchtigung.

Im CTQ berichtete etwa ein Fünftel der Probanden, einen schweren emotionalen Missbrauch, schweren körperlichen Missbrauch oder eine schwere körperliche Vernachlässigung in der Kindheit erlitten zu haben. Ca. 40 % benannten eine schwere emotionale Vernachlässigung.

Der ermittelte Behandlungsbedarf war hoch. Bei 55,3 % der Inhaftierten bestand die Indikation für eine Entwöhnungsbehandlung sowie bei weiteren 15,8 % die Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung. Tatsächlich erfuhr mit 10,5 % allerdings nur ein sehr kleiner Teil der Probanden während des Untersuchungszeitraums eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung.

Angesichts der hohen Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Inhaftierten besteht neben der Durchführung weiterer multizentrischer Studien die dringende Notwendigkeit des Aufbaus einer angemessenen psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsstruktur für den Justizvollzug.

7 LITERATURVERZEICHNIS

Agbahowe SA, Ohaeri JU, Ogunlesi AO, Osahon R: Prevalence of Psychiatric Morbidity among Convicted Inmates in a Nigerian Prison Community. *East African Medical Journal* 75, 19 – 26 (1998)

Akhtar S, Salman MD: *Broken Structures: Severe Personality Disorders and Their Treatment*. 1. Aufl., Jason Aronson Inc., Northvale, New Jersey, 1992

American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* 4th edn., American Psychiatric Press, Washington DC, 1994

Anderson HS, Sestoft D, Lillebaek T, Gabrielsen G, Kramp P: Prevalence of ICD-9 psychiatric morbidity in random samples of prisoners on remand. *International Journal of Law and Psychiatry* 19, 61 – 74 (1996)

Angst J: Das Komorbiditätskonzept in der psychiatrischen Diagnostik. In: Dilling H, Schulte-Markwort E, Freyberger HJ: *Von der ICD-9 zur ICD-10 - Neue Ansätze in der Diagnostik psychischer Störungen in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 1. Aufl., 41 – 48, Huber, Bern, 1994

Bernstein D, Fink L: *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report*. The Psychological Corporation, San Antonio, TX, 1998

Birmingham L, Mason D, Grubin D: Prevalence of mental disorder in remand prisoners: consecutive case study. *BMJ* 313, 1521 – 1524 (1996)

Blaauw E, Roesch R, Kerkhof A: Mental Disorders in European Prison Systems. *International Journal of Law and Psychiatry* 23, 649 – 663 (2000)

Bland RC, Newman SC, Thomson AH, Dyck RJ: Psychiatric disorders in the population and in prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry* 21, 273 – 279 (1998)

Blocher D, Henkel K, Ziegler E, Rösler M: Zur Epidemiologie psychischer Beschwerden bei Häftlingen einer Justizvollzugsanstalt. *Recht & Psychiatrie* 19, 136 – 140 (2001)

- Brinded Ph, Simpson A, Laidlaw T, Fairley N, Malcom F: Prevalence of Psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry* 35, 166 – 173 (2001)
- Bronisch T: Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach Kriterien aktueller internationaler Klassifikationssysteme. *Verhaltenstherapie* 2, 140 – 150 (1992)
- Brooke D, Taylor C, Gunn J, Maden A: Points prevalence of mental disorders in unconvicted male prisoners in England and Wales. *BMJ* 313, 1524 – 1527 (1996)
- Bulten B: *Gevangen tussen straf en zorg*. 1. Aufl., Kluwer, Deventer, 1998
- Bundesministerium für Justiz Österreich, im Auftrag des Bundesministers für Justiz Dr. D. Böhmdörfer: *Gesamtbericht der Expertenkommission*. Eigendruck des Bundesministeriums für Justiz Österreich, 2001
- Cooke DJ, Mitchie C: Suicide in Scottish prisons: A methodological note. *Legal and Criminological Psychology* 1, 287 – 293 (1996)
- Cooper B: Probleme der Falldefinition und der Fallfindung. *Nervenarzt* 49, 437 – 444 (1978)
- Côté G, Hodgins S: Co-occurring mental disorders among criminal offenders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 18, 89 – 99 (1990)
- Derogatis LR: *SCL-90-R: Administration, scoring and procedure manual-II for the revised version*. Clinical Psychometric Research, Towson, 1986
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg.): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*. 3. Aufl., Huber, Bern, 2000
- Driessen M, Gast U, Hill A, Wulff H: *Childhood Trauma Questionnaire, deutsche Version*. unveröffentlicht, 2000
- Dulz B, Schneider A: *Borderline-Störungen: Theorie und Therapie*. Schattauer, Stuttgart, 2. Aufl., 2 – 66, 1999

- Eyestone L, Howell R: An epidemiological study of attention-deficit hyperactivity disorder and major depression in a male prison population. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 22, 181 – 193 (1994)
- Fazel S, Danesh J: Serious mental disorders in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet* 359, 545 – 550 (2002)
- Fiedler P: *Persönlichkeitsstörungen*. 5. Aufl., Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim, 2001
- Frädrieh S: *Zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Strafgefangenen*. Med. Diss. Ulm, 2000
- Frädrieh S, Pfäfflin F: *Zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Strafgefangenen*. *Recht & Psychiatrie* 18, 95 – 104 (2000)
- Franke GH: Eine weitere Überprüfung der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) als Forschungsinstrument. *Diagnostica* 38, 160 – 167 (1992)
- Franke GH: *SCL-90-R. die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version – Manual*. Beltz Test GmbH, Göttingen, 1995
- Frottier P, Frühwald S, Ritter K, König F: Deprivation versus Importation: ein Erklärungsmodell für die Zunahme von Suiziden in Haftanstalten. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie* 69, 90 – 96 (2001)
- Fydrich T, Schmitz B, Dietrich D, Heinicke S, König J: Prävalenz und Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen. In: Schmitz B, Fydrich T, Limbacher K *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie*. 1. Aufl., 56 - 90, Psychologie Verlags Union, Weinheim, 1996
- Golderberg D: *Manual of the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson, Windsor, 1978
- Gunn J, Maden A, Swinton M: Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. *BMJ* 303, 338 – 341 (1991)
- Herrman H, McGorry P, Mills J, Singh B: Hidden psychiatric Morbidity in Sentenced Prisoners: An Australian Study. *American Journal of Psychiatry* 148, 236 – 239 (1991)

Hyerl S: Personality Diagnostic Questionnaire - 4. New York State Psychiatric Institute, New York, 1994

Jacobi F, Wittchen HU, Höltling C, Höfler M, Pfister H, Müller N, Lieb R: Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine* 34, 597 – 611 (2004)

James JF, Gregory D, Jones RK: Psychiatric morbidity in prisons. *Hospital and Community Psychiatry* 31, 674 – 677 (1980)

Jemelka RP, Rahman S, Trupin EW: Prison Mental Health: An Overview. In: Steadman HJ, Cocozza JJ: *Mental Illness in America's Prisons*. 1. Aufl., 9 – 23, National Coalition For the Mentally Ill in the Criminal Justice System, Eigenverlag, Seattle, 1993

Joukamaa M: Psychiatric morbidity among Finish prisoners with special reference to socio-demographic factors: results of the Health Survey of Finnish Prisoners (Wattu Project). *Forensic Science International* 73, 85 – 91 (1995)

Koenigsberg HW, Kaplan MD: The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: experience with 2,462 patients. *American Journal of Psychiatry* 142, 207 – 212 (1985)

Konrad N : Psychiatrische Probleme im Justizvollzug. In: Venzlaff U, Foerster K: *Psychiatrische Begutachtung*. 3. Aufl., 311 – 323, Urban & Fischer, München, 2000 a

Konrad N: *Psychiatrie in Haft, Gefangenschaft und Gefängnis*. In: Helmchen H, Henn FA, Lauter H, Sartorius N: *Psychiatrie der Gegenwart*. 4. Auflage, 555 – 576, Springer, Berlin, 2000 b

Konrad N: Im Abseits der Psychiatriereform: Psychisch Kranke im Strafvollzug. In: Schmid-Zadel R, Kunze H: *Mit und ohne Bett: Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im gemeindepsychiatrischen Verbund/Aktion psychisch Kranke*, 1. Aufl., 180 – 189, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2001

Konrad N: Die Versorgungssituation psychisch Kranker im Justizvollzug. *Recht & Psychiatrie* 21, 5 – 8 (2003 a)

Konrad N: Ersatzfreiheitsstrafer – Psychische Störungen, forensische und soziodemographische Aspekte. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, 216 – 224 (2003 b)

Konrad N, Missoni L: Psychiatrische Behandlung von Gefangenen in allgemeinspsychiatrischen Einrichtungen am Beispiel von Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz. Psychiatrische Praxis 28, 35 – 42 (2001)

Lösel F, Bender D: Straftäterbehandlung: Konzepte, Ergebnisse, Probleme. In: Steller M, Volbert R: Psychologie im Strafverfahren. 1. Aufl., 171 – 204, Huber, Bern, 1997

Maier W, Lichtermann D, Klingler T, Heun R, Hallmayer J: Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community. Journal of Personality Disorders 6, 187 – 196 (1992)

Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, Dilling H, John U: Lebenszeitprävalenz Psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung, Ergebnisse der TACOS-Studie. Der Nervenarzt 7, 535 – 542 (2000)

Missoni L, Konrad N: Beteiligung des Maßregelvollzuges an der psychiatrischen Versorgung von Straf- und Untersuchungsgefangenen in Deutschland. Recht & Psychiatrie 16, 84 – 90 (1998)

Missoni L, Konrad N: Forensische Psychiatrie und Haftpsychiatrie. Monatszeitschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 82, 365 – 371 (1999)

Missoni L, Rex R: Strukturen psychiatrischer Versorgung im deutschen Justizvollzug. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe 46, 335 – 371 (1997)

Missoni L, Utting FM, Konrad N: Psychi(atri)sche Störungen bei Untersuchungsgefangenen. Ergebnisse und Probleme einer epidemiologischen Studie. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe 6, 323 – 332 (2003)

Powell T, Holt JC, Fondacaro KM: The Prevalence of Mental Illness Among Inmates in a Rural State. Law and Human Behavior 21, 427 – 438 (1997)

Pilkonis PA, Heape CL, Proietti JM, Clark SW, McDavid JD, Pitts TE: The reliability and validity of two structured diagnostic interviews for personality disorders. Archives of General Psychiatry 52, 1025-1033 (1995)

Reich J, Yates W, Nduaguba M: Prevalence of DSM-III personality disorders in the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 24, 12 – 16 (1989)

Ronan G, Dreer LE, Dollard KM: Measuring patient symptom change on rural psychiatric units: utility of the Symptom Checklist-90 revised. *Journal Clinical Psychiatry* 61, 493 – 497 (2000)

Saimeh N: Im Abseits der Psychiatrie-Reform: Psychisch Kranke im Maßregel- und Strafvollzug. In: Schmid-Zadel R, Kunze H: Mit und ohne Bett: Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im gemeindepsychiatrischen Verbund/Aktion psychisch Kranke, 1. Aufl., 190 - 198, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2002

Saß H, Mende M: Zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen mit einer integrierten Merkmalsliste gem. DSM-III-R und ICD-10 bei stationär behandelten psychiatrischen Patienten. In: Baumann U, Fähndrich E, Stieglitz RD, Woggon B: Veränderungsmessung in Psychiatrie und klinischer Psychologie. 1. Aufl., 195 - 206, Profil, München, 1991

Saß H, Wittchen HU, Zaudig M: Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Hogrefe, Göttingen, 1996

Scher CD, Stein MB, Asmundson GJG, McCreary DR, Forde DR: The Childhood Trauma Questionnaire in a Community Sample: Psychometric Properties and Normative Data. *Journal of Traumatic Stress* 14, 843 – 857 (2001)

Schneider V: Zur rückfallpräventiven Effizienz einer außergewöhnlichen Behandlungsinstitution. Diplomarbeit Berlin, 1999

v. Schönfeld CE: Psychiatrie im Justizvollzug. In: Forum Straffälligenhilfe: Dokumentation. Neue Herausforderungen?!, 1. Aufl., 23 – 24, Eigenverlag Evangelischer Fachverband für Gefährdetenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche im Rheinland, Düsseldorf, 2001

Schulte-Markwort M, Marutt, Riedesser P: Cross walk ICD-10 – DSM-IV: Klassifikation psychischer Störungen: eine Synopsis. 1. Aufl., Huber, Bern, 2002

Singleton N, Meltzer H, Gatward R: Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales. 1. Aufl., Stationery Office, London, 1998

- Statistisches Bundesamt Deutschland a: www.destatis.de/basis/d/recht/rechts6.php
- Statistisches Bundesamt Deutschland b: www.destatis.de/basis/d/bevoe/bevoeab5.php
- Statistisches Bundesamt Deutschland c: www.destatis.de/basis/d/biwiku/bildab1.php
- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M: Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Patient Edition (SCID-P). American Psychiatric Press, Washington, DC, 1987 a
- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M: Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality disorders (SCID-II). American Psychiatric Press, Washington, DC, 1987 b
- Stöver H, Lesting W: Healthy Prisons – Gesundheitsförderung im Strafvollzug. *Recht & Psychiatrie* 4, 150 – 156 (1999)
- Teplin LA: The Prevalence of Severe Mental Disorder in Male Urban Jail Detainees: Comparison with the Epidemiologic Catchment Area Program. *American Journal of Public Health* 80, 663 – 669 (1990)
- Teplin LA: Psychiatric and Substance Abuse Disorders among Male Urban Jail Detainees. *American Journal of Public Health* 84, 290 – 293 (1994)
- Torrey EF: Jails and prisons – America’s new mental hospitals. *American Journal of Public Health* 17, 77 – 84 (1995)
- Tyrer P, Alexander J: Classification of personality disorder. *British Journal of Psychiatry* 135, 163 – 167 (1979)
- Tyrer P, Alexander MS, Cicchetti D, Cohen MS, Remington M: Reliability of a schedule for rating personality disorders. *British Journal of Psychiatry* 135, 168 – 174 (1979)
- Tyrer P, Alexander J, Ferguson B: Personality Assessment Schedule. In: Tyrer P: *Personality Disorders: Diagnosis, Management and Course*. 1. Aufl., 140 – 167, Butterworth/Wright, London, 1988
- Tyrer P, Casey P, Gall J: Relationship between neurosis and personality disorder. *British Journal of Psychiatry* 142, 404 – 408 (1983)

Ullrich S, Paelecke M, Kahle I, Marneros A: Kategoriale und dimensionale Erfassung von „psychopathy“ bei deutschen Straftätern. Prävalenz, Geschlechts- und Alterseffekte. *Nervenarzt* 74, 1002 – 1008 (2003)

Utting F: Prävalenz psychischer Störungen bei Untersuchungsgefangenen. Med. Diss. Berlin, 2002

Widiger TA, Frances AJ, Harris M, Jacobsberg L, Fyer M, Manning D: Comorbidity among Axis-II disorders. In: Oldham J: *Personality Disorders: New perspectives on diagnostic validity*, 1. Aufl., 163 – 194, American Psychiatric Press, Washington, DC, 1991

Widmann B: Prävalenz psychischer Störungen bei Frauen in Haft. Med. Diss. Aachen, in Vorbereitung

Wittchen HU, Beloch E, Garczynski E, Holly A, Lachner G, Perkonigg A, Pfütze EM, Schuster P, Vodermaier A, Vossen A, Wunderlich U, Ziegglänsberger S: Münchener composite international diagnostic interview (M-CIDI, Paper-pencil 2.2, 2/95). Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut, München, 1995

Wittchen HU, Fydrich T: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Manual zum SKID-II. Hogrefe, Göttingen, 1997

Wittchen HU, Jacobi F: Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsbildung – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 10, 993 – 1000 (2001)

Wittchen HU, Müller N, Pfister H, Winter S, Schmidtkunz B: Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. *Gesundheitswesen* 61, 216 – 222 (1999)

Wittchen HU, Pfister H: Diagnostisches Expertensystem (DIA-X). Swets, Frankfurt, 1997

Wittchen HU, Wunderlich K, Gruschwitz S, Zaudig M: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Manual zum SKID-I. Hogrefe, Göttingen, 1997

World Health Organization: *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*, Eigenverlag, Genf, 1990

World Health Organization: Tenth revision of the international classification of diseases, Chapter V (F): mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and guidelines. Eigenverlag, Genf, 1993

Wuchner M, Eckert J, Biermann-Ratjen EM: Vergleich von Diagnosegruppen und Klientelen verschiedener Kliniken. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 29, 198-214 (1993)

Wulff H: Childhood Trauma Questionnaire - Entwicklung einer deutschsprachigen Version und Überprüfung bei psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelten Patienten. Med. Diss. Lübeck, in Vorbereitung

Zimmermann M, Coryell WH: DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. Demographic correlates and comorbidity. Archives of General Psychiatry 46, 682 – 689 (1998)

8 ANHANG

8.1 Aufklärung und Einverständniserklärung

Aufklärung

Sehr geehrter Herr

hiermit möchten wir Sie um Ihre Mitarbeit bei einer wissenschaftlichen Untersuchung bitten.

Ziel der Studie ist es, psychische und soziale Probleme unter Haftbedingungen sichtbar zu machen, um Hilfen möglicherweise verbessern zu können.

Dazu werden alle Frauen, die zu einem bestimmten Stichtag hier inhaftiert sind, um ihre Mitwirkung gebeten. Außerdem wird eine gleichgroße Zahl inhaftierter Männer, die nach bestimmten Kriterien wie Alter, Haftart und Herkunftsland ausgesucht wird, gebeten, sich zu beteiligen. Sie erfüllen diese statistischen Kriterien. Daher möchten wir auch Sie gerne um Ihre Mitwirkung bitten.

Die Untersuchungen in der hiesigen JVA sollen von einer Psychologin und zwei Ärzten, namentlich Frau Schröder (Psychologin der Tagesklinik Bethel), Herrn Widmann (Assistenzarzt in Bethel) und Herrn Dr. von Schönfeld (Ltd. Arzt der Tagesklinik Bethel und Konsiliarpsychiater in der JVA Bielefeld) durchgeführt werden.

Einer der Ärzte wird Sie im Laufe der kommenden Wochen aufsuchen und fragen, ob Sie sich an der Studie beteiligen möchten.

Wenn Sie teilnehmen möchten, würde ein ca. zweistündiges Gespräch über Ihren Werdegang, persönliche Erfahrungen und Ihre aktuelle Verfassung folgen. Außerdem würden Sie noch einige Fragebögen erhalten, die Sie bitte in den folgenden Tagen ausgefüllt zurückgeben würden.

Selbstverständlich ist Ihre Teilnahme vollkommen freiwillig und kann jederzeit von Ihnen widerrufen werden. Durch eine Teilnahme oder Nichtteilnahme entstehen Ihnen keinerlei vollzugliche Vorteile oder Nachteile.

Die Auswertung der Daten erfolgt anonym. Sie können sich darauf verlassen, dass keine persönlichen Daten an den Vollzug weitergegeben werden. Auch die Angaben, die Fr. Botthof im Rahmen dieser Studie zur Kenntnis gelangen, bleiben streng vertraulich und unterliegen im vollen Umfang der Schweigepflicht.

Nach einer Teilnahme erhalten Sie für Ihre eingesetzte Zeit und Mühe eine kleine Aufwandsentschädigung von 5 Euro für die Befragung und weiteren 5 Euro für die Beantwortung der Fragebögen. Das Geld wird Ihrem Hausgeld gutgeschrieben.

Die Auswertung der anonymisierten Daten erfolgt dann in Zusammenarbeit mit Herrn Prof. Schneider von der Universität Düsseldorf und Herrn Prof. Driessen (Chefarzt der psychiatrischen Klinik Gilead in Bethel).

Über Ihr Interesse und Ihre Mithilfe bei der Untersuchung würden wir uns sehr freuen.

Mit freundlichen Grüßen

(T. Schröder)

(B. Widmann)

(Dr. C.-E. v.Schönfeld)

Einverständniserklärung

Bei der Untersuchung, an der ich teilnehme, werden Interviews und Fragebögen eingesetzt, um mehr über die Bedingungen von Haftinsassen und ihre möglichen psychischen oder sozialen Probleme zu erfahren.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich das Untersuchungsvorhaben und die Informationen verstanden habe und freiwillig und aus eigenem Entschluss an den Untersuchungen teilnehme. Die von mir erhobenen Daten werden anonym weiterverarbeitet und ausschließlich zu dem mir mitgeteilten Forschungszweck verwendet.

Ich bin darüber informiert worden, dass ich jederzeit aus den Untersuchungen ausscheiden kann, ohne dass mir persönliche Nachteile entstehen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Mitarbeiter des Projektes unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen Akteneinsicht erhalten können. Alle auftretenden Fragen sind mir erläutert worden. Ich habe im Moment keine weiteren Fragen.

Bielefeld, den

Name des Teilnehmers

Unterschrift des Teilnehmers

Name des Interviewers

Unterschrift des Interviewers

8.2 Instrumente

Instruktion

Forschungsprojekt:

Psychiatrische Erkrankungen im geschlossenen Vollzug

Leitung: Dr. C.-E. von Schönfeld

Gadderbaumerstr. 31 in 33602 Bielefeld.

Sehr geehrte Studienteilnehmerin,

Sehr geehrter Studienteilnehmer,

nachfolgend möchten wir Sie bitten die beiliegenden vier Fragebögen auszufüllen.

Der erste Fragebogen (SCL-90-R) bezieht sich auf aktuelle Beschwerden, unter denen viele Menschen leiden. Diese Liste wurde für nicht inhaftierte Menschen entwickelt. Sie enthält daher zum Teil auch Fragen, die in einer JVA wenig sinnvoll erscheinen. Bitte versuchen Sie trotzdem, möglichst alle Frage so gut es geht zu beantworten.

Der zweite Fragebogen (CTQ) bezieht sich auf mögliche schlimme Erfahrungen in der Kindheit. Wir hoffen, dass Ihnen die Fragen nicht zu nahe gehen. Natürlich können Sie zu jeder Zeit das Ausfüllen des Bogens beenden oder eine Pause einlegen.

Der Fragebogen ist aus dem Englischen übersetzt und vielleicht am Anfang etwas kompliziert aufgebaut. Sollte Ihnen bei einer Frage nicht gleich deutlich sein, was gemeint ist, können Sie natürlich gerne erst andere Fragen beantworten. Für die Auswertung wäre es allerdings sehr hilfreich, wenn schließlich alle Fragen von Ihnen beantwortet werden könnten.

Der dritte Fragebogen enthält noch einige offene Fragen, vor allem zu Ihren Vorerfahrungen, Ihrer Selbsteinschätzung und Ihren Veränderungswünschen. Auch hier würden wir uns über eine vollständige Beantwortung freuen.

Wir bitten Sie die ausgefüllten Bögen im Laufe der nächsten Tage in dem beiliegenden Umschlag an uns zurückzusenden. Die Aufwandsentschädigung von 5 Euro wird dann umgehend ihrem Hausgeldkonto gutgeschrieben.

Wir wissen, dass das Ausfüllen der Bögen recht anstrengend sein kann. Besonders, wenn intensive Erinnerungen oder Überlegungen mit einer sorgfältigen Bearbeitung verbunden sind.

Daher möchten wir uns bei Ihnen schon jetzt für Ihre Mühe sehr herzlich bedanken.

Mit freundlichen Grüßen

(T. Schröder)

(B. Widmann)

(Dr. C.-E. v.Schönfeld)

Fragebogen zur Haftsituation, gesundheitlichen Verfassung und Veränderungswünschen

- 1.) Wie lange sind Sie jetzt schon ununterbrochen inhaftiert? Monate Jahre

- 2.) Wie lange müssen Sie jetzt vermutlich noch in Haft bleiben? (Gemeint ist der für Sie wahrscheinlichste Termin. Wenn Sie z.B. vermuten, zum 2/3- Termin entlassen zu werden, würde dieses Datum gelten.) Monate Jahre

- 3.) Wieviele Jahre bzw. Monate haben Sie insgesamt schon in Ihrem Leben in Haft verbracht? Monate Jahre

- 4.) Waren Sie in Ihrer Kindheit oder Jugend schon einmal in einem Heim oder einer Pflegefamilie untergebracht? Wenn ja, wie lange etwa? Monate Jahre

- 5.) Wie alt waren Sie etwa als Sie das erste Mal straffällig wurden (unabhängig davon, ob Sie dafür verurteilt wurden oder nicht)? Jahre

- 6.) Haben Sie Angehörige (Eltern, Geschwister, Kinder), die auch schon einmal inhaftiert waren? Ja Nein
- 7.) Welche Einschätzung trifft nach Ihrer Ansicht am ehesten auf Sie zu? (Bitte kreuzen Sie an.)
„Mein seelischer Gesundheitszustand in der aktuellen Haftsituation ist“:
sehr gut gut mittelmäßig schlecht sehr schlecht
- 8.) Welche Maßnahmen wären nach Ihrer Ansicht für Sie notwendig? (Mehrfachauswahl möglich)
a.) Medikamente
b.) Psychotherapie (Einzelgespräche) mit einem Arzt oder Psychologen
c.) Unterstützung im sozialen Bereich, (z.B. praktische sozialarbeiterische Hilfe oder ein Angehörigengespräch)
d.) Sonstige Hilfe, und zwar:.....
- 9.) Zur Zeit rauche ich: 10.) Einen Monat vor der Inhaftierung rauchte ich:
a.) nicht a.) nicht
b.) bis zu 20 Zigaretten täglich b.) bis zu 20 Zigaretten täglich
c.) mehr als 20 Zigaretten täglich c.) mehr als 20 Zigaretten täglich
- 11.) In der Haft wäre für mich die sinnvollste Veränderung:
- 12.) Wieder in Freiheit wäre die sinnvollste Veränderung für mich:

Einschätzung der aktuellen Behandlungsindikation (vom Interviewer auszufüllen)

Vp Nr.: _____

Kontakt zu psychiatrischen/psychosomatischen Diensten nicht erforderlich diagnostisch/konsiliarisch Mitbetreuung, eig. Therapie, Intervention, Teambberatung
Psychotherapeutische Behandlungsindikation nicht erforderlich tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie tiefenpsychologisch fundierte Kurztherapie psychoanalytische Therapie Verhaltenstherapie suggestive Verfahren syndrombezogene verbale Intervention (stütz. Arztgespräch) sonstige:
Psychopharmakologische Behandlungsindikation nicht erforderlich Antidepressiva niedrig- bis mittelpotente Neuroleptika hochpotente Neuroleptika Benzodiazepine Phasenprophylaxe
Psychosoziale Behandlungsindikation nicht erforderlich Sozialarbeiter Familiengespräch/praktische Hilfe Psych. KG Pflegschaft/Entmündigung sonstige:
Behandlung durch: nicht erforderlich Hausarzt Neurologe Psychiater/Nervenarzt Psychotherapeut (Arzt, Psychologe) Beratungsstelle (Fam., Paar., Erz.) psychosomatische Klinik (stationär) Suchtklinik: Langzeitbehandlung (stationär) sonstige:

Allgemeiner Schweregradscore: Jedem Probanden wird ein allgemeiner Schweregradscore gegeben, entsprechend dem Grad der funktionalen Beeinträchtigung und dem daz Bedarf an medizinischer Versorgung. Richtlinien werden benutzt:

0 = keine psychiatrische Abnormität;
1 = leichte Persönlichkeitsabweichung oder isolierte Symptome, die keine medizinische Intervention verlangen;

2 = leichte psychiatrische Störungen, die nur allgemeinärztliche Versorgung verlangen;
3 = mäßige psychiatrische Störungen, die eine Überweisung zum Psychiater oder zu einer Fach-einrichtung erfordern;
4 = schwere psychiatrische Störung, die eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik oder ein Krankenhaus erfordert.

9 DANKSAGUNG

Mein Dank gilt Herrn Prof. Dr. Driessen für das Thema und die Begleitung der vorliegenden Arbeit sowie Herrn Dr. von Schönfeld für sein großes Engagement zur Verwirklichung der Studie und seine fachliche und menschliche Begleitung.

Dank gebührt auch dem Ministerium für Justiz des Landes Nordrhein-Westfalen, der Arbeitsgruppe Kriminologischer Dienst sowie der Justizvollzugsanstalt Bielefeld-Brackwede I unter Leitung von Herrn Damann für die wohlwollende Unterstützung und das Engagement der Mitarbeiter der Justizvollzugsanstalt.

Nicht zuletzt möchte ich den Inhaftierten für ihre zumeist bereitwillige und offene Studienteilnahme danken, ohne die eine Durchführung der Studie nicht möglich gewesen wäre.

10 LEBENSLAUF

Geburtsdatum: 09.07.1974
Geburtsort: Werther/Nordrhein-Westfalen
Familienstand: verheiratet

Schulische und berufliche Ausbildung:

08/80 – 07/82 Besuch der Grundschule Bielefeld-Jöllenbeck
08/82 – 07/83 Besuch der Grundschule Delmenhorst
08/83 – 07/84 Besuch der Grundschule Höxter-Albaxen
08/84 – 04/93 Besuch des König-Wilhelm-Gymnasiums Höxter;

Abschluss: Allgemeine Hochschulreife

03/94 – 03/95 Psychologiestudium an der Freien Universität Berlin
03/95 – 11/99 Psychologiestudium an der Universität Bielefeld
Diplom 30.11.99
seit 02/00 Weiterbildungsstudium zur Psychologischen Psychotherapeutin mit
Schwerpunkt Verhaltenstherapie (voraussichtlicher Abschluss 2005)

Berufliche Tätigkeit:

11/99 – 10/00 Anstellung als Diplom-Psychologin in der Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie, Ev. Krankenhaus Bielefeld
10/00 – 02/01 Anstellung als Diplom-Psychologin in der Klinik Porta-Westfalica
GmbH & Co. AHB- und Reha-Klinik
seit 03/01 Anstellung als Diplom-Psychologin in der Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie, Ev. Krankenhaus Bielefeld

Wissenschaftliche Tätigkeit:

05/02 – 05/03 Datenerhebung Justizvollzugsanstalt Bielefeld-Brackwede I
06/03 – 07/05 Dateneingabe, statistische Auswertung, Anfertigung der Dissertation

Veröffentlichungen:

von Schönfeld CE, Schneider F, Schröder T, Widmann B, Botthof U, Driessen M: Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen. Nervenarzt DOI: 10.1007/S00115-005-1946-1 (2005)

Driessen M, Schroeder T, Widmann B., von Schoenfeld CE, Schneider F: Childhood Trauma, Psychiatric Disorders, and Legal History in Prisoners: A Comparative Study in Incarcerated Women and Men. Submitted to British Journal of Psychiatry (2005)