

## **II.) Studie**

Im Folgenden soll die hypothesentestende Erhebung vorgestellt und analysiert werden. Sie wird auf der 1999 durchgeführten Studie (Dubielczyk 2002) zur Prävalenz psychischer Störungen bei Ersatzfreiheitsstrafern aufbauen und deren Ergebnisse aktualisieren und ergänzen.

### **II.1) Methodik und Studiendesign**

Vorangestellt werden einführende Hinweise zu Methodik und Design der Studie.

#### **II.1.1) Empirie und Diagnostik**

"Empirische Forschung sucht nach Erkenntnissen durch systematische Auswertung von Erfahrungen" (Bortz/Döring 1995, 5). Es finden sich jedoch in der wissenschaftstheoretischen Literatur sehr unterschiedliche Auffassungen, wie diese Erfahrungen in einen Erkenntnisgewinn umgesetzt werden können. So schrieb auch Jaspers kritisch zum Erkenntnisgewinn in der Psychopathologie, "dass man nur wenig Behauptungen, ja vielleicht keine Behauptung aufstellen kann, die nicht irgendwie und irgendwo bestritten wird. ... Es ist schon viel, wenn zwei Forscher sich über die Methode einig sind und sich nur über einen mit ihr gewonnenen Befund in einer dann immer fruchtbaren Weise streiten." (Jaspers 1973, 5)

Das sollte allerdings nicht daran hindern, den bestmöglichen Versuch zu unternehmen, dennoch einen Erkenntnisgewinn zu erzielen: Im Fall der Humanwissenschaften können Menschen anhand von Merkmalen beschrieben werden, die für eine bestimmte Fragestellung relevant sind. Die Analyse der Unterschiede zwischen diesen Merkmalen (Variabilität) erlaubt eine genauere Beschreibung der Untersuchten und einen Vergleich verschiedener Gruppen miteinander.

Neben den sozialstatistischen Merkmalen ist die primäre Grundlage im vorliegenden Fall die Diagnostik psychischer Störungen bei den inhaftierten Probanden. Lange Zeit galt die skizzierte Problematik der Empirie auch analog für die Diagnostik von psychischen Störungen. Uneinigkeit über die Einschätzung von Patienten zwischen verschiedenen Therapieschulen und mithin auch Uneinigkeit über die daraus folgende ideale Behandlung führte jedoch schließlich zu einer Operationalisierung der Diagnostik psychischer Störungen. Heute kann mit den beiden Diagnoseschlüsseln "International

Classification of Diseases and Related Health Problems" (ICD-10, herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation WHO) und Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung APA) auf weitgehend universell anerkannte Kategorisierungen zurückgegriffen werden.

Ausprägungen von Merkmalen und mithin Diagnosen können empirisch quantitativ durch die Zuweisung von Abstrahierungen mittels Zahlen gemessen werden. Diese Zahlen erlauben dann idealer Weise die Überprüfung einer grundlegenden wissenschaftlichen Hypothese, also einer Annahme über reale Sachverhalte, die über den Einzelfall hinausgehend generalisierbar sind.

Im vorliegenden Fall der Diagnostik psychischer Störungen handelt es sich um eine deskriptiv-epidemiologische Studie. Die Epidemiologie beschäftigt sich mit den Determinanten und der Verteilung von Gesundheit und Krankheiten, von Verletzungen, Morbidität, Mortalität und von Beeinträchtigungen in Bevölkerungen. Es werden also die Häufigkeiten und Begleiterscheinungen psychischer Störungen beschrieben.

Hierbei sind die Begriffe Inzidenz und Prävalenz zu unterscheiden: Von einer Inzidenz-Rate wird gesprochen, wenn der Anteil an Personen bestimmt wird, welche eine Krankheit oder Störung innerhalb eines bestimmten Zeitrahmens neu bekommen haben. Die Prävalenz-Rate hingegen beschreibt den Anteil von Personen innerhalb einer klar definierten Bevölkerungssparte, welche zu einem bestimmten Zeitpunkt oder Zeitraum unter einer Krankheit oder Störung leiden (Höfler 2004). In dieser Arbeit wird die Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen bestimmt, d.h. der prozentuale Anteil von Menschen, die jemals in ihrem Leben unter einer psychischen Störung gelitten haben.

Um die Hypothese der vorliegenden Arbeit zu falsifizieren, wird primär die Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen bei Ersatzfreiheitsstrafern der JVA Plötzensee Ende 2004 erhoben und dargestellt. In einem zweiten Schritt werden die ermittelten Daten mit den fünf Jahre zuvor erhobenen Werten verglichen.

### **II.1.2) Design und Umsetzung der Studie**

Den Kern der Untersuchungen bildet jeweils eine Befragung von 100 Ersatzfreiheitsstrafern der JVA Plötzensee mit Hilfe des computergestützten Systems DIA-X

(Wittchen/Pfister 1997). Zusätzlich zur Inzidenz psychischer Störungen im Lebensverlauf wurden auch ausgewählte Sozialmerkmale und Aussagen durch einen zusätzlichen Fragebogen erhoben. Die mit den beiden Erhebungswerkzeugen ermittelten Daten wurden dann mit Hilfe des statistischen Datenanalysesystem SPSS (Martens 1999) ausgewertet. Im Rahmen der Datenerhebung wurde in Absprache mit dem Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit, Herrn Dr. Metschke, darauf geachtet, eine datenschutzrechtlich unbedenkliche Vorgehensweise zu wählen und umzusetzen.

### *II.1.2.1) Probanden*

Nach Erhalt der notwendigen Genehmigungen durch Anstaltsleitung, Sicherheitsdienst und Datenschutzbeauftragten, sowie einigen vorbereitenden Gesprächen mit den beteiligten Stationen, wurden die Interviews im Zeitraum vom 1. September bis zum 31. Oktober 2004 durchgeführt.

Bei der Auswahl der Probanden wurde darauf geachtet, die zur Zeit der Erhebung auf drei Häuser der JVA Plötzensee verteilten Insassen zu prozentual entsprechenden Anteilen zu befragen. Durch die anteilige Befragung konnten Verzerrungen aufgrund von Belegungsrichtlinien verhindert und ein möglichst genaues Gesamtbild der inhaftierten Ersatzfreiheitsstrafer ermittelt werden.

**Verteilung der befragten Ersatzfreiheitsstrafer  
auf die Häuser der JVA Plötzensee zum Zeitpunkt der Erhebung**

<b>JVA Plötzensee, Berlin</b>	<b>Anzahl befragter Ersatzfreiheitsstrafer</b>	<b>Prozentuale Gesamtverteilung</b>
<b>Haus 1</b>	18	18,0
<b>Haus 5</b>	21	21,0
<b>Haus 6</b>	61	61,0
<b>Gesamt</b>	100	100,0

Je nach Vollzugsrichtlinien des entsprechenden Hauses konnte der Interviewer die Probanden entweder in alphabetischer Reihenfolge in ihren Zellen aufsuchen, instruieren und selbst zu einem Besprechungsraum führen oder bekam die Gefangenen von Vollzugsbeamten zu einem Dienstraum gebracht und instruierte sie dort. In beiden

Fällen waren die Gefangenen durch Aushänge im Vorhinein über die Untersuchung informiert worden.

Zudem wurde die Tatsache berücksichtigt, dass einige Gefangene innerhalb der Anstalt arbeiteten. Ein entsprechender Prozentsatz dieser Probanden wurde in den späten Abendstunden befragt.

Die Bereitschaft zur Teilnahme war mit Ausnahme von zwei unter Verfolgungsideen leidenden Inhaftierten groß. Neben dem gelegentlichen Angebot einer Zigarette scheint hierfür vor allem ein großes Mitteilungsbedürfnis der Probanden verantwortlich zu sein. Immer wieder wurde von ihnen mit Erleichterung kundgetan, wie gut es ihnen getan habe, endlich einmal mit jemandem über ihre Erkrankungen und Erlebnisse sprechen zu können.

#### *II.1.2.2) Einschränkungen des Diagnoseinstrumentes DIA-X*

Bevor genauer auf die Ergebnisse der Evaluation eingegangen wird, sollen zunächst einige Bemerkungen zu den Einschränkungen des Diagnoseinstrumentes DIA-X vorangestellt werden. Das zur Erhebung der Prävalenz psychischer Störungen genutzte standardisierte Diagnoseinstrument DIA-X ermöglichte es, die notwendigen Daten in einheitlich strukturierter Form je Proband innerhalb von durchschnittlich zwei- bis vierstündigen Befragungen an einem einzelnen Termin durchzuführen. Der Umfang der Befragung konnte so auf zwei volle Arbeitsmonate bei 50 Stunden pro Woche begrenzt werden.

Bei diesem umfassenden Diagnosesystem handelt es sich um eine überarbeitete Version des *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*, das die Diagnosestellung von psychischen Störungen auf Basis der Definitionen und Kriterien des ICD-10 und DSM-IV ermöglicht (Wittchen et al. 1997).

Ein Nachteil der Erhebung mittels des standardisierten DIA-X-Verfahrens besteht jedoch darin, dass (analog zur Vorgängerstudie) *keine Persönlichkeitsstörungen* erfasst werden. Eine ergänzende Diagnostik wäre prinzipiell möglich gewesen, hätte sich aber als bei weitem zu zeitaufwändig für die Aufmerksamkeitsspanne der Probanden erwiesen. Da die Interviews auch ohne Erhebung der Persönlichkeitsstörungen mehrere Stunden in Anspruch nahmen, hätte eine zusätzliche Erfassung dieser Störungen eine

deutlich zu hohe Gefahr von Abbrüchen zur Folge gehabt. Durch die daraus resultierende hohe "Missing"-Quote, wäre die Auswertung nicht mehr repräsentativ und nicht mehr mit der Basisstudie vergleichbar gewesen.

Die hohen Werte der Persönlichkeitsstörungen in den Studien von Fazel und Danesh (Männer 65% /Frauen 42%) (Fazel/Danesh 2002) können daher für deutsche Ersatzfreiheitsstrafer durch die vorliegende Untersuchung nicht empirisch belegt werden. Allerdings zeigt eine Studie von Frädriich/Pfäfflin (2000)<sup>1</sup> zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Strafgefangenen in Deutschland, dass die entsprechenden Werte deutlich über der Prävalenz der Allgemeinbevölkerung liegen. Während nur etwa 10% der Allgemeinbevölkerung an einer Persönlichkeitsstörung leiden (vgl. Schepank 1987, Maier et al. 1992), betrug die Prävalenz bei den 90 deutschen Strafgefangenen jener Studie 50%. Häufigste Diagnose war die "Antisoziale Persönlichkeitsstörung".

Da bei allgemeinen Strafgefangenen einer JVA des offenen Strafvollzugs ein vergleichsweise sehr hohes Ausmaß von Persönlichkeitsstörungen zu Tage tritt, lässt sich vermuten, dass auch die Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen von Ersatzfreiheitsstrafgefangenen deutlich über dem der Allgemeinbevölkerung liegt. Ein Beleg wird durch eine spätere Studie zu liefern sein.

Die zweite Einschränkung betrifft Probanden mit einem ausgeprägten *Verfolgungswahn*. Für die datenschutzrechtliche Unbedenklichkeit der Studie war es vom Datenschutzbeauftragten zur Auflage gemacht worden, die Befragten ausführlich über den Sinn der Studie und die Nutzung der anonymisierten Daten aufzuklären. Eine entsprechende Bestätigung dieser Aufklärung musste durch die zweifache Unterschrift des Probanden belegt werden. Eine Ausfertigung (auf der sich auch noch einmal die Kerngedanken der Studie schriftlich fixiert fanden) wurde zentral innerhalb der JVA aufbewahrt, die andere bekam der Proband selbst ausgehändigt. Während dieses

---

<sup>1</sup> Trotz eines immer wieder angemerktens Bedarfs gelang es erst dieser richtungsweisenden Studie 2000 repräsentative Daten für den deutschen Strafvollzug zu erheben (vgl. Lösel/Bender 1997, Pfäfflin 1997). Sie bestätigte auch die Hypothese, dass sich die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen im offenen Vollzug einer JVA kaum von der einer psychiatrischen Patientenstichprobe unterscheidet (Frädriich/Pfäfflin 2002).

Procedere von fast allen Befragten als unproblematisch empfunden wurde, gab es zwei Häftlinge, die auch nach mehr als einstündigen Gesprächen nicht bereit waren, die notwendigen Unterschriften zu leisten. In diesen Gesprächen wurde schnell klar, dass sie unter lang andauernden wahnhaften Verfolgungsideen litten. Diese führten teilweise so weit, dass die Befragten sich beim Gang zwischen zwei Häusern der JVA nur im Schutze von Bäumen vortasteten, um einer gegen sie gerichteten "weltweiten Verschwörung" und der "Beobachtung durch Satelliten" zu entgehen oder dass selbst Kassiererinnen im Supermarkt als Abgesandte ehemaliger Kollegen gesehen wurden, die festhalten sollten, welche Lebensmittel vom Probanden eingekauft wurden. Gleichwohl die Diagnose (zu denken ist etwa an eine Schizophrenie oder an einen alkohol- bzw. drogeninduzierten wahnhaften Zustand) unter diesen Voraussetzungen weder erhoben noch datenschutzrechtlich begründet aufbewahrt werden durfte, wären aller Voraussicht nach die diagnostischen Leitlinien des Verfolgungswahns unter den "wahnhaften Störungen" nach ICD-10 (F 22.0) erfüllt gewesen (mindestens drei Monate, eindeutig auf die Person bezogen, nicht subkulturell bedingt – vgl. ICD-10 und Urbaniok 2004, 198f.). Diese beiden Probanden konnten durch ihre Ablehnung von Rahmenbedingungen der vorgestellten Studie nicht berücksichtigt werden.

Letztlich ist noch hinzuzufügen, dass ein noch ungenannter Vorteil von DIA-X darin liegt, das Vorliegen einer Komorbidität genau analysieren zu können. Zusätzliche Störungen werden weniger häufig übersehen, als bei regulären diagnostischen Interviews. Andererseits kann emotional und subjektiv wichtigen Informationen durch die starre Nutzung nicht die nötige Aufmerksamkeit gewidmet werden und das psychotherapeutische Element des Erhebungsgespräches geht weitgehend verloren.

### *II.1.2.3) Vermeidung von Messfehlern*

Um Messfehler, die aus einem unterschiedlichen Studiendesign resultieren könnten auszuschließen, wurde die aktuelle Studie als eine Replikationsstudie konzipiert. Die vorliegende Studie benutzt parallel zur Ursprungsstudie von 1999 (Dubielczyk 2002) ein weitgehend identisches Instrumentarium und eine analoge, gleich strukturierte Population.

Beide Studien erheben die Daten zur Prävalenz psychischer Störungen retrospektiv und aktuell. Da es sich bei den Probanden der jeweiligen Erhebungen nicht um identische Personen handelt, kann nicht von einer Längsschnittstudie gesprochen werden. Dennoch fanden die beiden Querschnittsstudien am identischen Ort mit identischen Methoden und unter analogen Voraussetzungen statt. Sie bilden die ersten deutschen Erhebungen zur Entwicklung der Prävalenz psychischer Störungen bei Ersatzfreiheitsstrafern in Deutschland.

Bei der Durchführung einer solchen Querschnittsstudie müssen bestimmte Grundsätze quantitativer empirischer Erhebungen beachtet werden. Dies sind vor allem eine grundlegende Validität, Reliabilität und interne Konsistenz der Untersuchung. Jene Prinzipien bilden einen Indikator für die Qualität der durchgeführten Studie.

Die *Validität* eines Erhebungsinstrumentes ist ein Indikator dafür, wie gut eine Charakteristik, die gemessen werden soll, tatsächlich erfasst wird (Dunn 2000). Gerade bei psychischen Störungen erweist sich die Validität oftmals als problematisch, da selbst Experten, wie skizziert, mitunter unterschiedliche Diagnosen vertreten. Unter Zuhilfenahme von standardisierten diagnostischen Manualen kann diese Problematik allerdings entschärft werden, da sie einen weltweit weitgehend akzeptierten Konsens darstellen. Auf diesen Manualen beruht auch die zur Erhebung benutzte Software DIA-X. Die Validität der aktuellen Studie ist somit bestmöglich gesichert.

Die Zuverlässigkeit, mit der ein Messverfahren oder Instrument bei mehreren Messungen gleiche Ergebnisse liefert, wird mit dem Begriff *Reliabilität* umschrieben. Die Reliabilität wird dann reduziert, wenn Messungen zu bestimmten Zeitpunkten oder unter Nutzung durch verschiedene Interviewer abweichende Resultate erbringen (Höfler 2004). Während die Zeitpunkte wegen der Nutzung eines standardisierten Computerprogramms keine Rolle spielen können, muss die Nutzung verschiedener Interviewer genauer betrachtet werden, da die Originalstudie von 1999 (Dubielczyk 2002) und die Replikationsstudie von 2004 tatsächlich von unterschiedlichen Interviewern durchgeführt worden sind. Dieser Umstand ist prinzipiell eine potentielle Fehlerquelle von Replikationsstudien.

So hat Wittchen festgestellt, dass eine Varianz in Antworten in der Regel nicht durch das Antwortverhalten von Patienten bestimmt wird, sondern durch eine unterschiedliche Auswahl von Fragen und abweichende Formulierungen von Interviewern (Wittchen

1993). Die Klassifikationssysteme bringen durch die Entwicklung expliziter diagnostischer Kriterien auch hier eine gewisse Sicherheit. Dennoch bleibt es selbst bei strukturierten Interviews immer noch den Untersuchern überlassen, die Antworten auszuwerten und zu beurteilen. Die Nutzung von DIA-X erweist sich auch in diesem Punkt als hilfreich, da die enthaltenen Fragen auch von verschiedenen Interviewern stets auf eine identische Weise mit identischen Formulierungen benutzt werden müssen. DIA-X gehört zu den standardisierten Interviews, bei denen die Elemente der Informationsgewinnung und des diagnostischen Prozesses exakt festgelegt sind (Stieglitz/Freyberger 1996). Seine Komponenten wurden auch im Vergleich mit klinisch-psychiatrischen Diagnosen mehrfach hinsichtlich Reliabilität und klinischer Validität geprüft. Die Reliabilität zwischen verschiedenen Interviewern und diagnostischen Entscheidungen liegen auf einem sehr hohen Niveau (Wittchen et al. 1997). Eine Einschränkung betrifft allerdings die Validität psychotischer Störungen (F2), undifferenzierter somatoformer Störungen (F45.1) und dissoziativer Störungen (F44). Bei Studien zur Überprüfung der Validität stellten Kliniker häufiger eindeutige Diagnosen von psychotischen Störungen, während DIA-X die psychotischen Symptome zwar erfasste, jedoch die Diagnose einer "Affektiven Störung mit psychotischen Merkmalen" zuschrieb. Bei undifferenzierten somatoformen und dissoziativen Störungen war die Übereinstimmung noch zufrieden stellend.

Die Möglichkeit einer geringfügigen Abweichung bei Erhebung der Daten ergibt sich aus der doch leicht variierenden Art der Selektion der Probanden. In der Studie von 1999 hat Dubielczyk (2002) nacheinander jeden neu aufgenommenen Häftling untersucht und so auch die Häftlinge mit in die Studie aufgenommen, die zum Teil schon nach ein bis zwei Tagen wieder entlassen werden konnten, weil sie zum Beispiel durch ihre Kompetenzen und sozialen Ressourcen in der Lage waren, den geforderten Geldbetrag zu beschaffen.

In der Studie von 2004 hingegen, hatte der Interviewer nicht die Gelegenheit, direkt in der Arztgeschäftsstelle die Häftlinge bei ihrer Aufnahme zu kontaktieren und hatte somit in geringerem Maß die Möglichkeit Häftlinge mit sehr kurzen Haftzeiten in die Studie aufzunehmen.

Dieser Unterschied in der Auswahl der Probanden könnte zu einer gewissen Verzerrung bei der untersuchten Population geführt haben, da die Möglichkeit besteht,



dass bei der vorliegenden Untersuchung mehr schwere Fälle mit längeren Haftstrafen ins Gewicht fallen.

Die *interne Konsistenz* beschreibt letztlich, inwieweit die Angaben von allen benutzten Merkmalen des Erhebungswerkzeugs zusammen passen. Hier kommt es darauf an, einerseits eine gute Übereinstimmung der Fragen zu erzielen und andererseits redundante Fragen, die bereits an anderer Stelle beantwortet werden können, zu vermeiden (Höfler 2004). Während die interne Konsistenz innerhalb von DIA-X durch seine Fundierung in Diagnosemanualen ausgereift ist und die Redundanz des begleitenden Fragebogens geringfügig ist, finden sich einzelne Redundanzen zwischen diesen beiden benutzten Instrumenten. Um zu gewährleisten, dass aktuelle Studie ihr fünf Jahre älteres Original exakt repliziert, wurden diese weitgehend beibehalten.

## II.2) Ergebnisse

### ***II.2.1) Probleme bei der Vermeidung einer Ersatzfreiheitsstrafe***

Vor der Darstellung der erhobenen Kernfakten soll noch aufgezeigt werden, warum die Probanden die Verhängung ihrer Ersatzfreiheitsstrafe (nach eigenen Angaben) nicht vermieden haben. Wie dargestellt, hätte zur Vermeidung des Strafantritts die anhängige Geldstrafe gezahlt werden können bzw. die Befragten hätten am "Arbeit statt Strafe" Programm teilnehmen können. Stattdessen traten sie eine Inhaftierung mit all ihren physischen, psychischen und sozialen Konsequenzen an. Als selbst benannte Ursachen lassen sich bei den befragten 100 Männern folgende Kategorien herausbilden:

#### ***a) Unwillen***

Fünf Probanden hatten sich bewusst entschieden, die anhängige Geldstrafe nicht zu bezahlen bzw. keine Schritte zur Vermeidung der Inhaftierung zu unternehmen, obwohl es ihnen prinzipiell möglich gewesen wäre.

Beispiele:

- Ein Proband wusste nicht über die Geldzahlungsmodalitäten der Strafe Bescheid, hatte diese Informationen aber nach eigenen Angaben "*aus Unwissenheit und Faulheit*" nicht eingeholt. Als er in einem anderen Zusammenhang seinen Vermieter bei der Polizei anzeigen wollte, bemerkte diese beim Aufnehmen der Personalien den anhängigen Haftbefehl und nahm ihn sofort fest.
- Ein anderer Mann leistete bewusst keine Zahlung und keine soziale Arbeit aus Protest über die Strafe als solche. Er hatte seine kleine Schwester vor einem älteren Mann beschützen wollen und diesen zusammengeschlagen.
- Der Dolmetscher eines weiteren Probanden verdeutlichte die grundlegende Problematik eines jugoslawischen Insassen. Ihm drohten in seinem Heimatland 14 Jahre Haft, weil er einem Einberufungsbefehl zum Bürgerkrieg nicht gefolgt war. Da sein Asylantrag abgelehnt worden war, trat er eine Ersatzfreiheitsstrafe wegen Fahrens ohne Führerschein an, um seine Abschiebung hinauszuzögern.

### *b) Gezielte Wahl der Ersatzfreiheitsstrafe*

Weitere fünf Probanden entschieden sich direkt für die Verbüßung einer Ersatzfreiheitsstrafe, da die Bedingungen in Haft für sie angenehmer waren, als in Freiheit.

Beispiele:

- Ein obdachloser Mann hatte ein einzelnes Osterei gestohlen ("um dem Hunger vorzubeugen"). Der Richter verhängte dafür eine Strafe von 40 Tagessätzen à 10 Euro und riet ihm "sitzen sie die Strafe mal ab", woraufhin er sich erst gar nicht um eine Zahlung oder das Ableisten sozialer Arbeit bemühte.
- Ein anderer Befragter erklärte analog, so könne er die schweren Wintermonate im Warmen verbringen. Das habe er schon öfters so gemacht.

### *c) Probleme bei der Interpretation von Behördenrichtlinien*

Nahezu einem Viertel der Befragten (23 Probanden) war es trotz aktivem Bemühen nicht gelungen, die Richtlinien der Behörden bzgl. Geldzahlungsmodalitäten oder Ableistungsvoraussetzungen von Arbeitsmöglichkeiten zu verstehen bzw. umzusetzen.

Beispiele:

- Ein Proband hatte "Arbeit statt Strafe" beantragt, ihm war aber nicht bekannt, dass er dies für jede Strafe einzeln tun musste. Die Abarbeitung der Strafe wurde daher nur für eine Straftat genehmigt, woraufhin er sich entschied, dann lieber die komplette Strafe abzusitzen.
- Ein anderer Mann wollte gemeinnützige Arbeit leisten, verstand aber das System der Zuständigkeiten nicht. Nachdem er bei verschiedenen Amtsgerichten weiter verwiesen worden war, wurde es ihm zu kompliziert und er trat die Strafe an.

### *d) Probleme bei der Einhaltung von Behördenrichtlinien*

Fast ein Drittel (30 Probanden) hatten die Richtlinien zwar verstanden, konnten ihnen aber aus verschiedenen Gründen nicht Folge leisten, obwohl sie es gerne getan hätten.

Beispiele:

- Ein Proband hatte eine Ratenzahlung vereinbart und auch bereits mehrere Monate lang durchgeführt. Als er jedoch wegen einer Entgiftung im Krankenhaus lag, konnte er die aktuelle Rate nicht überweisen. Zudem wurde ihm entsprechende Post mit Mahnungen nicht zugestellt. Er wies nach seiner Entlassung aus der Entgiftung sofort per Fax auf diese Tatsache hin, bekam aber trotzdem einen Stellungsbefehl.

- Mehrfach wurde generell das Nichterhalten von Briefen wegen stationärer Therapien, fehlendem Wohnsitz oder psychotischen Schüben genannt. So zahlte beispielsweise ein Mann freiwillig höhere Raten, um den Betrag schneller abzuzahlen, erkrankte jedoch erneut (bipolare Störung) und setzte die Raten einige Monate mit Absprache der Verwaltung aus. Da er gleichzeitig den Wohnort gewechselt hatte (um der lebensbedrohlich erkrankten Partnerin beizustehen) konnte seine Post nicht zugestellt werden und die Polizei inhaftierte ihn.
- Bei einigen Probanden verhinderten auch körperliche Probleme die Ableistung einer sozialen Arbeit (Armbruch, Übergewicht, bei der Arbeit erkrankt etc.).

*e) Probleme mit der Art der Arbeit oder dem Arbeitgeber*

Fünf Probanden hatten zwar eine Arbeit zur Ableistung ihrer Strafe bewilligt bekommen, wollten oder konnten diese Arbeit jedoch nicht antreten oder brachen sie wieder ab.

Beispiele:

- Ein Befragter ist von seinem "Arbeitgeber" nicht abgeholt worden. Daraufhin hat er sich am Telefon heftig mit diesem gestritten und ihn ungebührlich beschimpft. Der Gescholtene meldete den Behörden die Beschimpfung und diese veranlassten die Rücknahme der Bewilligung zur Ableistung gemeinnütziger Arbeit.
- Ein anderer Mann bekam keine Stelle, um die Arbeit umzusetzen. Viele anbietende Einrichtungen ziehen es vor, Ersatzfreiheitsstraffer mit einem geringen Tagessatz anzustellen, weil sie in diesem Fall geringere Kosten haben. Der Proband musste jedoch wegen Steuerhinterziehung einen Tagessatz von 50 Euro ableisten und war damit zu teuer.
- Ein weiterer Proband litt unter enorm starken Angstzuständen. Seine andauernde Befürchtung, dass ihn die Polizei auf der Arbeitsstelle abholt und ins Gefängnis bringt, konnte er nicht ertragen. Daher entschied er sich für die subjektiv angenehmere Variante, brach die bereits begonnene Arbeit ab und trat die Haftstrafe an.

### f) Desorganisation des Alltags

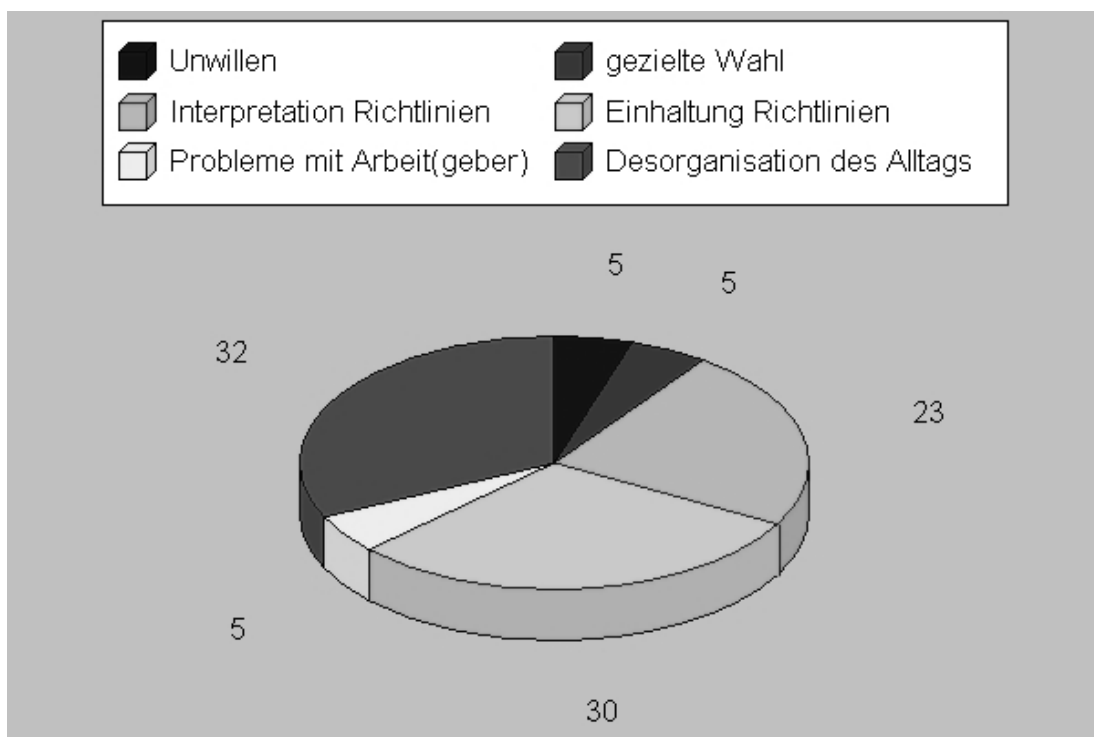
Das restliche Drittel der Probanden (32 Männer) litt aus verschiedenen Gründen unter einer so deutlichen Desorganisation ihres Alltags, dass sich für sie gar nicht die Frage nach einer Vermeidung des Haftantritts stellte.

Beispiele:

- Ein Befragter verfügte nicht über die finanziellen Mittel zur Zahlung und hatte nach eigener Aussage "*zuviel gekiff*", um rechtzeitig eine Alternative zu beantragen. Vielen weiteren Probanden gelang dies nicht wegen zu intensivem Alkoholkonsum.
- Ein anderer Mann war so psychotisch, dass die Kommunikation mit ihm nur schwer möglich war. Da er über eine Betreuerin verfügte, hätte diese die Zahlung der Raten eigentlich für ihn leisten sollen. Es blieb letztlich unklar, warum die Ratenzahlung nicht fortgesetzt wurde, obwohl Geld vom Sozialamt zur Verfügung stand und über seine Betreuerin zugeteilt wurde.

Die weitaus meisten Inhaftierten (85%) hatten mithin entweder Probleme mit der Interpretation bzw. Einhaltung der Behördenrichtlinien oder waren aufgrund der Desorganisation ihres Alltags nicht in der Lage, ihre Ersatzfreiheitsstrafe zu vermeiden.

**Probleme der befragten Probanden bei der Vermeidung ihrer Ersatzfreiheitsstrafe**



### ***II.2.2) Soziodemographische Daten***

Um eine Vergleichbarkeit der befragten Probanden mit der zu replizierenden Studie von Dubielczyk (2002) zu gewährleisten, wurde in der vorliegenden Untersuchung neben den psychodiagnostischen Interviews auch das in der ursprünglichen Studie verwendete Instrument zur Erfassung soziodemographischer Daten benutzt. Hierbei ergab sich folgendes Abbild der Probandengruppe:

#### *Alter*

Die befragten Inhaftierten waren im Durchschnitt 37 Jahre alt. Die Spanne der Befragten reichte dabei von 22 bis 70 Jahren. Bei einer Standardabweichung von 11,3 waren sie relativ gleichmäßig über die verschiedenen Altersstufen verteilt.

#### *Nationalität*

Die Nationalität war zu 95% deutsch. Von den ausländischen Befragten kamen zwei aus der Türkei und jeweils einer aus Serbien und Bosnien. Ein anderer Proband war staatenlos mit jugoslawischer Herkunft. Weitere 5% der Befragten besaßen zwar die deutsche Staatsbürgerschaft, sprachen jedoch nur gebrochen deutsch. Diese fünf Probanden waren in Afrika, Ägypten, Serbien, der Ukraine oder Weißrussland aufgewachsen. Eventuelle sprachliche Probleme konnten stets mit Hilfe eines dolmetschenden Mithäftlings gelöst werden.

#### *Schul- und Berufsausbildung*

29 Probanden verfügten über gar keinen Schulabschluss, 38 konnten einen Hauptschulabschluss vorweisen und 26 die "Mittlere Reife" (Realschule). Weitere vier hatten ein Fachabitur und drei ein abgeschlossenes Studium. Der Bildungsgrad kann somit insgesamt als eher niedrig angesehen werden.

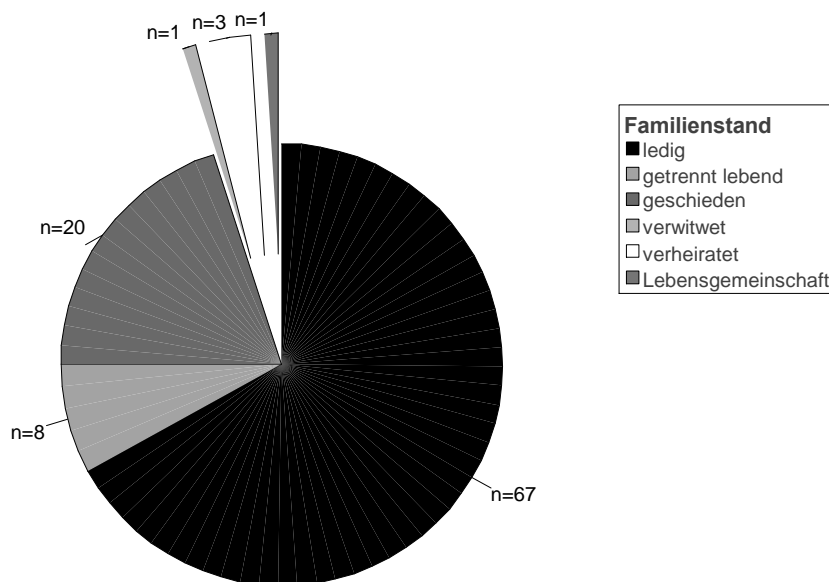
60 Männer verfügten über eine abgeschlossene Berufsausbildung, 23 hatten ihre Ausbildung abgebrochen und weitere 17 hatten gar keine Ausbildung begonnen. Als auffällig erweist sich zudem, dass auch ein überwiegender Anteil der 60 Männer mit abgeschlossener Berufsausbildung in ihrem letzten Beschäftigungsverhältnis vor der Inhaftierung eine Tätigkeit ausübten, für die eine weit geringere Qualifikation notwendig war. So arbeiteten nur 17 aller Befragten zuletzt in einem Beruf, für den eine Berufsausbildung Voraussetzung ist und weitere acht waren selbständig tätig. Alle anderen

verdingten sich in Hilfstätigkeiten oder ungelernten Berufen (Baustellenhelfer, Kellner, Messebauer, Gebäudereiniger, Möbelpacker und dergleichen).

### *Familienstand*

67 Probanden waren ledig und allein stehend, 20 geschieden und allein stehend. Weitere acht Befragte lebten von ihren Partnern getrennt. Nur drei waren verheiratet und jeweils einer lebte nach eigenen Angaben in einer funktionsfähigen Lebensgemeinschaft oder war verwitwet. Damit verbrachten 95% der inhaftierten Männer ihr Leben außerhalb einer existenten oder in einer gescheiterten Beziehung.

**Familienstand der befragten Probanden**



### *Wohn- und Lebensverhältnisse*

Von den befragten 100 Ersatzfreiheitsstrafern lebten 80 vor der Inhaftierung in einer selbst gemieteten Wohnung oder als Mieter; drei lebten sogar in einem eigenen Haus oder einer Eigentumswohnung. Von den restlichen 17 Männern waren 12 ohne festen Wohnsitz und 5 wohnten zumindest vorübergehend in einer Pension oder einem Männerwohnheim.

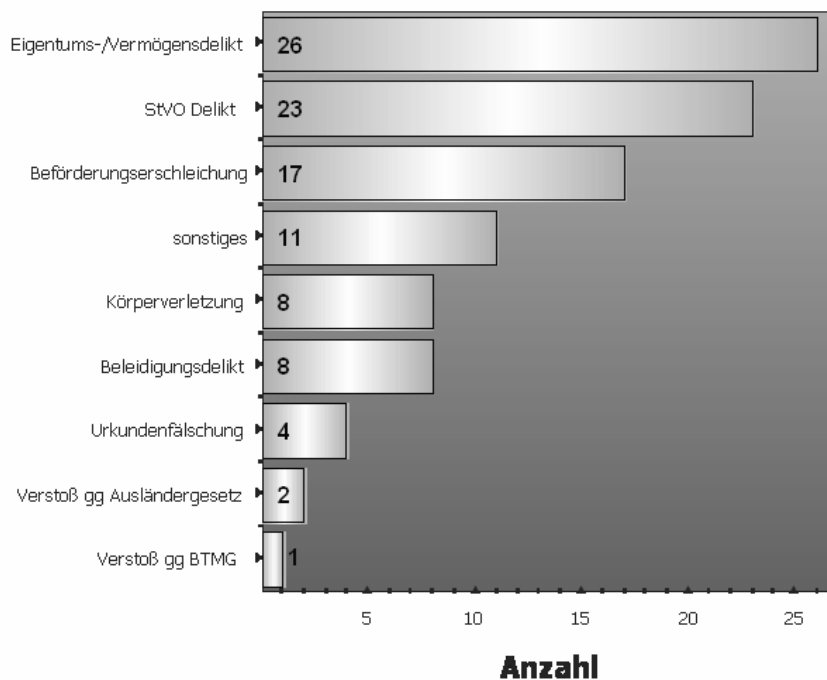
Aufgrund der skizzierten familiären Situation lebten mithin mehr als zwei Drittel (70) der Männer alleine in eigenem oder selbst gemietetem Wohnraum. Immerhin 13 der

Probanden hatten durch Eltern, Kinder, Freunde oder Lebenspartner zumindest einen oder mehrere Mitbewohner.

### *Delikte und Strafzumessungen*

Die zur aktuellen Inhaftierung führenden Delikte verteilten sich bei den Befragten vor allem auf Eigentums-/Vermögensdelikte (26), Straßenverkehrsdelikte (23) und Beförderungerschleichungen (17). Mit jeweils acht Fällen bildeten auch Körperverletzungen und Beleidigungen relevante Kategorien. Urkundenfälschung (4), Verstöße gegen das Ausländergesetz (2) oder gegen das Betäubungsmittelgesetz (1) hingegen waren kaum vorhanden.<sup>2</sup>

**Zur Inhaftierung führende Delikte der Probanden**



<sup>2</sup> Die mit 11 Delikten recht hohe Ausprägung der sonstigen Delikte entstand, weil die hierin gesammelten Straftaten in Dubielczyks ursprünglicher Untersuchung (2002) nicht als Kategorien zur Verfügung standen. Diese "sonstigen" Inhaftierungsgründe verteilten sich im Wesentlichen auf Sachbeschädigung (3), Drohung/ Nötigung (3) und Betrug/Steuerhinterziehung (3).



Die resultierenden Strafen<sup>3</sup> verteilten sich wie folgt:

Die befragten Männer hatten zwischen 14 und 312 Tage Haft zu verbüßen, wobei ein Mittelwert bei 80 Tagen und die entsprechende Standardabweichung bei 62 lag. Knapp drei Viertel der Männer (72) hatten mehr als 30 aber weniger als 120 Tage zu verbüßen.

Die zunächst verhängten Tagessätze lagen dabei zwischen 5 und 50 Euro mit einem Mittelwert von 19 und einer Standardabweichung von 9 Euro. 88 der Befragten waren zu einem Tagessatz zwischen 10 und 30 Euro verurteilt worden.

Die insgesamt zu zahlende Gesamtsumme belief sich auf Werte zwischen 126 und 9500 Euro, wobei der Mittelwert bei 1416 Euro lag (Standardabweichung 1350 Euro). 82 Probanden hatten einen Gesamtbetrag von unter 2000 Euro zu zahlen.

### *Verurteilung und Festnahme*

Bei 62 Befragten lag der Inhaftierung nach eigenen Angaben keine Hauptverhandlung zugrunde. Die Mitteilung der zu leistenden Geldzahlung erfolgte bei diesen Männern als schriftlicher Strafbefehl der Staatsanwaltschaft.

Nach fehlendem Zahlungseingang und Mahnungen folgte ein ebenso schriftlicher Stellungsbefehl zum Antritt der Ersatzfreiheitsstrafe. Nur 30 der Probanden stellten sich daraufhin selbst. Alle anderen wurden von der Polizei verhaftet.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> In die Berechnung der verhängten Strafen sind (insofern vorliegend) auch Strafen mit einbezogen, die wegen Verstößen ausgesprochen wurden, welche im Vorfeld der aktuellen Ersatzfreiheitsstrafe geschahen (insofern sie gemeinsam als Gesamtstrafe in der Ersatzfreiheitsstrafe verbüßt wurden). Dies erschien sinnvoll, da nicht das für ein einzelnes Delikt verhängte Strafmaß als solches für diese Untersuchung relevant ist, sondern die Dauer der jeweils abzusitzenden Ersatzfreiheitsstrafe.

<sup>4</sup> Hierbei ist zusätzlich zu berücksichtigen, dass mancher Polizeibeamter den Begriff "Selbststeller" nach Berichten der Befragten offenbar durchaus zugunsten der zu Inhaftierenden auslegte. So wollte bspw. ein Mann auf der örtlichen Polizeiwache seinen Vermieter anzeigen. Die routinemäßige Überprüfung seiner Personalien erbrachte den anhängigen Stellungsbefehl und die Beamten inhaftierten den Mann sofort. Dennoch sah er sich als "unfreiwilliger Selbststeller" und wird in den polizeilichen Akten auch als Selbststeller geführt. Analoge Anekdoten konnten im Verlauf der Untersuchung immer wieder überprüft werden, da die Gefangenen oftmals (unaufgefordert) ihre relevanten Behördenunterlagen mit zum Erhebungsinterview brachten.

### *Hafterfahrung*

Nur 39 der Befragten gaben an, noch nie inhaftiert gewesen zu sein. Dagegen konnten 50 Männer auf ein bis drei vorangegangene Gefängnisstrafen zurückblicken. Bei elf Ersatzfreiheitsstrafen waren es sogar vier bis elf vorangegangene Haftstrafen.

**Hafterfahrung der Probanden**

<b>Anzahl vorheriger Inhaftierungen</b>	<b>Anzahl der Probanden</b>
keine	39
1	31
2	14
3	5
4	2
5	3
6	2
7	2
10	1
11	1

Von diesen 61 Hafterfahrenen hatten 44 bereits ein oder mehrere Ersatzfreiheitsstrafen verbüßt, 18 der 61 Männer waren schon in einer Untersuchungshaft inhaftiert gewesen und 21 der 61 hatten bereits reguläre Haftstrafen verbüßt.

### *Zahlungserleichterungen und gemeinnützige Arbeit*

34 Befragte hatten im Vorfeld des Haftantritts eine Zahlungserleichterung beantragt, um ihre Ersatzfreiheitsstrafe zu vermeiden, die aus verschiedenen Gründen nicht gewährt wurde oder nicht eingehalten werden konnte. 17 weitere Befragte hatten nach eigenen Angaben gar nicht gewusst, dass sie eine Zahlungserleichterung hätten beantragen können. Die übrigen 49 Probanden haben bewusst keine Zahlungserleichterung beantragt.

42 Probanden versuchten eine gemeinnützige Arbeit abzuleisten, um ihre Inhaftierung zu vermeiden. Jedoch wurde bei neun Männern der Antrag abgelehnt, 12 hatten die Frist versäumt, einem wurde aufgrund einer fehlenden postalischen Adresse keine Antwort zugeteilt und 20 weitere brachen die genehmigte Stelle vorzeitig ab. Zehn dieser 20 Probanden mussten die Stelle wegen einer Verletzung bzw. einer körperlichen oder psychischen Erkrankung aufgeben. Acht weiteren sagten Arbeitgeber, Kollegen oder Tätigkeit nicht zu, bzw. sie konnten die Tätigkeit nicht gut genug erfüllen,

und die restlichen zwei verweigerten aus Protest gegen richterliche Entscheidungen die Arbeit.

Die übrigen 38 Befragten hatten entweder kein Interesse an gemeinnütziger Arbeit als solches (14) oder ihnen war diese Alternative der Haftvermeidung gar nicht bekannt (24).

Insgesamt gaben so immerhin 17 Männer an, ihnen sei die Möglichkeit der Beantragung von Zahlungserleichterungen nicht bekannt gewesen, während 24 nach eigenen Angaben nicht wussten, dass sie gemeinnützige Arbeit hätten leisten können.

### *Psychiatrische Vorgeschichte*

Mehr als ein Viertel der Männer (27) wies eine psychiatrische Vorgeschichte mit stationärer Aufnahme auf. Dreizehn dieser Probanden verfügten über mehrere stationäre Aufenthalte. Als Ursachen wurden hauptsächlich depressive Erkrankungen (8) und Suchterkrankungen/Entgiftungen (12) angegeben. In einzelnen Fällen auch Psychosen (4), eine umfassende psychiatrische Diagnostik in der Kindheit (2) und eine posttraumatische Belastungsstörung.

### **II.2.3) Diagnostische Befunde**

Den Kern der vorliegenden Untersuchung bildet die Erhebung von Diagnosen psychischer Störungen bei den befragten Ersatzfreiheitsstrafern. Diese werden gemäß der ICD-10-Kodierungen in den relevanten Bereichen F 0 bis F 5 betrachtet.

#### **F 00 – F 09**

Aus dem Bereich der *organischen Störungen, die symptomatische psychische Störungen einschließen*, finden sich im vorliegenden Sample lediglich Fälle von "Sonstigen psychischen Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Erkrankung" (F 06). Hierunter sind gemäß ICD-10 Krankheitsbilder zu verstehen, "die ursächlich mit einer Hirn-Funktionsstörung in Zusammenhang stehen". Um hier ein klinisches Syndrom klassifizieren zu können, muss bestätigt werden, dass eine zerebralen Erkrankung, Verletzung oder Funktionsstörung vorliegt und dass ein zeitlicher Zusammenhang zwischen der Entwicklung der zugrunde liegenden Krankheit und dem Auftreten des psychischen Syndroms besteht. Kann zudem bestätigt werden, dass die psychische Störung sich nach Besserung der zugrunde liegenden vermuteten Ursache zurückgebildet hat und kein überzeugender Beleg für eine andere Verursachung des psychischen Syndroms vorliegt, so erhöht sich der Sicherheitsgrad der Diagnose (Dilling et al. 1999). Diese Aspekte werden von DIA-X bei der Diagnoseerstellung berücksichtigt. Im vorliegenden Sample finden sich im Einzelnen zwei organische Halluzinosen (F 06.0), eine organische wahnhaft, schizophreniforme Störung (F 06.2) und eine organische Angststörung (F 06.4).

"Organische Halluzinosen" treten vor allem bei Epilepsie, Hirntraumen, progressiver Paralyse, Chorea Huntington und Narkolepsie häufiger auf, als man anhand der Zufallserwartungen vermuten könnte. Es handelt sich um eine Störung ohne Bewusstseinsstörungen, die mit ständigen oder immer wieder auftretenden (meist optischen oder akustischen) Halluzinationen einhergeht und vom Patienten bei klarer Bewusstseinslage manchmal als Halluzination identifiziert werden kann.

Das klinische Bild der "organischen wahnhaften (schizophreniformen) Störungen" ist von anhaltenden oder immer wieder auftretenden Wahnideen bestimmt, die von Halluzinationen begleitet werden können, aber nicht auf deren Inhalt beschränkt sind.

Vermutlich spielt bei dem häufigen Auftreten der Wahnphänomene die Schädigung limbischer und subkortikaler Strukturen eine bedeutende Rolle (Möller et al. 2005).

"Organische Angststörungen" können im Rahmen verschiedener organischer Hirnkrankheiten auftreten und zeigen dabei teilweise eine Beziehung zu spezifischen zerebralen Regionen (etwa bei Erkrankungen des Temporallappens).

Bei den drei vorliegenden Diagnosen handelt es sich jedoch nicht um organische Syndrome ersten Ranges, die zuerst ursächlich an eine organische psychische Störung denken lassen, sondern um organische Syndrome zweiten Ranges, die häufiger bei anderen psychischen Störungen vorkommen (Ebert 2001).

Bei einem Probanden der Untersuchung wurden sowohl eine organische Halluzinose, als auch eine organische wahnhafte, schizophreniforme Störung diagnostiziert. Die Lebenszeitprävalenz für Störungen der Klassifikation F 06 liegt in dieser Erhebung bei 3%.

### **F 10 - 19**

Eine besonders große Bedeutung kommt aufgrund ihres zahlenmäßig sehr hohen Auftretens in der untersuchten Population den *psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* zu.

Durch die andauernde Nutzung berauschender oder betäubender und gleichzeitig schädlicher Substanzen kann deren Handhabung außer Kontrolle geraten. Nach Definition der WHO war zunächst von einer "Sucht" zu sprechen, wenn ein Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation vorherrscht, der durch den wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Substanz verursacht wird, welche für das Individuum und die Gemeinschaft schädlich ist (Möller et al. 2005).

Dieser geläufige Terminus wurde jedoch mittlerweile von der WHO durch den Begriff der "Abhängigkeit" ersetzt (Laux 1995; Nedopil 2000). Während der Missbrauch einer psychotropen Substanz per se lediglich einen selbstschädigenden Umgang mit einem Stoff darstellt, ist die Abhängigkeit eine an ein Mittel gebundene Erkrankung, die im Verlauf zu erheblichen und spezifischen Schäden der körperlichen, psychischen und sozialen Funktionen führt (Rahn/Mahnkopf 2005).

Kriterien eines *Missbrauchs* bilden die Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit eines Konsumenten durch eine spezifische Substanz, bei eingeschränkter Urteilsfähigkeit oder einem Verhalten, das zu negativen Konsequenzen in zwischenmenschlichen Beziehungen führt. Die Art der Schädigung muss dabei klar bezeichnet

werden können und die Nutzung der Substanz seit mindestens einem Monat bestehen oder wiederholt in den letzten 12 Monaten aufgetreten sein.

Von einer *Abhängigkeit* wird gesprochen, wenn ein sehr starker Wunsch besteht, die entsprechende psychotrope Substanz zu konsumieren und die Kontrollfähigkeit in Bezug auf Beginn und Beendigung sowie auf die Menge des Konsums eingeschränkt ist. Weitere Indikatoren sind körperliche Entzugssymptome bei Reduktion des Konsums, die Entwicklung einer Toleranz für immer höhere Mengen, die fortschreitende Vernachlässigung anderweitiger Interessen und der anhaltende Substanzkonsum, obwohl bereits eingetretene schädigende Folgen der Substanznutzung dem Konsumenten bewusst sind (ICD-10).

Zu differenzieren sind hier zudem die psychische und physische Abhängigkeit. Während die psychische Abhängigkeit als übermächtiges unwiderstehliches Verlangen definiert ist, eine bestimmte Substanz wieder einzunehmen (also Lust zu erzeugen bzw. Unlust zu Vermeiden), wird die körperliche Abhängigkeit durch Toleranzentwicklung (Dosissteigerung) und das Auftreten von Entzugerscheinungen charakterisiert (Möller et al. 2005).

Zahlreiche Probanden verhielten sich zudem politoxikoman. Die Politoxikamie oder polyvalente Sucht bezeichnet eine Mehrfachabhängigkeit. Die Probanden nahmen gleichzeitig verschiedene Suchtmittel ein.

Während ältere Ansätze Erklärungsversuche einzelner somatisch-physiologischer, psychogenetischer<sup>5</sup> oder soziologischer Theorierichtungen benutzen, um die Ursachen von Suchterkrankungen zu begründen (Heigl-Evers 1991), gehen neuere Befunde bei der Suche nach einer Ursache von Suchterkrankungen von mehrfaktoriellen

---

<sup>5</sup> Als besonders interessant erweisen sich hierunter psychodynamische Theorien. In Deutschland ist vor allen Lührßen hervorzuheben (1984), der die Funktion der Drogeneinnahme als missglückten Selbstheilungsversuch und Substitution eines nicht ausreichend funktionierenden Reizschutzes beschreibt. Rost (2001) schildert den Gebrauch von Drogen als einen "protrahierten Suizid". Eine suchtspezifische Grundstörung sieht er in einer Objektbeziehungsstörung, welche durch die Dominanz der Identifizierung mit sadistischen Teilobjekten charakterisiert ist. Sucht benennt er mithin als Selbstzerstörung, Suchtstoffe als Mittel, Selbsthass und gegen sich gerichteten Sadismus leben zu können.

Erkrankung mit somatischen, psychischen und sozialen Auslösebedingungen aus (Rahn/Mahnkopf 2005).

Intensität und Progredienz der Entwicklung einer Abhängigkeit unterscheiden sich je nach Abhängigkeitstyp, konsumierter Substanz, vorliegender Persönlichkeitsstruktur und sozialem Umfeld. Zu den krankheitstypischen Verhaltensweisen zählen beispielsweise Beschönigungen, Verleugnungen, Bagatellisierungen und Dissimulationen mit Verheimlichungstendenzen. Zudem ist meist das Selbstwertgefühl durch Schuldgefühle reduziert und es liegt eine erniedrigte Frustrationstoleranz vor (Möller et al. 2005).

In der Schematik der ICD-10 werden verursachende Substanzen durch die erste Stelle nach dem "F", die klinischen Erscheinungsbilder durch die zweite, bzw. dritte Stelle gekennzeichnet. Bei den befragten Probanden wurden durchweg Kennziffern der Gruppe F1x.1 und F1x.2 ermittelt. Erstere steht für den schädigenden Gebrauch einer Substanz - also für ein Konsumverhalten, das zu einer körperlichen (z.B. Hepatitis) oder psychischen (z.B. depressive Episode) Gesundheitsschädigung geführt hat. Bei letzterer handelt es sich um ein Abhängigkeitssyndrom. Dies bezeichnet eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz für den Betreffenden Vorrang gegenüber anderen Verhaltensweisen bekommen hat, welche von ihm zuvor höher eingeschätzt wurden. Hier ist vor allem der oft starke oder übermächtige Wunsch relevant, die jeweilige Substanz zu konsumieren (Dilling et al. 1999).

In der Untersuchungsgruppe zeigten insgesamt 92 Personen eine psychische bzw. Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen.

### *F 10 Störungen durch Alkohol*

Als besonders stark ausgeprägt erwiesen sich in der Untersuchungsgruppe alkoholbedingte Störungen, denen daher in dieser Arbeit besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden soll. So betrieben 47 Probanden Alkoholmissbrauch (F 10.1) und 51 waren alkoholabhängig (F10.2). Störungen der Klassifikation F 10.x führten insgesamt zu einer Lebenszeitprävalenz des Samples von insgesamt 55%.

Wird Alkohol missbräuchlich genutzt, so kommt es zu Euphorie, Sedierung, Affektlabilität, Dysphorie und Gedächtnislücken. Ein längerfristiger Missbrauch in hohen

Mengen kann bei schlagartigem Absetzen zu deliranten Zustandsbildern mit ängstlicher Unruhe und zerebralen Krampfanfällen führen.

Der Vergleichswert von Alkoholabhängigen in Deutschland wird gemäß Möller et al. (2001) mit 3-5% der Bevölkerung angegeben. Schmidt (2000) kritisiert diesen Wert und geht davon aus, dass die Falldefinitionen nicht mehr den modernen Diagnosekriterien entsprechen. Er zitiert Untersuchungen von Bronisch und Wittchen (1992) sowie Robins et al. (1984) welche die Anzahl der Männer, die im Laufe ihres Lebens gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum betreiben in Deutschland und den USA auf etwa 21% schätzen.

Tatsächlich stellen sich epidemiologische Untersuchungen zur Verbreitung von Alkoholabhängigkeit aus diversen Gründen als problematisch heraus. So müssen etwa krankheitstypische Verleugnungs- und Bagatellisierungstendenzen sowie die grundsätzlichen Schwierigkeiten medizinischer Untersuchungen berücksichtigt werden, die nicht auf eine spezifische Bevölkerungsgruppe reduziert sind<sup>6</sup>. Dennoch gehen Zusammenfassungen verschiedener epidemiologischer Untersuchungsergebnisse zumeist annähernd von dem durch Möller et al. beschriebenen Anteil aus. (Bühringer et al. 2000, Kraus et al. 2000 und 2003). Es ist jedoch auf die statistische Verzerrung hinzuweisen, dass Männer einen weit höheren Anteil der Alkoholabhängigen stellen, als Frauen (70% zu 30%). Somit muss der Vergleichswert von Möller et al. aufgrund der reinen Männerpopulation der JVA Plötzensee zumindest leicht nach oben korrigiert werden.

Nicht selten werden psychotrope Substanzen von Patienten mit einer "nicht näher definierbaren, aber als störend empfundenen Symptomatik" auch als "instinktive Selbstmedikation" genutzt (Nieszery 2000). Vor allem von Depressiven wird dabei

---

<sup>6</sup> Zahlreiche Studien benutzen Samples aus Einrichtungen, in denen Suchtmittelabhängige eher anzutreffen sind und verfälschen so das Ergebnis. Durch die relativ aufwendige und Fachkenntnisse verlangende diagnostische Erhebung einerseits sowie die eng mit strafbaren Handlungen verknüpften Aussagen von Drogenkonsumenten andererseits konzentrieren sich weitere Erhebungen oft auf Dunkelfeldstudien zur Diagnose des "Gebrauchs" von Drogen in der Lebenszeitprävalenz. Soll die schädigende Wirkung ermittelt werden, so wird hilfsweise der nicht immer einheitlich definierte "problematische Drogenkonsum" als Konstrukt genutzt. In der Regel wird dieser Terminus bei Missbrauch und Abhängigkeit gemäß ICD/DSM verwendet, jedoch auch wenn durch die Nutzung der jeweiligen Substanz Schäden für eine weitere Person entstehen, der Konsum mit Risiken verbunden ist oder negative soziale Konsequenzen bzw. Delinquenz aus ihr resultieren (Simon et al. 2005).



Alkohol im Sinne eines Behandlungsversuchs eingesetzt, sodass sich eine Komorbidität der depressiven Störung zu Alkoholmissbrauch oder –abhängigkeit einstellt. Ohne dass die Reihenfolge der Störungen in der Lebenszeitprävalenz bestimmt werden kann, findet sich eine Komorbidität zwischen Alkoholmissbrauch und depressiven Störungen (F 32-34) bei 25 Probanden. Eine Komorbidität zwischen Alkoholabhängigkeit und depressiven Störungen ist ebenfalls bei 25 Probanden festzuhalten.

**Komorbidität von Alkoholmissbrauch und depressive Störungen**

	Anzahl	Prozent aller Probanden
F 10.1 * F 32.1	4	4,0%
F 10.1 * F 32.2	5	5,0%
F 10.1 * F 32.3	2	2,0%
F 10.1 * F 33.0	1	1,0%
F 10.1 * F 33.1	3	3,0%
F 10.1 * F 33.2	2	2,0%
F 10.1 * F 33.3	2	2,0%
F 10.1 * F 34.1	6	6,0%

**Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und depressive Störungen**

	Anzahl	Prozent aller Probanden
F 10.2 * F 32.1	4	4,0%
F 10.2 * F 32.2	5	5,0%
F 10.2 * F 32.3	2	2,0%
F 10.2 * F 33.0	1	1,0%
F 10.2 * F 33.1	2	2,0%
F 10.2 * F 33.2	2	2,0%
F 10.2 * F 33.3	2	2,0%
F 10.2 * F 34.1	7	7,0%

Es ist weiterhin darauf hinzuweisen, dass Alkoholiker relativ häufig zusätzliche Medikamente zur Steigerung bzw. Verlängerung des Alkoholeffektes oder zur Vermeidung von Entzugserscheinungen benutzen, woraus sich mitunter Politoxikomanien entwickeln (Möller et al. 2005).

Während die Komorbidität zwischen Alkoholmissbrauch und Sedativamissbrauch/-abhängigkeit im vorliegenden Sample ebenso wie die Komorbidität zwischen Alkoholabhängigkeit und Sedativamissbrauch/-abhängigkeit mit jeweils drei Probanden recht gering ausfiel, finden sich zahlreiche weitere Missbrauchs- und Abhängigkeitsformen bei den mit F 10.1 oder F 10.2 diagnostizierten Probanden. Neben einer hohen Tabakabhängigkeit sind hier vor allem krankhafte Nutzungsformen von Cannabis, Kokain, Stimulantien, Opioiden und Halluzinogenen zu nennen.

Insgesamt finden sich 135 komorbide Beziehungen zwischen Alkoholmissbrauch und der krankhaften Nutzung anderer Stimulantien sowie 138 komorbide Beziehungen zwischen Alkoholabhängigkeit und der krankhaften Nutzung anderer Stimulantien.

Eine Übersicht zu der bestehenden Komorbidität von schädlichem Missbrauch und Abhängigkeitssyndromen in Verbindung mit Alkoholmissbrauch findet sich in den folgenden Tabellen:

**Komorbidität von schädlichem Missbrauch und Abhängigkeitssyndromen in Verbindung mit Alkoholmissbrauch**

	Anzahl	Prozent aller Probanden	Zusätzliche Substanz
F 10.1 * F 11.1	8	8,0%	Opioidmissbrauch
F 10.1 * F 11.2	6	6,0%	Opioidabhängigkeit
F 10.1 * F 12.1	16	16,0%	Cannabissmissbrauch
F 10.1 * F 12.2	14	14,0%	Cannabisabhängigkeit
F 10.1 * F 13.1	2	2,0%	Sedativamissbrauch
F 10.1 * F 13.2	1	1,0%	Sedativeabhängigkeit
F 10.1 * F 14.1	9	9,0%	Kokainmissbrauch
F 10.1 * F 14.2	8	8,0%	Kokainabhängigkeit
F 10.1 * F 15.1	9	9,0%	Stimulantienmissbrauch
F 10.1 * F 15.2	5	5,0%	Stimulantienabhängigkeit
F 10.1 * F 16.1	7	7,0%	Halluzinogenmissbrauch
F 10.1 * F 16.2	5	5,0%	Halluzinogenabhängigkeit
F 10.1 * F 17.2	44	44,0%	Tabakabhängigkeit
F 10.1 * F 18.1	1	1,0%	Lösungsmittelmissbrauch
F 10.1 * F 19.1	1	1,0%	Phencyclidinmißbrauch

**Komorbidität von schädlichem Missbrauch und Abhängigkeitssyndromen in Verbindung mit Alkoholmissbrauch**

	Anzahl	Prozent aller Probanden	Zusätzliche Substanz
F 10.2 * F 11.1	6	6,0%	Opioidmissbrauch
F 10.2 * F 11.2	7	7,0%	Opioidabhängigkeit
F 10.2 * F 12.1	16	16,0%	Cannabissmissbrauch
F 10.2 * F 12.2	14	14,0%	Cannabisabhängigkeit
F 10.2 * F 13.1	2	2,0%	Sedativamissbrauch
F 10.2 * F 13.2	1	1,0%	Sedativaabhängigkeit
F 10.2 * F 14.1	9	9,0%	Kokainmissbrauch
F 10.2 * F 14.2	8	8,0%	Kokainabhängigkeit
F 10.2 * F 15.1	9	9,0%	Stimulantienmissbrauch
F 10.2 * F 15.2	7	7,0%	Stimulantienabhängigkeit
F 10.2 * F 16.1	6	6,0%	Halluzinogenmissbrauch
F 10.2 * F 16.2	5	5,0%	Halluzinogenabhängigkeit
F 10.2 * F 17.2	47	47,0%	Tabakabhängigkeit
F 10.2 * F 18.1	1	1,0%	Lösungsmittelmissbrauch
F 10.2 * F 19.1	1	1,0%	Phencyclidinmißbrauch

### *F 11 Störungen durch Opioide*

Die Nutzung von Opioiden erfolgte im Lebenszeitverlauf bei 14 Probanden missbräuchlich (F 11.1), während 13 Probanden eine Opiatabhängigkeit entwickelt hatten (F 11.2). Die Lebenszeitprävalenz für Störungen der Klassifikation F 11.x liegt insgesamt bei 16%.

Zu dieser Substanzgruppe sind unter anderem Opium, Heroin, Codein und Methadon zu subsumieren. Zudem auch die stark wirkenden Analgetika Pethidin, Pentazocin, Tilidin und Buprenorphin. Im vorliegenden Sample wurden schwerpunktmäßig Heroin, sekundär auch Codein und Methadon konsumiert.

Opiate und Opioide besitzen unter den Drogen das höchste Abhängigkeitspotential und sind durch eine ausgeprägte psychische und physische Abhängigkeit, verbunden mit einer raschen Toleranzentwicklung gekennzeichnet. Alle Mittel dieser Gruppe bewirken eine ausgeprägte Schmerzstillung. Werden sie missbräuchlich genutzt, so entsteht ein Gefühl des Entrücktseins und der Euphorie. Eine schnelle intravenöse Injektion führt zudem zu einem wohligen Wärme- und Glücksgefühl, dass als "Flush" bezeichnet wird. Typische Symptome sind Somnolenz und Affektlabilität, sowie eine sich entwickelnde Wesensänderung.

In Bezug auf die Komorbidität litten fünf Probanden mit Opiatmissbrauch und sechs Probanden mit Opiatabhängigkeit gleichzeitig unter depressiven Störungen.

### *F 12 Störungen durch Cannabinoide*

27 Probanden hatten Cannabis missbraucht (F 12.1) und 23 hatten Abhängigkeiten nach Cannabis entwickelt (F 12.2). Die Lebenszeitprävalenz aller Befragten lag für Störungen der Gruppe F 12.x bei 31%.

Aus der weiblichen unbefruchteten Pflanze des indischen Hanfs werden die Hauptwirkstoffe der Cannaboiden gewonnen: Tetrahydrocannabinol (THC) und Cannabidiol (CBD). Aus dem Harz der Blütenstauden wird Haschisch und aus getrockneten Blüten sowie Blättern Marihuana hergestellt.

Durch den Gebrauch entwickelt sich eine mäßige bis starke psychische, jedoch in der Regel keine körperliche Abhängigkeit. Tendenzen zur Dosissteigerung und Toleranzentwicklung sind eher gering. Der Konsum von Cannabisprodukten kann zu Euphorie, einem Gefühl der Zeitverlangsamung, Beeinträchtigungen des Urteilsvermögens und bei chronischem Konsum auch zu paranoiden Reaktionen und Halluzinationen führen (Schmidtbauer/ vom Scheidt 2004).

Bei 15 Cannabis missbrauchenden Probanden war eine Komorbidität zu depressiven Störungen vorhanden – ebenso bei 12 Probanden die cannabisabhängig waren.

### *F 13 Störungen durch Sedativa oder Hypnotika*

Ein Missbrauch von Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika (F 13.1) wurde bei vier Probanden festgestellt. Drei Personen waren von Substanzen aus dieser Kategorie abhängig (F 13.2). Die Lebenszeitprävalenz aller Befragten lag bei 4%.

Sedativa mindern als Beruhigungs-, Schlaf- und Entspannungsmittel die körperliche Aktivität und Reaktionsbereitschaft, während Hypnotika eine Untergruppe der Schlafmittel darstellen. Vor allem Benzodiazepine und Barbiturate, sowie deren Analoga Meprobamat und Diphenhydramin, besitzen ein erhebliches Abhängigkeitspotential. Im Falle von Diphenhydramin besteht sogar eine beachtliche Toxizität, welche mitunter die Anwendung dieser Substanz bei Selbstmordversuchen zur Folge hat.

Der Missbrauch dieser Substanzen führt bei niedrigen Dosierungen zu Muskelentspannung, Angstminderung und leichter Euphorie. Höhere Dosierungen bewirken eine Beeinträchtigung der Motorik, Konzentration, Arbeitsfähigkeit und des Urteilsvermögens. Ein langer Missbrauch führt zu einer Abhängigkeit mit starker Toleranzentwicklung, Hirn- und Persönlichkeitsschäden.

Je zwei Personen, die Sedativa oder Hypnotika missbrauchten bzw. zwei, die von diesen Substanzen abhängig waren, litten auch unter depressiven Störungen.

### *F 14 Störungen durch Kokain*

Bei 15 Probanden wurde ein Missbrauch von Kokain diagnostiziert (F 14.1) und bei zwölf Probanden eine Kokainabhängigkeit (F 14.2). Insgesamt 15% aller Probanden hatten eine Störung durch Kokain.

Kokain ist ein Tropanalkaloid, das aus den Blättern des Cocastrauchs gewonnen wird. Der Konsum führt zu einer starken psychischen, jedoch zu keiner physischen Abhängigkeit. Kokain wird teilweise auch gemischt mit Opiaten als so genannter "Speedball" konsumiert. In der vorliegenden Untersuchungsgruppe nutzten sechs Probanden gleichzeitig Kokain und Opiate.

Generell verstärkt Kokain die Wachheit und motorische Aktivität. Die frühe Stimulationsphase durch Kokain ("Kick") kann gehobene Stimmung und Euphorie, Rededrang, Glücksgefühl, den Abbau von Hemmungen und die subjektive Steigerung der eigenen Leistungsfähigkeit und Kreativität bewirken. Gleichzeitig werden Hunger, Durst und der

Wunsch zu Schlafen reduziert. Im darauf folgenden Rauschstadium kommt es zum Teil zu taktilen, optischen oder akustischen Halluzinationen und paranoiden Gedanken, während das abschließende depressive Stadium von Angst und Depression beherrscht wird. Gleichzeitig steigt dadurch auch das Verlangen, erneut Kokain einzunehmen, um den negativen Zustand zu überwinden. Chronischer Konsum kann sogar zu paranoid-halluzinatorischen Psychosen und kognitiven Beeinträchtigungen führen (Möller et al. 2005).

Eine Komorbidität zu depressiven Störungen gab es allerdings nur bei zwei Probanden, die Kokain missbrauchten bzw. kokainabhängig waren.

### *F 15 Störungen durch andere Stimulantien*

Zwölf Probanden missbrauchten in der vorliegenden Population Amphetamine und neun waren von ihnen abhängig. Die Lebenszeitprävalenz aller Probanden zu Störungen durch andere Stimulantien (hier: Amphetamine) lag bei 13%.

Zu den Amphetaminen zählen synthetisch hergestellte und amphetaminähnliche Substanzen. Ihr Missbrauch wird in der Regel zur Antriebs- und Leistungssteigerung, sowie zum Zügeln des Appetits (da das Hungergefühl unterdrückt wird) genutzt. In den weitaus meisten Fällen, war Ecstasy (XTC) im vorliegenden Sample die gewählte Substanz unter den Stimulantien. Ecstasy ist ein Sammelbegriff für verschiedene Methylendioxyamphetamine (MDMA). Diese Droge hat neben der amphetamintypischen Aktivierung auch eine halluzinogene Wirkung. Zudem steigert MDMA meist die Fähigkeit zur ungezwungenen Kontaktaufnahme mit anderen Menschen. Im Zusammenhang mit wiederkehrenden Rhythmen (zum Beispiel in der Technomusik) werden Empathie, Liebe und Harmonie erlebt. Die weite Verbreitung in der so genannten Raveszene ist sicher auf die das Tanzerlebnis verstärkende Wirkung zurückzuführen. Andererseits werden auch das Hunger-, Durst- und Schmerzempfinden unterdrückt. Insbesondere bei Überdosen bzw. regelmäßigem Konsum können Muskelkrämpfe, Bewusstseinstörung und depressive Phasen auftreten. Durch die Entleerung der Serotoninspeicher im Gehirn werden nach einem Ecstasy-Trip oft für mehrere Tage generelle Erschöpfung, Müdigkeit, Antriebslosigkeit und Depression erlebt (Neumeyer/Schmidt-Semisch 1997).

Sechs Probanden, die Stimulantien missbrauchten zeigten eine Komorbidität zu depressiven Störungen. Bei den Probanden, die von Stimulantien abhängig waren, war das bei vier Personen der Fall.

### *F 16 Störungen durch Halluzinogene*

Von den befragten Probanden hatten sieben einen Halluzinogenmissbrauch betrieben (F 16.1) und fünf waren von Halluzinogenen abhängig (F 16.2). Sieben Männer litten insgesamt unter einer Störung durch Halluzinogene.

Unter Halluzinogenen werden Substanzen subsumiert, die lebhaftere Wahrnehmungsstörungen verschiedener Art hervorrufen. Zu diesen zählen Lysergsäurediäthylamid (LSD), Mescaline, Psilocybin, Dimethoxymethylamphetamin (DOM) und Phencyclidin (PCP bzw. "Angel Dust"). Halluzinogene werden teilweise synthetisch hergestellt, einige sind jedoch auch pflanzlichen Ursprungs (Kakteen, Pilze). Die psychische Abhängigkeit ist unterschiedlich stark ausgeprägt. Eine körperliche Abhängigkeit fehlt; es entwickelt sich jedoch insbesondere gegenüber LSD schnell ein hoher Toleranzgrad.

Die Wirkung von Halluzinogenen äußert sich unter anderem in der Wahrnehmung psychedelischer Effekte und optischer Halluzinationen, einer ekstatischen Gefühlsintensivierung, starker Affektlabilität und Omnipotenzgefühlen. Insbesondere der Konsum von PCP kann zu ausgeprägten paranoid wahnhaften Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen sowie zu Panikattacken führen. Nach der eigentlichen Rauschphase und einer Erholungsphase kommt es zu Erschöpfung, Angst und depressiven Verstimmungen.

Konsequenterweise zeigen auch fünf der Probanden die Halluzinogene missbraucht hatten und drei der Probanden, die von Halluzinogenen abhängig waren, eine Komorbidität zu depressiven Störungen.

### *F 17 Störungen durch Tabak*

86 der befragten Ersatzfreiheitsstrafer waren nikotinabhängig (F 17.2).

Auch wenn Tabak als "die am weitesten verbreitete Droge der Welt" (Schmidt-Semisch 2002) anzusehen ist, und der Anteil an Rauchern in Deutschland trotz aller Anti-Rauch-Kampagnen seit 1995 relativ konstant bei einem Drittel der über 15jährigen liegt, so erstaunt doch die extrem hohe Zahl Tabakabhängiger unter den Ersatzfreiheitsstrafern. Rund 95% der Raucher nutzen dabei deutschlandweit, ebenso wie in der vorliegenden Probandengruppe, ausschließlich oder vorzugsweise Zigaretten (Lampert/Burger 2004). Allerdings wird der Nikotinkonsum nicht zuletzt durch soziokulturelle Merkmale bestimmt. So ist belegt, dass die Anzahl der Raucher unter ungelerten Arbeitern etwa zwei bis dreimal höher liegt, als bei gelernten Berufen (Krausz/Dittmann 2001). Alleine

dieses im vorliegenden Sample häufige Merkmal dürfte zu einer Erhöhung des Anteils Nikotinabhängiger beitragen; ebenso wie die Tatsache, dass Männer einen höheren Anteil Nikotinabhängiger bilden als Frauen und dass Studien mit psychiatrischen Patienten gezeigt haben, dass alkohol- und drogenabhängige, sowie schizophrene und depressive Patienten ebenfalls eine Hochrisikogruppe für Nikotinsucht bilden (Batra/ Buchkremer 2000). All diese Merkmale liegen zu verschiedenen Graden in der Probandengruppe vor.

Nikotin kann massive psychische und körperliche Entzugssymptome verursachen. Hierbei stehen Angst, Gereiztheit und eine depressive Stimmung ebenso im Vordergrund, wie Konzentrationsstörungen, Gewichtszunahme sowie Ruhe- und Schlaflosigkeit.

In Bezug auf die Komorbidität ergeben sich aufgrund des enorm hohen Anteils an Nikotinabhängigen keine schlüssigen Ergebnisse.

#### *F 18 Störungen durch flüchtige Lösungsmittel*

Ein einzelner Proband hatte flüchtige Lösungsmittel missbraucht. Der junge Mann hatte Klebstoff geschnüffelt, um einen Rauschzustand zu erzeugen. Durch die Inhalation von Klebstoffen auf Lösungsmittelbasis (Toluol und Hexan), Lösungsmitteln (Benzol und Hexan) in Nagellack, Nagellackentferner und chemischen Reinigungsmitteln oder auch von Flüssiggasen (Butan und Propan) entwickelt sich eine ausgeprägte psychische, jedoch keine physische Abhängigkeit. Der Missbrauch von Lösungsmitteln führt jedoch nach einem kurzen Erregungszustand mit Reizung der Atemwege zu einem traumartigen Zustand mit Euphorie, Entspannung und mitunter zu Desorientiertheit und optischen Halluzinationen. Der Missbrauch führt zudem zu Übelkeit, Verwirrtheit, Orientierungslosigkeit, Gedächtnisverlust, Stimmungsschwankungen und Depressionen (Ahrens/Altenkirch 1986).

Betrachtet man abschließend unter dem Aspekt der Komorbidität die Häufigkeit der Substanzstörungen bei den einzelnen Probanden, so ergibt sich folgendes Bild (Nikotin wurde aufgrund der überproportional hohen Häufigkeit von 86% zur besseren Übersicht ausgeschlossen):

Vorliegen von Substanzstörungen (außer Nikotin)

	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
liegen nicht vor	34	34,0	34,0
eine	32	32,0	66,0
zwei	15	15,0	81,0
drei	6	6,0	87,0
vier	8	8,0	95,0
fünf	3	3,0	98,0
sieben	1	1,0	99,0
acht	1	1,0	100,0
<b>Gesamt</b>	100	100,0	

## F 20 - 29

Aus dem Bereich der *Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* fanden sich in der Probandengruppe vier Fälle psychischer Störungen. Drei paranoid-halluzinatorische Schizophrenien (F 20.0) und eine schizophreniforme Störung (F 20.8).

Schizophrene Psychosen werden zur Hauptgruppe der endogenen Psychosen gezählt. Körperliche Ursachen sind nicht nachweisbar. Im Verlauf dieser Erkrankungen kommt es oft zu vielgestaltigen psychopathologischen Querschnittsbildern mit Halluzinationen, Wahn, formalen Denkstörungen, Affektstörungen, Ich-Störungen sowie psychomotorischen Störungen (Möller et al. 2005).

Klassifikationssysteme verlangen heute eine bestimmte Mindesterkrankungsdauer.

Falls schizophrenieartige Störungen dieses Kriterium nicht erfüllen, dann werden sie als eine schizophreniforme Erkrankung klassifiziert. Dies ist bei einem der Probanden der Fall gewesen.

Etwa 80% aller chronischen Schizophrenien erfüllen jedoch mindestens einmal auch die Kriterien einer paranoiden Schizophrenie. Im Vordergrund stehen dabei Halluzinationen sowie Störungen des Ich-Erlebens und/oder Wahn, während Störungen von Affektivität, Verhalten, Antrieb und formalem Denken/Sprache oft im Hintergrund bleiben. Der Inhalt der Wahnideen und der Störungen des Ich-Erlebens ranken thematisch häufig um Verfolgungen und Beeinflussungen (Ebert 2001). Diese Form der Schizophrenie war bei drei der Probanden feststellbar.

Bei Schizophrenien werden anlagebedingte Faktoren als wichtige Teilursache angesehen. Ihre Entstehung wird jedoch in der Regel multifaktoriell bio-psycho-sozial



betrachtet. Anlagebedingte Faktoren spielen in diesen multifaktoriellen Erklärungsmodellen die Rolle einer genetischen Vulnerabilität. Evidenz lässt sich in Zwillings- und Adoptivstudien finden. Hinzu kommen jedoch auch noch andere Faktoren. Diskutiert werden etwa perinatale Schädigungen, virale Infektionen in der vorgeburtlichen Phase und eine Überaktivität zentralnervöser dopaminerger Strukturen im mesolimbischen System (Häfner 2005). Einige charakteristische Symptome, wie Denkstörungen und kognitive Störungen lassen sich zudem auf psychologischer Ebene als Störungen der Informationsverarbeitungsstrukturen interpretieren - insbesondere Fritz Simon (2004) beleuchtet aus systemischem Blickwinkel kenntnisreich die ursächliche Wirkung von innerfamiliären Kommunikationsstrukturen. Außerdem scheint jede Form psychosozialer Überstimulation, wie Anspannung und Stress, das Auftreten einer schizophrenen Symptomatik zu begünstigen.

Schizophrenien haben einen vielgestaltigen Verlauf. Sie können sich schleichend entwickeln oder akut auftreten. Sie können in Schüben verlaufen und nach mehreren Manifestationen eine zunehmende chronische Residualsymptomatik ausbilden. Sie können aber auch phasisch mit jeweils völligen Remissionen erfolgen.

Die Lebenszeitprävalenz der Schizophrenie liegt im vorliegenden Sample bei 4%; in der Gesamtbevölkerung liegt sie dagegen bei nur 0,5 bis einem Prozent. Männer und Frauen sind dabei etwa gleich häufig betroffen und auch zwischen verschiedenen Ländern und unterschiedlichen soziokulturellen Hintergründen gibt es keine nennenswerten Abweichungen. Dass Untersuchungen eine überproportionale Häufigkeit von Schizophrenien in niedrigen sozialen Schichten gefunden haben, lässt sich gemäß Möller et al. (2001) dadurch erklären, dass "Schizophrene im Verlauf ihrer Erkrankung sozial absteigen".

Von diesen vier Personen hatten drei Störungen im Zusammenhang mit Alkohol (F 10) einer mit Opiaten (F 11.2), einer mit Cannabis (F 12.2), einer mit Kokain (F 14.2) und drei mit Nikotin (F 17.2).

### **F 30 - 39**

Die Klassifikation "*affektive Störung*" enthält Störungen, deren Hauptsymptome in einer krankhaften Veränderung der Stimmung (Affektivität) bestehen. Durchweg ist diese Veränderung in Richtung auf die Depression oder Manie hin ausgerichtet und wird

dabei meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Weitere Symptome beruhen in der Regel hierauf.

Der Verlauf affektiver Störungen ist zumeist phasenhaft mit gesunden Intervallen zwischen zeitlich abgrenzbaren Krankheitsepisoden. Der Beginn einzelner Episoden ist nicht selten mit belastenden Ereignissen in Zusammenhang zu bringen.

Affektive Störungen werden nach Schweregrad und Verlaufscharakteristika unterteilt. Unter den Probanden fanden sich in der vorliegenden Untersuchungsgruppe eine manische Episode (F 30), elf bipolar affektive Störungen (F 31), 23 depressive Episoden (F 32), elf rezidivierende depressive Störungen (F 33) und elf anhaltende affektive Störungen (F 34).

Diese 57 Störungen verteilten sich auf 47 Personen. Die Lebenszeitprävalenz affektiver Störungen beträgt im vorliegenden Sample also 47%.

### *F 30 Manische Episode*

Die manische Episode wird durch Enthemmung und eine inadäquat euphorisch-gehobene oder auch gereizte Stimmungslage, sowie Antriebssteigerung und Selbstüberschätzung gekennzeichnet. Rededrang und Einfallsreichtum können sich bis in eine Ideenflucht (beschleunigtes Denken) steigern und die Selbstüberschätzung in wahnhaften Größenideen münden. Die subjektive Leistungssteigerung geht allerdings bei völligem Fehlen eines Krankheitsgefühls mit Distanzlosigkeit und leichtsinniger Geldausgabe einher. Verknüpft mit der Enthemmung kann dies zu gravierenden familiären und beruflichen Konflikten führen. Im vorliegenden Fall handelte es sich um eine Hypomanie (F 30.0), die eine leichtere Ausprägung der Manie darstellt. Wahn oder Halluzinationen sind nicht vorhanden und es kommt zumeist nicht zu einem Abbruch der Berufstätigkeit oder sozialer Ablehnung. Eine Komorbidität war nur zu Nikotinabhängigkeit festzustellen.

### *F 31 Bipolar affektive Störungen*

Die Störungen dieser Kategorie verteilten sich auf drei bipolar affektive Störungen mit gegenwärtiger manischer Episode ohne psychotische Symptome (F 31.1), eine bipolar affektive Störung mit gegenwärtiger depressiver Episode ohne psychotische Symptome (F31.4), und sieben andere bipolare affektive Störungen (F 31.8), bei der der Patient zwar gut belegte manische, hypomanische oder gemischte affektive Episoden hatte, jedoch gegenwärtig nicht unter einer deutlichen Stimmungsstörung leidet.

Bipolar affektive Störungen sind rezidivierend und es treten sowohl manische, als auch depressive Episoden auf. Manische Episoden beginnen abrupt und dauern in der Regel zwischen zwei Wochen und fünf Monaten an, während depressive Episoden durchschnittlich sechs Monate andauern. Eine Komorbidität der elf bipolaren Störungen lag zu 56 Störungen durch psychotrope Substanzen vor.

Nach Ergebnissen internationaler Studien liegt die Lebenszeitprävalenz bipolarer Störungen zwischen 0,6 und 3,3% bei einem Mittelwert von 1,3% (Wittchen 2000).

In diesem Sample wurde bei 11 der 100 Befragten eine bipolare Störung diagnostiziert.

### *F 32 Depressive Episode*

Unter der Kategorie der depressiven Episode fanden sich neun mittelgradige depressive Episoden (F 32.1), zehn schwere depressive Episoden ohne psychotische Symptome (F 32.2) und vier schwere depressive Episoden mit psychotischen Episoden (F 32.3).

Hauptsymptome einer Depression sind eine gedrückte Stimmung, eine Hemmung von Antrieb und Denken, sowie körperlich vegetative Störungen. Die Kranken sind interesse- und initiativlos, schwermütig, klagen häufig über Angst und Unruhe und fühlen sich hoffnungs- und hilflos. Schon eine Person mit einer mittelgradigen depressiven Episode kann nach Dilling et al. (1999) "nur unter erheblichen Schwierigkeiten soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortsetzen". In schweren depressiven Episoden ist es sogar "sehr unwahrscheinlich", dass ein Betroffener diese Aktivitäten fortführen kann. Patienten zeigen in solchen Episoden in der Regel Antriebshemmung oder Agitiertheit und eine erhebliche Verzweiflung in Verbindung mit Gefühlen von Nutzlosigkeit, Schuld und einem Verlust des Selbstwertgefühls. Bei den vier Probanden mit Diagnose F 32.3 traten zudem noch Wahnideen, Halluzinationen oder ein depressiver Stupor auf. Zu 93 Störungen durch psychotrope Substanzen lag eine Komorbidität der 23 depressiven Episoden vor.

Während die Lebenszeitprävalenz an einer "Major-Depression" zu erkranken gemäß internationaler Studien bei erheblicher Streubreite (4,4 – 18%) im Mittel um die 16,1% liegt (Wittchen 2000) und die Prävalenz unterschwelliger (minorer) Depressionen nach Oldehinkel et al. (1999) bei 5,3% einzuschätzen ist, liegt die Lebenszeitprävalenz depressiver Episoden im Sample bei 23%. Zählt man die rezidivierenden depressiven Störungen hinzu, so sind es sogar 34%.

### *F 33 Rezidivierende depressive Störungen*

Bei rezidivierenden depressiven Störungen handelt es sich um wiederholte depressive Episoden. In der Probandengruppe fanden sich eine gegenwärtig leichte Episode (F 33.0), vier gegenwärtig mittelgradige Episoden (F 33.1), drei gegenwärtig schwere Episoden ohne psychotische Symptome (F 33.2) und drei gegenwärtig schwere Episoden mit psychotischen Episoden. Eine Komorbidität der elf rezidivierenden depressiven Störungen lag zu 39 Störungen durch psychotrope Substanzen vor.

### *F 34 Anhaltende affektive Störungen (Zyklothymia)*

Wurde der Begriff Zyklothymia zunächst noch synonym für eine manisch-depressive Psychose benutzt, beschreibt er zur Zeit eine chronische, andauernde Instabilität der Stimmungen, die mit zahlreichen Perioden leicht gehobener Stimmung und leichter Depression einhergeht. Diese Stimmungsschwankungen werden zumeist ohne Bezug zu spezifischen Lebensereignissen erfahren.

Bei allen elf anhaltenden affektiven Störungen der Probandengruppe handelte es sich um Dysthymia (F 34.1), also um chronische depressive Verstimmungen leichteren Grades, die mindestens zwei Jahre anhalten und nicht die Leitlinien einer leichten oder mittelgradigen rezidivierenden depressiven Störung erfüllen. Betroffene Patienten fühlen sich unzulänglich und müde. Sie können nicht genießen und empfinden das Leben als fortwährende Anstrengung, sind aber dennoch meist dazu in der Lage, die täglichen Anforderungen des Lebens zu erledigen.

Die Lebenszeitprävalenz dysthymer Störungen liegt internationalen Studien zufolge zwischen 3,1 und 3,9%, im Mittel bei 3,6% (Wittchen 2000). In der vorliegenden Untersuchung verteilten sich die Dysthymia auf 11 Personen. Dabei lag eine Komorbidität zu 39 Störungen durch psychotrope Substanzen vor.

## **F 40 - 48**

*Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen* werden aufgrund ihrer historischen Verknüpfung über das Neurosenkonzept und wegen ihres hohen Anteils psychischer Ursachen unter einer Systematisierung zusammengefasst (Dilling et al. 1992). Dabei gilt das Neurosenkonzept allerdings seit Fassung 10 des ICD nicht mehr als Organisationsprinzip. Vielmehr wird nach Leitsymptomen differenziert. So fanden

sich in der Untersuchungsgruppe 84 Störungen bzgl. des Symptoms Angst (F 40/41), 19 Störungen in Verbindung mit Zwangshandlungen oder Zwangsgedanken (F 42), 16 in Bezug auf Belastungsfaktoren (F 43), eine im Zusammenhang mit pseudoneurologischen Symptomen (F 44) und vier Störungen, bei denen körperliche Beschwerden im Vordergrund standen.

### *Phobische Störungen und sonstige Angststörungen*

"Phobische Störungen" (F 40) sind durch bestimmte Stimuli ausgelöste gravierende und unangemessene Angstreaktionen. Die eindeutig zu definierenden angstausslösenden Ursachen werden vom Patienten systematisch gemieden (Freyberger/Stieglitz 1996). Dabei ist ihm bewusst, dass die Angstreaktionen übersteigert und unbegründet sind. Bei "Sonstigen Angststörungen" (F 41) leiden die Betroffenen dagegen nicht nur bei spezifischen einzelnen Stimuli, sondern unter einem ungerichteten und generellen Angstgefühl. Phobische Störungen wurden 73 mal und Sonstige Angststörungen 11 mal diagnostiziert. Häufig lagen mehrere Angststörungen gleichzeitig bei einem Befragten vor:

**Vorliegen von Angststörungen**

	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
<b>liegen nicht vor</b>	54	54,0	54,0
<b>eine</b>	25	25,0	79,0
<b>zwei</b>	11	11,0	90,0
<b>drei</b>	5	5,0	95,0
<b>vier</b>	5	5,0	100,0
<b>Gesamt</b>	100	100,0	

Besteht ein starkes Angstgefühl über längere Zeit, dann wird das Leben in der Regel in vielen Bereichen stark eingeschränkt. Es kommt oftmals zu einem massiven Rückzug aus dem sozialen Umfeld und dem Alltagsgeschehen. Angst machende Situationen oder Orte werden gemieden und die Angst kann kaum aus eigener Kraft überwunden werden (Morschitzky 2004). Dabei sind Angststörungen epidemiologisch unter den häufigsten psychopathologischen Symptomen anzusiedeln. Etwa 15% aller Menschen erkranken im Verlauf ihres Lebens mindestens einmal an einer Angststörung. Am relevantesten sind die soziale Phobie und die spezifischen Phobien (etwa Angst vor geschlossenen Räumen, Höhen oder bestimmten Tieren). Die meisten Angstsyndrome treten bei Frauen wesentlich häufiger auf, als bei Männern (Möller et al. 2005).

Die Lebenszeitprävalenz im vorliegenden Sample liegt mit 46% deutlich über der Lebenszeitprävalenz der Durchschnittsbevölkerung. Die einzelnen Störungen verteilen sich wie folgt:

#### *F 40 Phobische Störungen*

Zwölf Probanden litten unter einer Agoraphobie (F 40.0). Mit diesem Terminus wird eine Angst vor weiten Plätzen und Straßen, bzw. öffentlichen Menschenansammlungen bezeichnet. Mit der Erkrankung gehen Vermeidungs- und Rückzugsverhalten einher. Es wird als ängstigend erlebt, sich an Orten außerhalb der eigenen sicheren Wohnung zu befinden, da dort plötzlich peinliche bzw. subjektiv hilflos machende Symptome auftreten könnten, bei denen keine direkte Hilfe zur Verfügung steht und Flucht nicht möglich ist. Die Angst richtet sich etwa auf Depersonalisations- und Ohnmachtsgefühle, Schwindel, Herzbeschwerden oder den Verlust von Darm- und Blasenkontrolle. Oftmals liegt die Agoraphobie in Verbindung mit einer Panikstörung vor, bei der ohne sichtbaren Anlass anfallsweise ausgeprägte Angstzustände auftreten, die mit intensiven vegetativen Symptomen verbunden sind (F 40.01). Dies war in der vorliegenden Erhebungsgruppe bei sieben Probanden der Fall.

Über eine soziale Phobie (F 40.1) verfügten vier der Befragten. Unter dieser Bezeichnung ist eine anhaltende Angst vor Situationen zu verstehen, bei denen der jeweilig Betroffene im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit anderer steht. Typischerweise angstbesetzte Situationen sind z.B. Examensangst oder die Notwendigkeit in der Öffentlichkeit eine Rede zu halten. Hier besteht ein sehr hoher eigener Anspruch, verbunden mit der Angst sich lächerlich zu machen. Der körperliche Ausdruck kann sich bspw. in einer verlangsamten und leisen Sprechweise, raschem Erröten, Schweißausbrüchen, Übelkeit, Durchfallneigung und Schwindel zeigen. Die Folgen sind auch hier eine gravierende Beeinträchtigung von geistigem und körperlichen Wohlbefinden sowie der eigenen Vitalität.

Gleich 57 mal traten spezifische Phobien auf. Diese anhaltende Angst vor einer umschriebenen Situation oder einem umschriebenen Objekt betrifft etwa Tiere wie Spinnen, Schlangen oder Ratten (Zoophobie), den Aufenthalt in engen, geschlossenen Räumlichkeiten (Klaustrophobie), Höhen wie Türme oder Flugreisen (Akrophobie), Blut, Verletzungen und Arztbesuchen, sowie Ansteckungen (Infektophobie) oder auch Naturereignisse wie Stürme, Donner oder Blitze.

Verschiedene internationale Studien haben gezeigt, dass derartige isolierte Phobien die häufigsten Formen der Angsterkrankungen darstellen. Die Lebenszeitprävalenzen liegen in der Regel zwischen 5,4 und 11,3% (Linden/Zubrägel 2000). In der Untersuchungssample hatten 41 Probanden eine oder mehrere spezifische Phobien. Dabei traten 13 Störungen des Tiertypus (F 40.21), 16 Störungen des Umwelttypus (F 40.22), 24 Störungen des Blut-, Spritzen- und Verletzungstypus (F 40.23) sowie vier Störungen des situativen Typus (F 40.24) auf.

Die extrem hohe Komorbidität phobischer Störungen mit Substanzstörungen bei den befragten Insassen zeugt vermutlich von ausgiebigen Selbstmedikationsversuchen einerseits und phobischen Folgewirkungen von Substanzstörungen andererseits.

**Komorbidität phobischer Störungen der befragten Ersatzfreiheitsstrafer**

Störung	Häufigkeit in der Probandengruppe	Komorbidität zu <i>einer oder mehr</i> Substanzstörungen (ohne Nikotin)	Komorbidität zu <i>vier oder mehr</i> Substanzstörungen (ohne Nikotin)
F 40.0	5	4	1
F 40.01	7	5	2
F 40.1	4	3	1
F 40.21	13	11	1
F 40.22	16	13	1
F 40.23	24	22	6
F 40.24	4	2	1

#### ***F 41 Sonstige Angststörungen***

Aus dem Bereich der sonstigen Angststörungen lagen in der Untersuchungsgruppe neun Panikstörungen (F 41.0) und zwei generalisierte Angststörungen (F 41.1) vor. Die Lebenszeitprävalenz der allgemeinen erwachsenen Bevölkerung liegt dagegen bei etwa 1,1 bis 3,5% bei Panikstörungen bzw. 3,6 bis 5,1% bei generalisierten Angststörungen (Linden/Zubrägel 2000), also weit niedriger als die vorliegenden Panikstörungen und leicht höher als die bei den Probanden diagnostizierten generalisierten Angststörungen. Bei Panikstörungen handelt es sich um wiederholte, plötzlich und ausgeprägt auftretende Angstanfälle, die ohne äußerlichen Anlass oder körperliche Ursache anfallsweise vorkommen. Aus diesem Grund sind sie auch nicht vorhersehbar.

Panikstörungen werden nicht situationsgebunden ausgelöst, sodass sich typischerweise auch schnell eine Erwartungsangst (Phobophobie) einstellt - eine Angst, dass die Panikattacke erneut auftreten könnte. Derartige Anfälle beschämen die Patienten oftmals noch zusätzlich, da sie keinen nachvollziehbaren Grund für diese Attacken angeben können. Sozialer Rückzug und Kontaktisolation können die Folge sein (Deister 1995a).

Die intensiven vegetativen Symptome einer Panikstörung setzen plötzlich ein und steigern sich innerhalb von einigen Minuten zu ihrem Höhepunkt. Die Gesamtdauer liegt in der Regel bei 10 bis 30 Minuten, kann jedoch in Einzelfällen auch mehrere Stunden anhalten. Dabei kommt es zumeist zu Hitzewallungen, Beklemmungsgefühlen, Tachykardie und Zittern, sowie zu vegetativen Symptomen wie etwa Atemnot und Ohnmachtsgefühlen. Zudem herrscht gleichzeitig zumeist auch eine starke Angst vor Kontrollverlust und eine Angst zu sterben vor.

Analog zu den phobischen Störungen kommt es nicht selten zu Selbstbehandlungsversuchen mit Alkohol, Beruhigungs-, Schmerz- und Schlafmitteln oder Rauschdrogen. So lagen bei sechs der Befragten, die unter Panikstörungen litten, auch gleichzeitig eine oder mehrere Substanzstörungen (Nikotin nicht mitgerechnet) vor. Drei dieser Probanden litten sogar unter vier oder mehr Substanzstörungen.

Bei den zwei Insassen mit einer generalisierten Angststörung (F 41.1) fand sich hingegen keine Komorbidität mit Substanzstörungen. Eine generalisierte Angststörung ist eine langanhaltende Angst, die nicht auf bestimmte Objekte oder Situationen begrenzt ist. Es handelt sich oft um eine vegetative Übererregbarkeit und motorische Spannung in Verbindung mit unrealistischen Befürchtungen und übertriebener Besorgnis in Bezug auf allgemeine oder besondere Lebensumstände (so etwa grundlose Geldsorgen oder die Befürchtung einem Kind, das sich nicht in realer Gefahr befindet, könne etwas zustoßen).

### *F 42 Zwangsstörungen*

Da bei 19 der 100 befragten Ersatzfreiheitsstrafern Zwangsstörungen vorliegen, während die Lebenszeitprävalenz der Allgemeinbevölkerung bei lediglich zwei bis drei Prozent liegt (Linden/Zubrängel 2000), kommt dieser Störungsform ebenfalls eine relevante Rolle in der Gruppe untersuchter Ersatzfreiheitsstraffer zu.

Es werden diejenigen Krankheitsbilder als Zwangsstörungen bezeichnet, bei denen Zwangsgedanken bzw. Zwangshandlungen im Vordergrund der Symptomatik stehen.



Dabei handelt es sich um extreme Steigerungen von eigentlich relativ harmlosen Gedanken und Handlungen, die sich einem Patienten aufdrängen und gegen die er sich vergeblich zu wehren versucht. Die Zwänge beherrschen sein Erleben. Sie werden zwar als unangemessen oder gar unsinnig erkannt, trotz wachsendem Leidensdruck ist der Patient jedoch ohne Hilfe machtlos gegen sein als zermürend, zeitraubend und körperlich belastend erlebtes Handeln oder Denken (Ambühl 2005; Deister 1995b). Häufig beziehen sich Zwangsgedanken auf Verschmutzungsphantasien oder sind gewalttätiger bzw. obszöner Natur. Zwangshandlungen drehen sich oft um Kontrolle, Zahlen oder den Drang zu reinigen (Freyberger/Stieglitz 1996).

Zwangsgedanken und Zwangshandlungen tendieren dazu, sich auszubreiten. So ist der Verlauf von unbehandelten Zwangsstörungen zumeist chronisch und die Störungen besetzen immer größere Anteile des Alltags. Für Zwangshandlungen wird dabei immer mehr Zeit benötigt, sodass die direkte Umgebung zunehmend vernachlässigt wird. Dabei ist eine hohe Komorbidität zu depressiven Störungen bekannt. In der vorliegenden Erhebung hatten 10 der 19 Zwangsgestörten auch eine depressive Störung. Alle Zwangsstörungen der Inhaftierten gehörten in die Kategorie "andere Zwangsstörungen" (F 42.8).

#### *F 43 Akute Belastungsreaktion*

Ausgelöst von einem überwältigenden traumatischen Erlebnis mit einer ernststen Bedrohung für die Unversehrtheit des Betroffenen oder der von ihm geliebten Personen bzw. durch eine bedrohliche Veränderung in Bezug auf die soziale Stellung, kann es als Reaktion zu einer vorübergehenden Störung mit beträchtlichem Schweregrad kommen. (Dilling et al. 1992). Zumeist werden dadurch die Leistungsfähigkeit, soziale Beziehungen und die affektive Situation des Patienten beeinträchtigt. Die Lebenszeitprävalenz annähernd vergleichbarer Probandengruppen der Allgemeinbevölkerung liegt nach Vermetten et al. (2000) zwischen 7,8 und 9,2%. Unter den befragten Probanden fanden sich 16 akute Belastungsstörungen, die sämtlich der Untergruppe posttraumatischer Belastungsstörungen (F 43.1) zuzuordnen sind.

Bei posttraumatischen Belastungsstörungen handelt es sich um verzögerte Reaktionen auf extreme Bedrohungen oder Veränderungen katastrophalen Ausmaßes, wie etwa Kampfhandlungen, Vergewaltigungen oder schwere Naturkatastrophen. Nicht jeder Betroffene reagiert gleich auf derartig gravierende Lebensereignisse. So gibt es Unterschiede in Bezug auf die Art der Belastung, auf die Antizipierbarkeit eines konkreten

Ereignisses, sowie in Bezug auf die Ausgangspersönlichkeit und Regenerationsmöglichkeit.

Die Symptomatik von posttraumatischen Belastungsstörungen lässt sich hauptsächlich in drei Komplexen fassen: dem wiederholten Erleben des Traumas in Erinnerungen, Träumen oder Alpträumen, dem emotionalen und sozialen Rückzug verbunden mit dem Verlust von Lebensfreude (Anhedonie) und letztlich dem Zustand vegetativer Übererregbarkeit mit Vigilanzsteigerung, Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit (Ehlers 1999; Möller et al. 2001).

Alkohol- und Drogenkonsum können Folgen einer posttraumatischen Belastungsstörung sein. Im vorliegenden Sample hatten 12 der 16 Probanden mit einer akuten Belastungsstörung auch eine oder mehrere Substanzstörungen (Nikotin nicht eingerechnet).

#### *F 44 Dissoziative Störungen*

Ein einzelner Proband litt unter einer dissoziativen Störung (F 44). Hierbei kommt es zu einer teilweisen oder auch vollständigen Entkopplung von seelischen und körperlichen Funktionen. Hauptmerkmal ist eine Unterbrechung der integrativen Funktionen des Gedächtnisses, der Identität, des Bewusstseins oder der Umweltwahrnehmung (Fiedler 2001). Bei dissoziativen Störungen kann es ferner zur Veränderung oder zum Verlust körperlicher Funktionen kommen, sodass der Eindruck einer körperlichen Erkrankung erweckt wird. Nach der psychoanalytischen Theorie wird für diesen Vorgang meist der Begriff "Konversion" benutzt, worunter ein Vorgang zu verstehen ist, bei dem ein seelischer Konflikt derart in körperliche Symptome umgesetzt wird, dass die Symptome den grundlegenden Konflikt in symbolischer Form widerspiegeln und dadurch die Anspannung der Psyche entlasten. Aus diesem Grund können die meisten der dissoziativen Störungen auch unter dem Begriff Konversionsstörungen klassifiziert werden (Möller et al. 2005).

Einige dissoziative Symptome kommen ebenfalls in den Kriterien für posttraumatische Belastungsstörungen und somatoforme Störungen vor. Die Diagnose einer dissoziativen Störung wird jedoch nur gestellt, wenn dissoziative Symptome nicht ausschließlich im Verlauf jener Störungen vorkommen. Im vorliegenden Fall handelt es sich um eine "Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung" (F44.9). Diese Kategorie wird verwendet, wenn das vorherrschende Merkmal einer Störung ein dissoziatives Symptom

im oben skizzierten Sinne ist, das nicht die Richtlinien für eine der spezifischen dissoziativen Störungen erfüllt.

### *F 45 Somatoforme Störungen*

Störungen, die mit einem wiederholten Erleben körperlicher Symptome einhergehen, aber keine entsprechende organische pathogenetische Grundlage haben, werden als somatoforme Störungen bezeichnet. Auch wenn keine organischen Grundlagen vorliegen, spielen jedoch in der Pathogenese seelische Konflikte und Belastungssituationen eine wichtige Rolle. Relevante Ausprägungen sind Somatisierungsstörungen, hypochondrische Störungen und somatoforme Schmerzstörungen (Hausotter 2004).

Auch bei Patienten mit somatoformen Störungen können allerdings reale organische Erkrankungen hinzutreten. Im Kontrast zu dissoziativen Störungen herrscht weitgehend eine Stabilität und Persistenz der Symptomatik vor. Außerdem fehlen meist zeitliche Zusammenhänge zu traumatisierenden Ereignissen oder Belastungen. Zudem sind bei dissoziativen Störungen in der Regel Funktionen der Willkürmotorik oder Sinneswahrnehmungen betroffen, während bei somatoformen Störungen Funktionen des vegetativen Nervensystems beeinträchtigt werden (Möller et al. 2005).

In Bezug auf die Ausprägung der somatoformen Störungen litten alle vier Befragten unter einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F 45.4). Hierbei erlebt der Patient vielfältige rezidivierende körperliche Beschwerden und einen anhaltenden, schweren Schmerz ohne organopathogenetischen Befund. Er tritt zumeist im Zusammenhang mit schwerwiegenden psychosozialen Problemen und emotionalen Konflikten auf (Dilling et al. 1992).

### **F 50**

*Essstörungen* (F 50) gehören zu denjenigen psychiatrischen Erkrankungen, die in den letzten Jahren zugenommen haben, sie spielen jedoch in der vorliegenden Untersuchung nur eine geringfügige Rolle: Bei zwei Probanden wurde eine Anorexia nervosa (F 50.0) diagnostiziert und bei einem eine atypische Bulimia nervosa (F 50.3). Bei der Anorexia nervosa (Magersucht) kommt es zu einer deutlichen Unterernährung, die sekundär mit metabolischen und endokrinen Veränderungen und körperlichen Funk-

tionsstörungen verbunden ist. Ein Patient mit einer Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht) neigt dagegen zu Heißhungerattacken und erbricht sich oft selbstinduziert.

In der Hauptrisikogruppe junger Frauen zwischen 15 und 25 Jahren beträgt die Lebenszeitprävalenz der Anorexia nervosa etwa ein Prozent und die der Bulimia nervosa etwa zwei bis vier Prozent (Möller et al. 2001). Wenn statt dieser Auslese die deutlich geringere Prävalenz der Gesamtbevölkerung betrachtet wird, muss zudem berücksichtigt werden, dass nur fünf bis zehn Prozent aller von Essstörungen betroffenen Patienten Männer sind. Das Vorliegen von Essstörungen in der Untersuchungsgruppe inhaftierter männlicher Ersatzfreiheitsstraffer liegt also trotz einem sehr geringen Auftreten immer noch über dem der Allgemeinbevölkerung.

Beide Probanden mit einer Anorexia nervosa wiesen zudem mehrere Substanzstörungen und Angststörungen auf. Der Insasse mit einer Bulimia nervosa war zugleich Alkoholiker und litt unter einer depressiven Störung.

### **Fazit zum Schweregrad der erhobenen Störungen in der Untersuchungsgruppe**

Bevor auf die Unterschiede zur Untersuchung von 1999 eingegangen wird, sei dieser Analyse noch eine Reflektion zum Schweregrad der erhobenen Störungen vorangestellt. Während DIA-X es nicht erlaubt, den Schweregrad einer einzelner Störung über die ICD-10 Kodierung hinaus zu bestimmen, kann der Schweregrad psychischer Störungen des vorliegenden Samples von Ersatzfreiheitsstrafnern dennoch hilfsweise innerhalb dieses ICD-10-Rahmens differenziert werden:

Hier erscheint es vor dem Hintergrund der eingangs geschilderten Problematik, dass die befragten Ersatzfreiheitsstraffer sich zu großen Teilen nicht in der Lage sahen, eine Haftvermeidung durchzuführen, ratsam, den Grad an psychischer Desorganisation dieser 100 Befragten näher zu betrachten. Als diejenigen Krankheitsbilder, die mit einem besonders hohen Grad an Desorganisation bzw. auch psychotischem Erleben einhergehen, können die in der Probandengruppe erhobenen psychischen Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Erkrankung (F 06 hier: F 06.0, F 06.2 und F 06.42), paranoide Schizophrenien (F 20.x), manische und bipolare affektive Störungen (F 30.x und F 31.x) sowie schwere depressive Episoden mit psychischen Symptomen (F 32.3) und rezidivierende depressive Störungen (F33.x) gesehen werden.

Fast ein Drittel aller Befragten (n=32) gehörten zu dieser schwer betroffenen Gruppe.

Zählt man zudem noch alle übrigen depressive Episoden (F 32.x) und posttraumatischen Belastungsstörungen (F 43.1) sowie Substanzabhängigkeiten mit Ausnahme von Tabak (F 1x.2) hinzu, dann zählen sogar gut zwei Drittel aller Befragten (n=78) zu dieser Gruppe.

Da es sich bei den ermittelten Diagnosen um Angaben zur Lebenszeitprävalenz handelt, kann nicht im Einzelnen davon ausgegangen werden, dass die Handlungskompetenz der Befragten im Vorfeld des Antritts der Ersatzfreiheitsstrafe tatsächlich gravierend eingeschränkt gewesen ist. Dennoch lässt sich bereits an dieser Stelle hinterfragen, ob es trotz einem hohen Kosten- und Arbeitsaufwand nicht in Zukunft ratsam ist, bei Haftantritt eine gründliche psychopathologische Diagnose zu stellen. Die Häufigkeit der gravierenden Störungen impliziert, dass zahlreiche Ersatzfreiheitsstraffer aufgrund einer akuten Desorganisation ihrer Persönlichkeit gegebenenfalls gar nicht in der Lage gewesen sind, eine Vermeidung ihrer Ersatzfreiheitsstrafe in die Wege zu leiten.

Dies sollte in Folgestudien durch eine neuerliche Erhebung kurz vor bzw. zu Beginn des Haftantritts intensiv erforscht werden.