

Kapitel 2

Theoretischer Hintergrund

*„I hurt myself today
to see if I still feel;
I focus on the pain
the only thing that’s real.“*

„Hurt“ (*Nine Inch Nails*)

2.1 Autodestruktive Reaktionen als Problem für den Justizvollzug

Selbstschädigendes Verhalten (SSV) und Suizidversuche (SV) unter Gefangenen (zusammengefasst im Begriff autodestruktive Reaktionen – AR) stellen ein gravierendes Problem für den Justizvollzug dar, da sie im Justizvollzug relativ häufig auftreten. Aus den USA werden Prävalenzraten von 1380 Fällen pro 100.000 Average Daily Population (ADP) ($\approx 1.4\%$; Sloane, 1973) über 2200 / 100.000 ADP (= 2.2% ; Goss, Peterson, Smith, Kalb & Brodey, 2002) bis hin zu 3760 / 100.000 ADP ($\approx 3.8\%$; Toch, 1975)

berichtet. Sloane (1973) geht dabei von einem Verhältnis von 3.2% für die Population einer Untersuchungshaft im Vergleich zu 1.4% für die Population einer Strafhaf aus. Shea (1993) fand in der Literatur Prävalenzraten von 6.5% bis 25% für männliche Gefangene. Die Varianz der Werte erklärt sich unter anderem aus unterschiedlichen Definitionen von AR, unterschiedlichen Studienpopulationen und Mängeln bei der Registrierung von AR. Holley und Arboleda-Flórez (1988) nennen Zahlen aus Kanada, nach denen 50% aller Gefangenen AR zeigten, wobei „nur“ 10% suizidgefährdet seien. Da die Gefangenenpopulation hinsichtlich vieler demografischer und biografischer Faktoren¹ eine besondere Gruppe der Bevölkerung darstellt, gestalten sich Vergleiche der Suizid- und auch Suizidversuchsraten aus Haft mit denen in der Allgemeinbevölkerung zunächst schwierig. Trotzdem scheinen bei Kontrolle der haftspezifischen Charakteristika der Gefangenenstichproben die Raten aus Haft im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung immer noch deutlich erhöht (Cooper & Berwick, 2001).

Des Weiteren stellen Akte von AR trotz des relativ häufigen Auftretens für die Umgebung der Person nicht etwa ein gängiges, sondern ein belastendes Ereignis dar (Wright, Borrill, Teers & Cassidy, 2006), das elementare Reaktionen von Schreck und Angst mobilisiert (Herpertz & Saß, 1994), und dem sich das Justizvollzugspersonal meist hilflos gegenüber sieht. Der Generalverdacht der Manipulation, der häufig gegen Gefangene die AR zeigen bzw. gegen allgemein psychisch gestörte Gefangene ausgesprochen wird (Best et al., 2004), ließe sich dann im Übrigen auch im Sinne einer Abwehr unangenehmer Gefühle und als eine Rationalisierung des unerklärlichen Verhaltens eines anderen verstehen.

Ein dritter Grund, warum AR ein schwerwiegendes Problem für den Justizvollzug darstellen, liegt in der Fürsorgepflicht der Anstalt gegenüber ihren Insassen. Da die Inhaftierung als Stressor erkannt und als mitverursachend für AR unter den Gefangenen gesehen wird (Biggam & Power, 1999a; Harding & Zimmermann, 1989; Haycock, 1989a),

¹Zum Beispiel Alter, Geschlecht etc.

stehen die Vollzugsanstalten nach den §§ 3 Abs. 2 und 56 Abs. 1 Strafvollzugsgesetz (StVollzG) in der Pflicht, „schädlichen Folgen des Freiheitsentzuges [...] entgegenzuwirken“ und „für die körperliche und geistige Gesundheit des Gefangenen [...] zu sorgen“² und somit Maßnahmen zur Verhinderung von AR zu ergreifen (Dahle, Lohner & Konrad, 2005; Frühwald, Frottier, Ritter, Eher & Gutierrez, 2002; Goss et al., 2002; O’Leary, 1989). Diese scheinen besonders indiziert, wenn man bedenkt, dass sowohl SSV als auch SV als Risikofaktor für einen schließlichen Suizid gesehen werden (Frühwald, Frottier, Matschnig & Eher, 2003). Farmer, Felthous und Holzer (1996) erinnern in diesem Zusammenhang daran, dass 15% der Menschen, die einen SV unternähmen, schließlich an einem weiteren, tödlichen versterben würden und nach Owens, Horrocks und House (2002) suizidierten sich 5% der Gefangenen mit SSV innerhalb von neun Jahren nach gezeigtem SSV, wobei ihr Suizidrisiko gegenüber der Allgemeinbevölkerung um das 100fache erhöht sei. Bei einem Vergleich der Charakteristika der Gefangenen mit einem ernsthaften SV, mit denen von Gefangenen die sich „erfolgreich“ suizidiert hatten, fanden Daniel und Fleming (2005) keine Unterschiede hinsichtlich der meisten klinischen und kontextualen Charakteristika.

Romkopf und Riekenbrauck (1999) weisen in ihrer Kommentierung des § 56 StVollzG darauf hin, dass zwar der „Erfolg“ eines Suizides nicht als Pflichtwidrigkeit angesehen werden könne, jedoch ein richtiges Vorgehen bei der Verhinderung von Suiziden schlüssig und nachvollziehbar sein müsse. Dabei müsse das Handeln „Methode“ erkennen lassen.³ Zudem sei auch SSV ernst zu nehmen, weil es Ausdruck einer erheblichen Persönlichkeitsstörung sei und nicht selten tödlich ende. Siegel (1997) spricht in diesem Zusammenhang von der Garantenpflicht zur Verhinderung von Selbsttötungen, die der Strafvollzug gegenüber seinen Gefangenen habe. Werde diese Amtspflicht schuldhaft verletzt, könne es auch zu strafrechtlichen Konsequenzen⁴ kommen. Ein Verschulden werde nach den Fragen „war der Suizid vorhersehbar“ und „welche Maßnahmen zur Verhinderung konnten und mussten im Einzelfall getroffen werden“ beurteilt. Dabei gingen

²Siehe dazu auch (Laubenthal, 1998)

³Womit beispielsweise Screeningmaßnahmen bei Aufnahme in den Vollzug gemeint sind

⁴Im Sinne des Vorwurfs einer fahrlässigen Tötung §§ 222 i. V. m. 13 StGB

die Gerichte nicht von der absolut sicheren Voraussehbarkeit bzw. Abwendbarkeit eines Suizides aus. Vielmehr könne das richtige diagnostische Vorgehen verlangt werden, das nachvollziehbar dokumentiert sein müsse. Grundlage dieses „richtigen“ diagnostischen Vorgehens kann nur eine wissenschaftliche Erforschung der Phänomenologie und Risikofaktoren von AR in Haft sein, weshalb sich auch aus dem StVollzG und dem StGB ein Forschungsbedarf ableiten lässt.

Ein weiteres grundsätzliches Problem stellt die Unterscheidung „ernsthafter“ von „nicht ernsthaften“⁵ SV dar. Vor allem bei Vollzugsbediensteten besteht der Wunsch nach einer sicheren Methode zur Unterscheidung (Dear, Thomson & Hills, 2000). Diesem Wunsch liegt die Annahme zu Grunde, dass die meisten Akte von AR dazu dienen, das Personal zu manipulieren (Haycock, 1989a) – ein Glaube, der durch die Selbstauskünfte der Gefangenen weiter verstärkt wird. Nirgendwo sei der sekundäre Gewinn von AR so groß wie im Gefängnis oder beim Militär, so Haycock (1989a). Diese Einstellung der Bediensteten zu AR von Gefangenen wird unter anderem durch die Ansichten von Rieger (1971) gestützt, der das Wort „suicide attempt“ in Anführungszeichen setzt, um seinem Zweifel über die Echtheit der selbstzerstörerischen Qualität der AR unter Gefangenen Ausdruck zu verleihen. Basierend auf seinen Studien der Literatur Freuds kommt er zu dem Schluss, dass Soziopathen keine Suizidabsichten hätten und nennt ihre AR „suicidal gestures“⁶. Diese seien lediglich eine Facette ihres manipulativen Verhaltens. Es herrsche nach Haycock (1989a) des Weiteren die Annahme, dass, wer sich wirklich töten wolle, es einfach täte, ergo bei denen die es nicht vollendet haben auch kein Todeswunsch bestehe. Es wird also ein Zusammenhang zwischen Suizidabsicht und Letalität der AR unterstellt. Unlängst publizierte Ergebnisse einer Studie aus den USA

⁵Der Begriff der Ernsthaftigkeit wird auch in dieser Arbeit zur Beschreibung von AR mit mehr oder weniger Suizidabsicht bzw. größerer oder geringerer Letalität verwendet, wobei der Autor dieser Arbeit sich darüber im Klaren ist, dass es im eigentlichen Sinne grundsätzlich keine selbstschädigende Handlung ohne „Ernsthaftigkeit“ gibt, da sie zumindest eine psychopathologische Auffälligkeit, mit daraus resultierendem Krankheitswert darstellt.

⁶Im Original diesmal ohne Anführungszeichen

unterstützen diesen Standpunkt, da ein Zusammenhang zwischen der Ehrlichkeit der Selbstauskünfte und der Letalität der Verletzungen festgestellt werden konnte (Daniel & Fleming, 2005).

Um die Ernsthaftigkeit eines SV einzuschätzen, also das Motiv unabhängig von Selbstauskünften, bietet sich den Anstaltsärzten bisher nur die Möglichkeit der eigenen klinischen Intuition zu folgen oder vom Schweregrad der Verletzungen auf die Stärke der Suizidabsicht zu schließen. Implizite Grundlage letzterer Annahme sind Ergebnisse von Beck, Kovacs und Weissman (1979) oder auch Haw, Hawton, Houston und Townsend (2003) über den Zusammenhang zwischen Suizidabsicht und der Letalität der Verletzungen bei einem SV aus der Allgemeinbevölkerung, die von einer positiven linearen Beziehung ausgehen. Abbildung 2.1 stellt den Zusammenhang zwischen Suizidabsicht und der Letalität der Verletzungen dar.

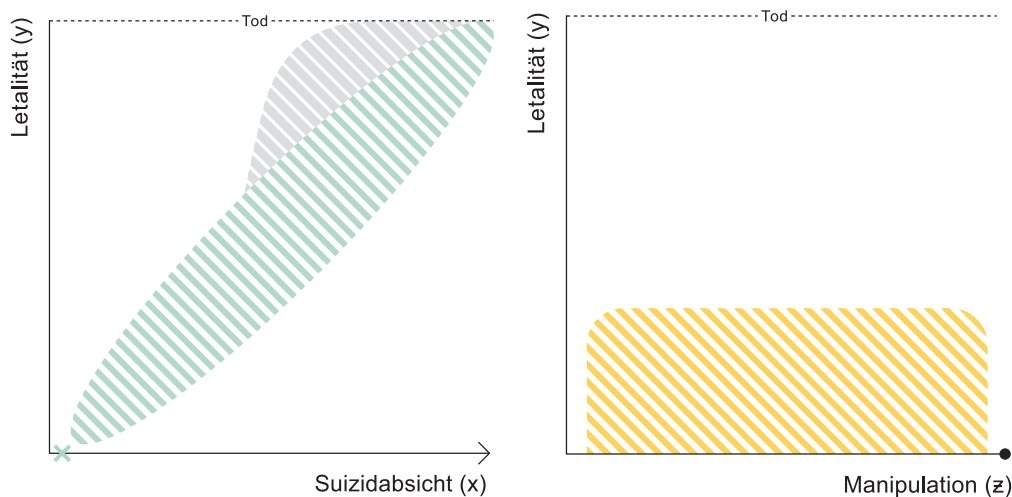


Abbildung 2.1: links: Zusammenhang Suizidabsicht und Letalität („Unfälle“ grau dargestellt; Punkt auf der x-Achse entspricht Suizidwünschen und -gedanken)

Abbildung 2.2: rechts: Zusammenhang manipulatives Motiv und Letalität (z-Achse ist kein echtes Kontinuum)

Dieser angenommene Zusammenhang stellt derzeit die implizite Grundlage der An-

staltsärzte zur Gefährlichkeitseinschätzung von AR dar, obwohl er im deutschen Sprachraum noch nicht empirisch überprüft wurde. Die Existenz eines solchen Zusammenhangs bestreiten sowohl Haycock (1989a) wie auch Power und Spencer (1987). Brown, Henriques, Sosdjan und Beck (2004) dagegen wollen einen solchen für AR aus der Allgemeinbevölkerung erkannt haben, wenn das Wissen des Probanden über die möglichen medizinischen Folgen seiner Handlung mit erhoben und kontrolliert wird. Kritisch anzumerken ist, dass in den Arbeiten von Haycock (1989a) und Power und Spencer (1987) auf diese Kontrolle verzichtet wurde, was ein Grund für die geringe Korrelation zwischen Suizidabsicht und dem Grad der Verletzungen gewesen sein mag. Die Arbeit von Haycock (1989a) ist des Weiteren, wie auch eine Vielzahl anderer Arbeiten, wegen einer unklaren Definition von AR zu kritisieren – SSV und SV scheinen austauschbar zu sein (Snow, 2002). Es konnte also bisher nicht zweifelsfrei geklärt werden ob sich sichere Zuordnungen zur Gruppe des SSV oder der SV im Einzelfall machen lassen.

Ein Problem stellen die so genannten „Ausreißer“ oder „Unfälle“ dar (in 2.1 grau dargestellt), also diejenigen Gefangenen, die sich trotz niedrigerer Suizidabsicht schwerste oder tödliche Verletzungen zufügen (Haycock, 1989a). Nach Beck et al. (1979) müsse deswegen auch das Wissen des Probanden über die möglichen medizinischen Folgen seiner Handlung mit erhoben werden. Haycock (1989a) und Power und Spencer (1987) bestreiten in ihren Arbeiten über den SV von Gefangenen hingegen die Existenz des Zusammenhangs zwischen Suizidabsicht und Letalität der Verletzungen. Eine umfangreiche Literaturrecherche ergab keine Hinweise auf Untersuchungen aus dem deutschen Sprachraum, welche die Existenz dieses Zusammenhangs an einer deutschen Gefangenens Stichprobe geprüft hätte.

In den Fällen, in denen SSV⁷ hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Motiv und Letalität der Verletzungen untersucht wurde, zeigte sich durchweg eine niedrige Letalität der Verletzungen (Weekes & Morrison, 1992; Franklin, 1988; Ireland, 2000; Pattison & Kahan, 1983; Sloane, 1973). Die Schwere der Verletzungen lag im unteren Drittel bei

⁷Also AR ohne eindeutiges suizidales Motiv

Anwendung einer dreistufigen Skala⁸. Dies ist in 2.2 grafisch umgesetzt.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass AR wegen des relativ häufigen Vorkommens, der dadurch auftretenden Belastung für Bedienstete, der Fürsorgepflicht der Anstalt gegenüber dem Gefangenen und den Schwierigkeiten bei der Einschätzung der Ernsthaftigkeit und, daraus resultierend, der angemessene Umgang mit dem jeweiligen Gefangenen ein Problem für den Justizvollzug darstellen. Die Ergebnisse zum Thema sind widersprüchlich und es liegen keine Untersuchungen aus dem deutschen Sprachraum bzw. an einer deutschen Gefangenenklientel vor. Eine Recherche in PSYNDEXplus und Medline⁹ erbrachte keine neueren Resultate aus oder über Deutschland. Bis auf einige Überblicksarbeiten (zum Beispiel Konrad, 2000), die von Ergebnissen aus anderen Ländern berichten, finden sich, außer zwei älteren Studien von 1969 und 1975 (Sluga & Grunberger, 1969; Tacke, Hanisch, Knaack & Rode, 1975), keine empirischen Studien zu diesem Gegenstand. Die Ergebnisse aus anderen Ländern können jedoch wegen Unterschieden hinsichtlich Rechtssystem und -praxis nicht einfach auf hiesige Verhältnisse übertragen werden (siehe S. 25).

2.2 Definition des Phänomens

Es gibt eine Reihe von Arbeiten zu Risikofaktoren, Prädiktoren von AR und klinischen Bildern dieser Gefangenen, wobei die Ergebnisse in weiten Teilen widersprüchlich sind (siehe Abschnitt 2.8). Diese Widersprüchlichkeit kann teilweise durch eine unterschiedliche Wahl der Stichproben, Schwierigkeiten beim Vergleich der Ergebnisse zwischen verschiedenen Ländern oder beispielsweise auch durch unterschiedliche Operationalisierungen der unabhängigen Variablen erklärt werden.

⁸Niedrige, moderate und schwere Verletzungen

⁹Mit den Begriffen Suizid, Suizidversuch, Selbst(be)schädigung, selbstschädigendes Verhalten, Mutilation in Verbindung mit Gefängnis, Haft, Strafvollzug, Justizvollzug

Ein Hauptproblem besteht jedoch in verschiedenen Auffassungen davon, was unter AR zu verstehen ist. Da die Ergebnisse der Studien je nach Art des untersuchten Verhaltens teilweise stark variieren können (Borrill et al., 2003; Ivanoff, 1989; Daigle, 2004; Kerkhof & Bernasco, 1990; Leenaars et al., 1997; McAllister, 2003; McArthur, Camilleri & Webb, 1999; O'Carroll et al., 1996), stellt die Wahl und Operationalisierung der abhängigen Variablen einen grundsätzlichen und gleichzeitig entscheidenden Schritt bei der Planung einer solchen Studie dar. Bisherige Arbeiten haben sich einer großen Bandbreite von Phänomenen diesbezüglich gewidmet. Ivanoff (1989) nennt die verwendeten Definitionen idiosynkratisch und Malone, Szanto, Corbitt und Mann (1995) fanden sowohl bei den von ihnen erforschten Fällen als auch in der Literatur Inkonsistenzen bei der Definition von SV. Die untersuchten Phänomene reichten von Suizidwünschen oder -gedanken¹⁰ über SSV mit unterschiedlichen Motiven und Graden der Letalität bis hin zu etwas, was man wohl als einen SV bezeichnen kann, weil das Verhalten von einem mehr oder weniger starken Todeswunsch begleitet war und / oder der Gefangene sich mehr oder weniger stark dabei verletzt hat. Hinsichtlich der Konzeptionalisierung von AR in Haft, gibt es Autoren, welche die Begriffe SSV und SV¹¹ austauschbar gebrauchen (McAllister, 2003) und damit Hinweise auf die Existenz von SSV und SV als distinkte Phänomene ignorieren (siehe Abschnitt 2.3). Eine ätiologische Trennung im Nachhinein ist dann nicht mehr möglich (McCleave & Latham, 1998).

Darüber hinaus sind die Konzeptionen der abhängigen Variablen vieler Studien auf einen gewissen Phänomenbereich beschränkt. Während einerseits SSV mit keiner oder geringer Suizidabsicht und oftmals auch geringer Letalität untersucht wird, kritisieren Blaauw, Kerkhof, Winkel und Sheridan (2001a) und Wool und Dooley (1987), dass in anderen Studien nur Gefangene berücksichtigt würden, die beispielsweise mindestens zwei Tage an medizinischer Behandlung in einem Krankenhaus bedurften und bei denen dementsprechend von höherer Letalität der Verletzungen auszugehen sei (zum Beispiel Farmer et al., 1996; Garvey & Spoden, 1980). Diese Verfahren geben die Wahrschein-

¹⁰Also keinem Verhalten im eigentlichen Sinn (Daigle, 2004; Leenaars et al., 1997)

¹¹Oder auch Parasuizid, Automutilation etc.

lichkeit eines Todes, nicht aber den Todeswunsch des Gefangenen wieder (Beck, Beck & Kovacs, 1975a; Beck et al., 1979). Wolfersdorf (2000) spricht in diesem Zusammenhang von der (Be-)Deutung durch den Behandler und nennt als einzig valide Definition für einen SV die Selbstauskunft des Patienten. Man sollte sich im Klaren sein, dass solche Verfahrensweisen die Generalisierbarkeit der Ergebnisse von Anfang an einschränken.

Um die Aussagen einer Studie hinsichtlich ihrer Validität abzusichern, wird deshalb eine Trennung der Phänomene SSV und SV angeraten. Nach welchem Kriterium allerdings eine solche Trennung erfolgen sollte, ist umstritten. Während diese Trennung aus konzeptioneller Sicht relativ einfach erscheint,¹² erweist sich diese aus empirisch-praktischer Sicht als schwierig (Lloyd, 1990). Es bieten sich folgende Unterscheidungsmöglichkeiten an:

1. Die medizinische Ernsthaftigkeit, d.h. die Schwere der Verletzungen und damit das Risiko eines Versterbens durch die Handlungen. Die Trennung in SSV und SV hinsichtlich der Letalität der Verletzungen könnte als „objektiv-medizinischer“ Ansatz bezeichnet werden, der neben dem Vorteil einer relativ objektiven und leicht nachvollziehbaren Erhebung den Nachteil hat, dass nicht klar zu sagen ist, ob die Absicht des Gefangenen und die Letalität der Verletzungen sich immer exakt entsprechen. Dies liegt beispielsweise an der Unwissenheit über die möglichen Konsequenzen (siehe Beck et al., 1975a; McAllister, 2003; Power & Spencer, 1987) oder daran, dass man in Gefängnissen nur von eingeschränkter Verfügbarkeit von Suizidmethoden auszugehen hat¹³ (Allen, 1969; Cooper, 1971; Dittmann & Reimer, 1991; Livingston, 1997; Lloyd, 1990; McCleave & Latham, 1998). Schließlich sind Klassifikationen der Letalität oftmals nicht quantifiziert und deshalb für Außenstehende nur bedingt nachvollziehbar (O’Carroll et al., 1996). Für eine tiefer gehende Methodenkritik an Letalitätsratings siehe die LSARS-II ab S. 96 unter Punkt 3.5.8).

¹²Bei einem SV versucht sich die Person zu töten, während dies bei SSV nicht der Fall ist.

¹³Genannt „Zwang zur harten Methode“

2. Die motivationale Ernsthaftigkeit, d.h. wie stark ein Todeswunsch zum Zeitpunkt der Handlung ausgeprägt war. Dieser Todeswunsch, also die Suizidabsicht, kann gleichzeitig zu anderen, teilweise auch entgegengesetzten Motiven existieren, wie dem, seine Umwelt verändern bzw. manipulieren zu wollen oder Hilfe und Aufmerksamkeit zu erlangen. Letztgenannte Motive sind – kurz gesagt – auf ein verändertes Weiterleben ausgerichtet und nicht auf einen Tod (siehe Martinez, 1980). Wird die Einteilung der Handlungen in SSV und SV anhand des Motivs vorgenommen (wie etwa bei Franklin, 1988; Haycock, 1989a) ergeben sich eine Reihe anderer Probleme. So sind die Motivkategorien oftmals begrenzt und die Auskünfte anfällig gegenüber absichtlichen Falschaussagen durch die Gefangenen (Franklin, 1988). Außerdem befindet man sich im vagen Bereich der Deutung von Absichten und Attributionen (Jackson, 2000; McHugh & Towl, 1997; Redley, 2003), welche post hoc erfolgt. Die Gefangenen übernehmen dazu oftmals im Nachhinein die Interpretation oder das Labeling der Anstaltsleitung, da sie selbst keine Erklärung für ihr Verhalten finden (Chowanec, Josephson, Coleman & Davis, 1991). Im Übrigen wird eine Erhebung durch eine komplexe Motivstruktur (Borrill et al., 2003; Snow, 2002) und vielfach semantische Überlappungen der verwendeten Kategorien erschwert (Dear et al., 2000).
3. Eine Kombination aus 1 und 2, die AR auf Basis des Ergebnisses einerseits und der Absicht andererseits differenziert, um den Nachteilen dieser Methoden zu entgehen. Ein internationales Expertengremium, das mit der Erarbeitung von Standards in der Suizidforschung von der International Academy for Suicide Research (IASR) beauftragt worden war, empfiehlt ebenfalls die getrennte Erfassung von Suizidabsicht und Letalität (Leenaars et al., 1997). In dieser Studie wird eine Definition verwendet, die AR ausgehend vom Verhalten konzeptionalisiert¹⁴ und dabei zunächst keine Unterscheidung hinsichtlich des zugrunde liegenden Motivs oder hinsichtlich der Letalität macht. Dadurch soll die gesamte Phänomenbreite untersucht werden. Wie von McCleave und Latham (1998) empfohlen, wird das

¹⁴ „A behavioral one“ (Chowanec et al., 1991, S. 203)

Verhalten erst nach der Aufnahme in die Stichprobe anhand von Absicht und Ergebnis differenziert.

Dies führt zu einer 4-Felder Tafel mit den oben erwähnten Dimensionen Absicht und Ergebnis (siehe Abbildung 2.3). In diesem Zusammenhang sollte darauf hingewiesen werden, dass weniger die verwendeten Begriffe selbst wichtig sind, so lange sie durchgehend einheitlich und nicht austauschbar verwendet werden, sondern die damit verbundenen Konzepte und Definitionen (O'Carroll et al., 1996). Die Begriffe SSV und SV wurden gewählt, weil sie bisher am häufigsten verwendet wurden und eine Trennung nach den oben genannten Kriterien auch semantisch widerspiegeln. Die Phänomene der rechten Spalte sind nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit, werden aber der Vollständigkeit halber und zur Verdeutlichung der Zusammenhänge erwähnt.

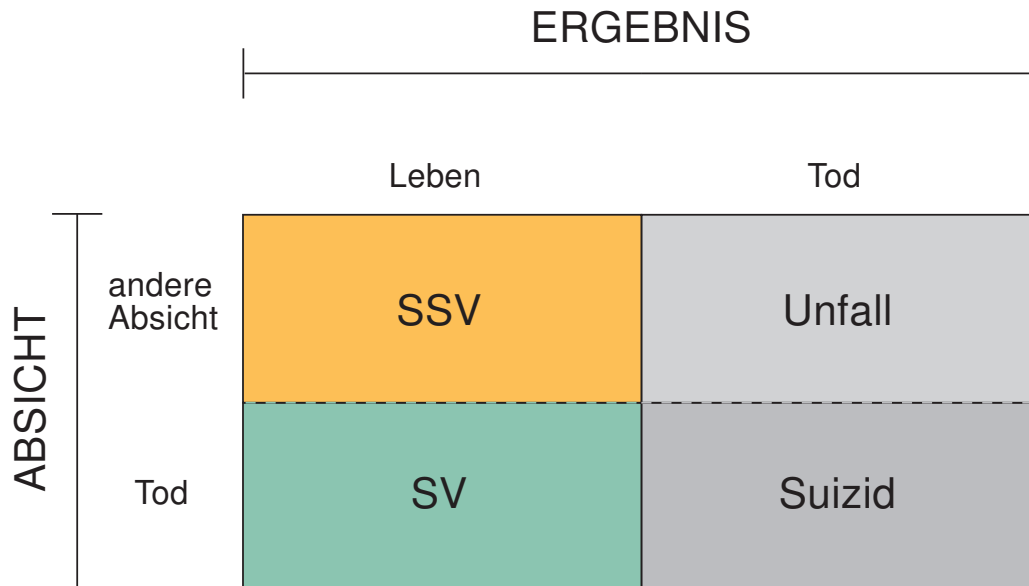


Abbildung 2.3: Illustration der Begrifflichkeiten in Zusammenhang mit AR

2.3 Konzeptionen der bisherigen Forschung und eigenes Denkmodell

Bisherige Arbeiten zu AR unter Gefangenen lassen sich in zwei große Konzeptionsarten einteilen, die als These und Antithese aufgefasst werden können (zusammenfassend McArthur et al., 1999; Muehlenkamp & Gutierrez, 2004). Zur Veranschaulichung wurden die verschiedenen Konzeptionalisierungen jeweils auch grafisch dargestellt (siehe Abbildungen 2.4 und 2.5).

Neben unterschiedlichen Ansätzen bei der Erklärung von AR in Haft gibt es ebenso deutliche Unterschiede in den Ergebnissen. Einige Studien fassen AR als ein Kontinuum auf, an dessen einem Ende sich SSV und am anderen SV befinden, die Übergänge aber im Einzelfall fließend sind und sich deshalb keine eindeutige Zuordnung zur einen oder anderen Gruppe treffen lässt. Andere Arbeiten wollen SV und SSV als distinkte Phänomene mit jeweils charakteristischem klinischen Bild und Begleitumständen des SSV aufgefasst wissen (siehe „deliberate self-harm syndrome“ ab S. 31).

Eine Art der Konzeptionalisierung von SSV und SV sieht beide Phänomene auf einem Kontinuum der Letalität und erachtet eine Differenzierung als irrelevant oder im schlimmsten Falle sogar irreführend und gefährlich (Haycock, 1989a; Liebling, 1994; Verona, Patrick & Joiner, 2001). SSV und SV werden als auf einem Kontinuum der Suizidalität liegend begriffen. Es entsteht der Gedanke eines „mehr oder weniger“ suizidalen Verhaltens und daraus resultierend, dass jede AR, auch mit beispielsweise manipulativem Motiv, „ernsthaft“ ist. Dadurch ergibt sich eine begriffliche Triade: Suizidwünsche und -gedanken, SV und Suizid¹⁵, auf die sich auch Beck, Steer, Kovacs und Garrison (1985) beziehen, um eine gemeinsame definatorische Basis in der Suizidforschung zu schaffen.

Der Vorteil dieser Konzeptionalisierung liegt darin, dass auch ambivalente Motive¹⁶

¹⁵Engl. „suicidal ideation“, „suicide attempt“ und „suicide“

¹⁶Also einem ursprünglich manipulativen Motiv mit Inkaufnahme des eigenen Todes



Abbildung 2.4: links: Selbstschädigendes Verhalten und Suizidversuche auf einem Kontinuum (x entspricht beginnenden Suizidwünschen und -gedanken; S entspricht einem schließlichen Suizid)

Abbildung 2.5: rechts: Selbstschädigendes Verhalten (SSV) und Suizidversuche (SV) als distinkte Phänomene

erfasst werden können. Als Nachteil kann angesehen werden, dass eine Trennung nach Ernsthaftigkeit nicht unternommen werden kann. Gerade diese Trennung wird von Seiten der Anstalt aus Gründen der juristischen Absicherung und zur optimalen Verteilung der knappen Ressourcen gewünscht (siehe S. 13).

Der Versuch dieser Unterscheidung ist Grundgedanke des zweiten großen Ansatzes, SSV und SV als distinkte Phänomene aufzufassen. Die Autoren die zu Vertretern dieses Ansatzes gerechnet werden können (beispielsweise Coid, Wilkins, Coid & Everitt, 1992; Fulwiler, Forbes, Santangelo & Folstein, 1997; Garvey & Spoden, 1980; Holden & Kroner, 2003; Maden, Chamberlain & Gunn, 2000; Pattison & Kahan, 1983; Penn, Esposito, Schaeffer, Fritz & Spirito, 2003; Rieger, 1971; Shea, 1993; Weekes & Morrison, 1992; Wool & Dooley, 1987) gehen dabei davon aus, dass sich SSV und der SV hinsichtlich Letalität, der Absicht sich zu töten, den Motiven und den generellen klinischen Charakteristika unterscheiden lassen. Danach steht SSV¹⁷ vor allem im Zusammenhang mit Antisozialer und Borderline Persönlichkeitsstörung (PS), einer hohen Frequenz der AR, einer niedrigen Letalität der Verletzungen und einem manipulativem Motiv bzw. dem „deliberate self-harm syndrome“ (siehe S. 31). Die Autoren ziehen klare Grenzen zwischen dem SSV dieser Gefangenen und den SV anderer, die meist durch eine psy-

¹⁷Mit niedriger Suizidabsicht und Letalität

chotische Störung (siehe auch Hillbrand, Young & Krystal, 1996) mit bedingt seien. Motivisch stehe dann die Beendigung des eigenen Lebens im Mittelpunkt und weniger die Manipulation des Umfeldes, was dieses SSV als „echten SV“ ausweise. Der SV unter Gefangenen gehe mit Depression, hoher Hoffnungslosigkeit, einer hohen Suizidabsicht und hoher Letalität einher.

Der Vorteil dieses Ansatzes liegt darin, dass eine Trennung nach Motiv unternommen werden kann, die dem Anspruch des adäquaten Umgangs mit dem jeweiligen Gefangenen entgegenkommen möchte.

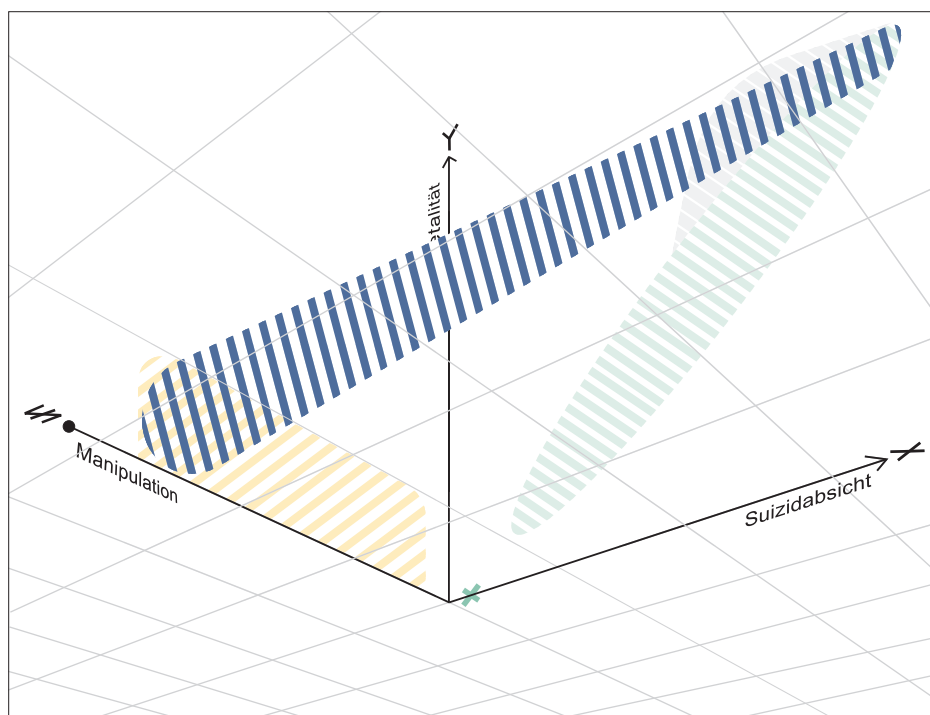


Abbildung 2.6: Dreidimensionale Darstellung eines integrativen Ansatzes

(Achsen: x = Suizidabsicht; y = Letalität; z = Manipulation)

Es gibt nur wenige empirische Studien, welche diese Frage untersuchen und die eine oder die andere Seite stützen (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004). Dies trifft vor allem auf die Erforschung von AR im Strafvollzug zu. Eine solche Arbeit muss die gesamte Phänomenbreite untersuchen, um nicht von vorne herein einen bestimmten Phänomen-

bereich systematisch auszuschließen. Gelingt es, spezifische klinische Bilder von SSV und SV zu beschreiben, wird die klinische Einschätzung des individuellen Falles erleichtert und die Vorhersage weiterer Gefährlichkeit sicherer sowie eine individuell angemessene Intervention und Behandlung möglich.

Deshalb wurde für das vorliegende Vorhaben ein integrativer Ansatz gewählt. Dieser soll im Folgenden kurz vorgestellt werden, um die zugrunde liegende Gedankenstruktur zu erklären, welche in Abbildung 2.6 grafisch umgesetzt wurde.

Der Vorteil dieses integrativen Ansatzes¹⁸ liegt darin, dass sowohl SSV und SV als distinkte Phänomene mit einhergehendem eigenem klinischen Bild als auch ambivalente Motive (der blau schraffierte Bereich in Abbildung 2.6) erfasst werden können. Hier sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich dabei um die grafische Umsetzung eines Denkmodells handelt, so dass der blauschraffierte Bereich im Gegensatz zum grünen bzw. orangefarbenen keinen empirisch überprüften Zusammenhang darstellt.

2.4 Studiendesigns bisheriger Arbeiten

Die Studiendesigns bisheriger Arbeiten zum Thema leiden sowohl an einer Anzahl typischer Mängel als auch an speziellen Problemen, wie man sie hauptsächlich bei der Forschung im Strafvollzug findet. Ein Aspekt, der grundsätzlich die Ergebnisse beeinflusst, betrifft die Wahl der Stichprobe. Neben dem Problem vieler Studien von zu kleinen Stichproben (Bland, Newman, Dyck & Orn, 1990), was an den kleinen Basisraten von AR liegen mag, gibt es hinsichtlich AR vielfache Hinweise auf Unterschiede zwischen Straf- und Untersuchungsgefangenen (Beigel & Russel, 1972; Bonner, 2000), heranwachsenden / jugendlichen und erwachsenen Gefangenen (Morgan & Hawton, 2004; Sanislow, Grilo, Fehon, Axelrod & McGlashan, 2003), männlichen und weiblichen Gefangenen (Fulwiler et al., 1997; Jackson, 2000; Maden, Swinton & Gunn, 1994; Meltzer, Jenkins, Singleton, Charlton & Yar, 2003; Miller, Chiles & Barnes, 1982; Rohde, Seeley

¹⁸Synthese aus kontinuierlichem Ansatz und dem distinkter Phänomene

& Mace, 1997b; Power & Moodie, 1997) und Gefangenen, die sich einmal oder mehrfach schädigen (Mohino Justes et al., 2004). Diese Unterschiede beziehen sich sowohl auf die Prävalenz als auch auf die Phänomenologie der AR. Wenn die Probandengruppen zusammen untersucht werden, ist es zumindest erforderlich, die Ergebnisse getrennt zu referieren. Unkritische Vergleiche der Ergebnisse aus unterschiedlichen Ländern sind nur schwer möglich (Dear, Thomson, Howells & Hall, 2001b; Haycock, 1991), was Unterschieden hinsichtlich Rechtspraxis und -system und der Inhaftierungsraten geschuldet ist (Fraedrich & Pfaefflin, 2000; Frühwald et al., 2000). Auch der Vergleich von Ergebnissen aus zwei sehr verschiedenen Anstalten eines Landes scheint schwierig (Hopes & Shaull, 1986), angesichts Unterschieden hinsichtlich soziodemografischer Bedingungen (Elgar, Knight, Worrall & Sherman, 2003; Schaller, Zimmermann & Raymond, 1996), der Prävalenz psychischer Störungen (Andersen, Sestoft, Lillebæk, Gabrielsen & Kramp, 1996; Ohle, 1993; Schneider & Gloza, 1984) sowie der Insassenstruktur (Hosser, 2001) und Vollzugspraxis (Dünkel, 1996). Darüber hinaus wird sich ein unvermeidliches Dunkelfeld an nicht erkannten oder falsch diagnostizierten Fällen von AR (Thorburn, 1984) wohl keinem Forscher erschließen.

Während diese Unterschiede durch eine geeignete Kontrolle bzw. Diskussion der intervenierenden Variablen den Erkenntnisgewinn einer Studie nicht schmälern, bedeutet das Fehlen einer Vergleichsstichprobe von sich nicht schädigenden Gefangenen, dass die Arbeit wenig Fortschritte im Hinblick auf die Prognose erlauben wird (Blaauw et al., 2001a; Ivanoff & Hayes, 2002; Kerkhof & Bernasco, 1990). Viele der Variablen, die in Zusammenhang mit AR in der Allgemeinbevölkerung zu stehen scheinen, stellen typische Charakteristika der gesamten Haftpopulation dar. Somit spricht die Tatsache, dass beispielsweise viele Gefangene Substanzen missbrauchen, was die Vulnerabilität für AR erhöhen kann, noch nicht dafür, dass Substanzmissbrauch ein Risikofaktor im prognostischen Sinne ist, wenn nicht gleichzeitig Populationsnormen über den Substanzmissbrauch angegeben werden (Hopes & Shaull, 1986; McCleave & Latham, 1998). Das gleiche gilt auch dann, wenn eine ungeeignete Kontrollgruppe gewählt wurde, wie beispielsweise Studenten.

Ein anderer Aspekt bei der Wahl der Kontrollgruppe (K-Gruppe) betrifft die Parallelisierung zur Gruppe der Gefangenen mit AR (Dear et al., 2001b). Dabei scheinen die Kriterien Haftform, Alter des Gefangenen (Jackson, 2000) und Haftdauer bis zum Index-Verhalten bzw. Interview wichtig, Letzteres, weil zu Beginn der Haft vielfach erhöhte Distresswerte (Harding & Zimmermann, 1989; Hosser, 2001; Paulus & Dzindolet, 1993; Smyth, Ivanoff & Jang, 1994) und physiologische Stressmarker (Paulus & Dzindolet, 1993) festgestellt wurden. Zu den eher generellen Mängeln von Studien zum Thema AR gehören retrospektive Studiendesigns,¹⁹ weshalb Beck et al. (1979) die dabei gefundenen Variablen „*postdictors*“ und nicht Prädiktoren nannten. Laut Ivanoff und Hayes (2002) und Dear et al. (2001b) sind die meisten Arbeiten deskriptiv, post hoc und psychologische Autopsien. Darüber hinaus entstehen bei prospektiven Studien oftmals ethische Dilemmata (Lloyd, 1990), weil nicht zugelassen werden kann, einen erkannten Risikogefangenen nur deshalb nicht zu behandeln, um herauszufinden, ob er auch tatsächlich zu AR tendiert (Hopes & Shaul, 1986; für eine tiefer gehende Diskussion ethischer Fragestellungen in Zusammenhang mit der Suizidforschung siehe Mishara & Weisstub, 2005). Prospektive Langzeituntersuchungen sind zudem immens teuer und aufwendig (Beck et al., 1979; McCleave & Latham, 1998) und wegen der geringen Basisraten von AR in Haft nicht mit einer befriedigenden Stichprobenzahl der Zielgruppe zu realisieren.

2.5 Soziologische Erklärungsansätze für autodes- truktive Reaktionen unter Gefangenen

In Anlehnung an Durckheims (1951) soziologischer Theorie über den Suizid erweitern Holley und Arboleda-Flórez (1988) den theoretischen Rahmen dieses Ansatzes um andere Formen von AR. Neben den bekannten Formen von Suizid, nämlich dem egoistischen, altruistischen und dem anomischen, erwähnen Holley und Arboleda-Flórez (1988) die

¹⁹Im Übrigen auch eine Schwäche der Studien in der Allgemeinbevölkerung

von Durkheim nicht weiterentwickelte vierte Form des Suizids, den fatalistischen Suizid. Dieser stellt auf dem Kontinuum der Regulation den Gegenpart zum anomischen Suizid dar, wie der egoistische den Gegenpart zum altruistischen auf dem Kontinuum der Integration bildet. Um die Stellung als Konterpart auch begrifflich zu unterstreichen, wählen sie den Begriff hypernomischer Suizid (siehe Abbildung 2.7). Er ist eine Antwort des Individuums auf zu starkes regulierendes Eingreifen der Gesellschaft in das Leben des Einzelnen, wie man es in totalen Institutionen wie zum Beispiel Gefängnissen beobachten kann.

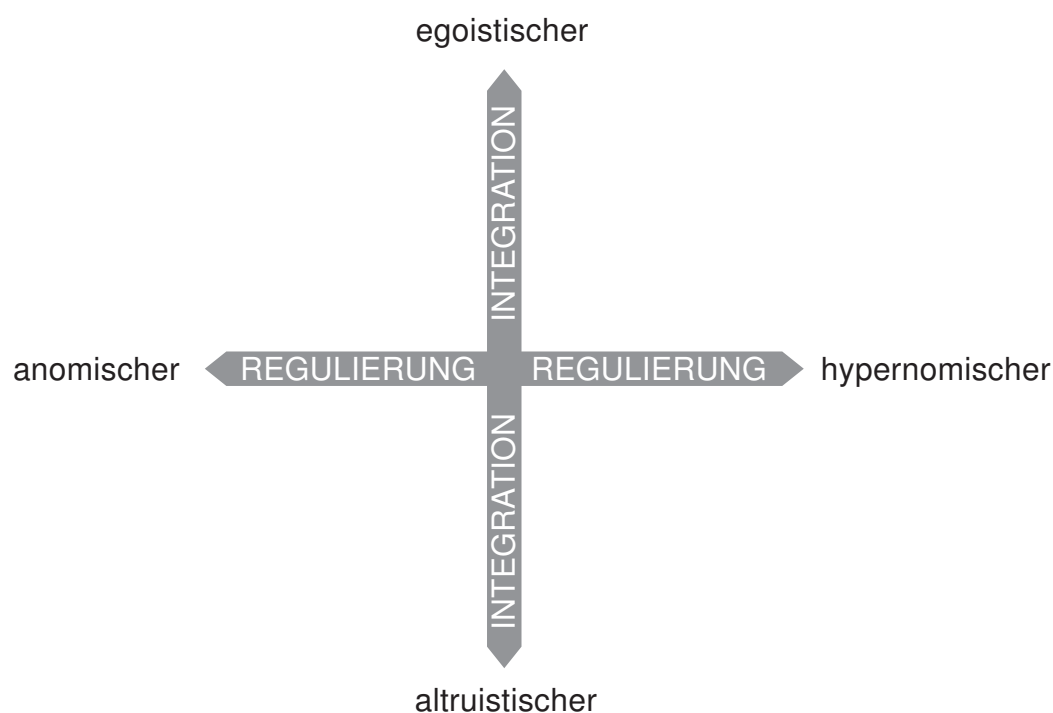


Abbildung 2.7: Die vier Formen des Suizids nach Holley & Arboleda-Flórez (1988), in Anlehnung an Durkheim (1951)

Der Überregulierung durch die Haft und somit dem System selbst wird eine pathogene Natur zugeschrieben. In der von Danto (1973) propagierte Dreiertypologie von Hochrisikogefangenen in puncto Suizid wollen Holley und Arboleda-Flórez (1988) auch den hypernomischen Suizid manifestiert sehen. Während die erste Risikogruppe Dan-

tos²⁰ mit ihrem Suizid auf den Inhaftierungsschock reagierten und die zweite Gruppe²¹ als Folge der hypernomischen Strukturen ein Gefühl der Hilflosigkeit und daraus eine Depression als Ursache für ihren Suizid entwickelten, antwortete die dritte Risikogruppe am direktesten auf die überregulierte Struktur des Justizvollzuges. Diese dritte Gruppe rekrutiere sich aus dissozialen Persönlichkeiten, die ohnehin Probleme hätten, Gesetzen und Regeln zu folgen. Holley und Arboleda-Flórez (1988) nennen zahlreiche Hinweise auf einen Zusammenhang von dissozialen Störungen und AR, was einerseits auf mangelnde Kontrolle über die Umwelt, andererseits auf die Absicht, andere zu manipulieren bei gleichzeitiger Absenz eines echten Todeswunsches, zurückgeführt wird.

Auch Tartaro und Lester (2005) diskutieren soziologische Aspekte der Suizidalität unter Gefangenen unter Berufung auf die Theorie Durkheims. Der Fokus ihrer Betrachtung liegt aber im Gegensatz zu dem von Holley und Arboleda-Flórez (1988) nicht auf der Regulation, sondern auf der anderen Dimension von Durkheims Ansatz, nämlich der sozialen Integration. Ein Vergleich der Suizidraten aus Haft und der Allgemeinbevölkerung und eine anschließende Analyse soziologischer Variablen zur Integration (Scheidungs- bzw. Geburts- und Heiratsraten) bestätigte die Abhängigkeit des Gefängnis-suizids von den soziologischen Rahmenbedingungen des gesamtgesellschaftlichen Kontexts.

Huey und McNulty (2005) schließlich vergleichen die Auftretenshäufigkeit von Suiziden im Bezug auf deprivierende Eigenschaften der Haft und das Belegungsniveau der jeweiligen Anstalt der USA. Sie bestätigen durch ihre Analysen die Hypothese, dass in den Anstalten mit geringer Sicherheitsstufe (und deshalb weniger deprivierendem Umfeld) die Suizidrate geringer sind als in Hochsicherheitsgefängnissen. In jedem Anstaltstyp steige die Suizidrate jedoch bei Überbelegung, weshalb diese als essentieller Faktor für Suizide in Haft ausgemacht wird (siehe auch Cox, Paulus & McCain, 1984; Huey & McNulty, 2005). Der Annahme, dass die Auftretenshäufigkeit von AR bei höherer

²⁰Kürzlich Inhaftierte

²¹Langstrafer

Belegungsdichte steigt, widerspricht Hardie (1999), der sogar einen negativen Zusammenhang zwischen Belegung und AR-Rate fand, eine Erklärung jedoch schuldig bleibt.

2.6 Psychologisch-psychiatrische Erklärungsansätze für autodestructive Reaktionen unter Gefangenen

Neben den Überlegungen, die auf einer soziologischen Theorie beruhen, gibt es Ansätze, die mehr von psychologischen oder psychiatrischen Bedingungen bei der Verursachung von AR im Justizvollzug ausgehen. Dabei unterscheiden sie sich jedoch darin, ob sie den Schwerpunkt ihrer Überlegungen eher in der Tatsache der Inhaftierung und deren pathogener Wirkung sehen (Deprivation) oder ob sie die prämorbid Persönlichkeit der Selbstschädiger und somit Eigenschaften, die der Selbstschädiger in die Haft mit einbringt, in den Mittelpunkt der Überlegungen stellen (Importation) (Dear, Slattery & Hillan, 2001a; Maden et al., 2000).

2.6.1 Deprivation als Ursache für autodestructive Reaktionen: die Gefangenschaft und ihre Folgen

Bei der Suche nach den Ursachen von AR im Justizvollzug fokussieren einige Studien besonders die Anpassung des Gefangenen an die Belastungen einer Inhaftierung, auch Prisonisierung genannt (Dahle & Steller, 1990; Gearing, 1979). Eine der wohl bekanntesten psychologischen Studien überhaupt beschäftigte sich unter anderem mit den Effekten der Rollenübernahme eines Gefangenen (und des Bewachers) auf die jeweiligen Probanden. Haney, Banks und Zimbardo (1973) wiesen starke Depression und Hoffnungslosigkeit unter den Gefangenen nach nur wenigen Tagen nach und ein Proband stellte die Nahrungsaufnahme ein, sodass das Experiment nach nur wenigen Tagen ab-

gebrochen werden musste. Obwohl die Ergebnisse dieses Versuches aus verschiedenen Gründen nicht auf die Situation in echter Haft übertragen werden können,²² so deuten sie doch an, welche gravierenden Auswirkungen die Tatsache einer Inhaftierung und die daraus resultierende persönliche Situation für die entsprechende Person haben können (siehe dazu auch Holley & Arboleda-Flórez, 1988).

Liebling (1994) sieht in diesem Zusammenhang vor allem bei jungen Gefangenen – einer Hochrisikopopulation – die Ursache für AR in ihrer spezifischen Vulnerabilität für suizidale Gedanken und Gefühle, die vielfach mit Aspekten der Gefängnissituation in Zusammenhang stünden. Der Mangel an sozialer Unterstützung durch die isolierende Wirkung der Haft und das hohe Maß an Tyrannei durch Mitgefangene seien hier verantwortlich für die AR. Dies treffe vor allem auf besonders vulnerable Gefangene zu, die sich durch ineffektive Copingskills, wenig konstruktiven Umgang mit ihrer Haftzeit und soziale Deprivation in der Biografie auszeichneten. Liebling (1994) sieht sich dabei im Einklang mit den Schlussfolgerungen von Zamble und Porporino (1988). Diese Erfahrungen sozialen Mangels würden sie in Haft zu mehr Hoffnungslosigkeit neigen lassen, laut Beck et al. (1979) einem starken Prädiktor suizidalen Verhaltens.

Ivanoff, Jang und Smyth (1996) sehen mehrere Maße des psychiatrischen und psychologischen Funktionsniveaus²³ in Zusammenhang mit suizidalem Verhalten. Alle Variablen beeinflussten AR indirekt über ihren Beitrag zu Suizidwünschen und -gedanken. Je mehr Suizidwünsche und -gedanken Platz greifen würden, desto mehr steige die Wahrscheinlichkeit für suizidales Verhalten (siehe auch Lekka, Argyriou & Beratis, 2006). Da aber ein jüngeres Alter, frühere Psychiatriekontakte und Suizidalität unter Bezugspersonen auch mit AR, nicht aber mit Suizidwünschen und -gedanken in Verbindung stünden, müssten sie durch einen anderen Mechanismus die AR beeinflussen. Jedoch weder die höhere Aggressivität noch die geringere Lebenserfahrung von jüngeren Gefangenen sei dafür verantwortlich zu machen, sondern vielmehr die vermehrten Suizide

²²Einerseits rekrutierten sich die Probanden aus der Studentenschaft, andererseits wurden drakonische Strafen angewendet, wie die Unterbringung in einem Sarg mit nur einem kleinen Atemloch.

²³Depression, Hoffnungslosigkeit, „Reasons for Living“

im Umfeld der Selbstschädiger (siehe dazu auch Hales, Davison, Misch & Taylor, 2003). Diese würden entweder als Modell für eigenes Verhalten, also im Sinne der sozialen Lerntheorie, oder durch gemeinsame biologische Charakteristika der Verwandten wirken. Im Übrigen spricht die Arbeitsgruppe um Ivanoff in einer früheren Arbeit (Ivanoff, Smyth, Grochowsky, Jang & Klein, 1992) Selbstschädigern im Allgemeinen weniger Problemlösekompetenz zu, wobei die Defizite eher als Zustand und weniger als Eigenschaft zu verstehen seien – der Zusammenhang von Problemlösedefiziten und Suizidalität sei allerdings weit davon entfernt, verstanden zu sein.

Neuere Studien legen den Fokus ihrer Analysen hinsichtlich deprivierender Eigenschaften von Gefangenschaft immer mehr auch auf die gesamte Haftsituation und analysieren die Bedingungen auf Makroebene, im Gegensatz zu den eben erwähnten Arbeiten auf Individualniveau. Dabei fanden Leese, Thomas und Snow (2006) im Rahmen ihrer ökologischen Studie zu Raten des Gefängnissuizids und gefängnisspezifischen Umweltfaktoren die Variable „zweckmäßige Beschäftigung“ (mittels Poisson Regression) unabhängig assoziiert mit niedrigeren Suizidraten. Frühwald et al. (2002), welche die Auswirkung von Überbelegung und Änderungen der Rechtsgrundlagen hinsichtlich der Suizidraten in österreichischen Gefängnissen untersuchten, konnten die Annahme, dass stärkere Belegung die Inzidenz von Suiziden erhöht nicht bestätigen und führen einen Anstieg der Suizidzahlen auf den vermehrten Einsatz von Einzelzellen zurück.

2.6.2 Importation als Ursache für autodestruktive Reaktionen: das „deliberate self-harm syndrome“

Im Rahmen dieses Abschnittes über psychische Ursachen von AR lohnt die intensivere Betrachtung einer bestimmten Gruppe von sich schädigenden Gefangenen. Es soll hier das „deliberate self-harm syndrome“ vorgestellt werden, das in der Literatur vielfach besprochen wurde und eine bestimmte Untergruppe von Gefangenen mit AR gut zu beschreiben scheint. Es gilt hier darauf hinzuweisen, dass dieses Syndrom nur für bestimmte Untergruppen von Gefangenen mit AR Gültigkeit besitzt. Allgemeine Risi-

kofaktoren sind in Abschnitt 2.8 zu finden und sind nicht Gegenstand dieses Abschnittes.

Coid et al. (1992) identifizierten nach Clusteranalysen von weiblichen Gefangenen zwei Gruppen von AR, wovon die eine ein Syndrom konstituierte, das nach seiner Ursache als „symptom-relief mechanism“ benannt wurde. Ein Kreislaufmodell verdeutlicht den Zusammenhang (siehe Abbildung 2.8). Nachdem sich durch unangenehme Gefühle (1) ein Symptomaufbau (2) eingestellt habe, folge eine Phase der Schmerzunempfindlichkeit (3). Der Schmerz in den folgenden, wiederholten AR (4) werde deshalb nicht mehr wahrgenommen und es stelle sich nach erfolgtem SSV eine Linderung der Symptome (5) ein. In der Folge komme es zu einer Phase der Algesie (6), mit dem Resultat des erneuten Empfindens der Gefühle wie unter (1). Der Kreislauf beginne mit einer gewissen Verzögerung von vorne, wobei die Gefangenen nach dem Akt zu einem normalen Funktionsniveau zurückfinden würden (Haines, Williams, Brain & Wilson, 1995b).

Diese als „endogene“ bezeichnete Gruppe imponiere durch das klinische Bild einer Borderline bzw. Antisozialen PS und weiteren, ihr typischen Verhaltensweisen²⁴ und sei dadurch von der zweiten, eher heterogenen Gruppe der Selbstschädiger abgegrenzt. Unter letztere fielen Gefangene, die sich als Reaktion auf Ereignisse in ihrem Leben oder eine psychotische Störung selbst schädigten oder deren AR als SV zu werten sei (Coid et al., 1992; Coid, Wilkins & Coid, 1999). Als ursächlich im Zusammenhang mit den AR der ersten Gruppe, wird die affektive Instabilität der Gefangenen mit Borderline PS gesehen. Das von Coid et al. (1992) beschriebene Phänomen ähnelt in seinem klinischen Erscheinungsbild sehr dem von Pattison und Kahan (1983) beschriebenen „deliberate self-harm syndrome“, bei dem die Autoren vergeblich versuchten, eine Aufnahme als diagnostisch eigenständige Kategorie ins DSM-IV zu erreichen. Allerdings erwähnen Pattison und Kahan (1983) nicht explizit einen Zusammenhang mit einer PS. Herpertz und Saß (1994) beobachteten ähnliche Phänomene wie beim „symptom-relief mechanism“, legen jedoch besonderes Augenmerk auf die empfundenen Depersonalisations- und De-

²⁴Ort, Anzahl, Wiederholungen, Motive, Methoden und Gefühlszustände bei den AR

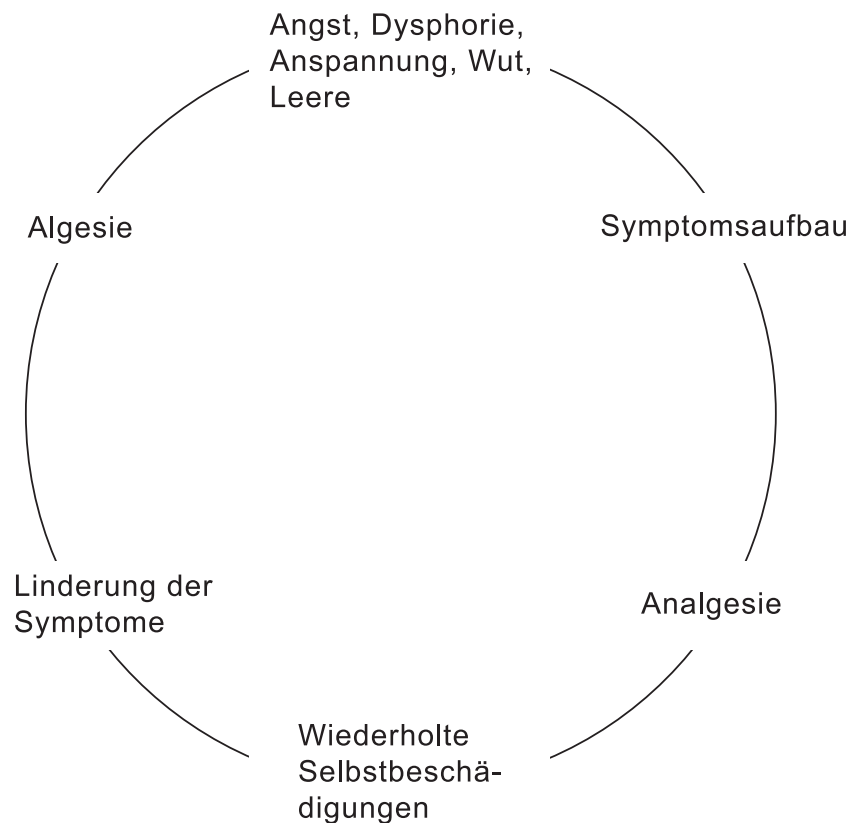


Abbildung 2.8: Der „symptom-relief mechanism“ nach Coid et al. (1992)

realisationserfahrungen der Patienten kurz vor der Schädigung. Diese gingen bis hin zu dissoziativen Erlebnisweisen und Pseudohalluzinationen. Aus nosologischer Sicht dienen die AR zur Selbststimulation und zum Spannungsabbau, aber auch dazu, Wut gegenüber anderen auszudrücken und zur Manipulation. Die spannungsreduzierende Wirkung der AR wird von Haines et al. (1995b) als Verstärker für weitere Selbstbeschädigungen gesehen.

Maden et al. (2000) bestätigen nach Untersuchung einer eigenen Stichprobe die Ergebnisse von Coid et al. (1992) und wollen dementsprechend die Gültigkeit des „deliberate self-harm syndrome“ auch für die männliche Gefangenenpopulation beanspruchen. Auch Fulwiler et al. (1997) fanden eine Subpopulation von sich offen selbst beschädigenden Gefangenen, die mit anderen Gefangenen, die einen SV unternahmen, nicht auf

einem Kontinuum der Selbstschädigung zu finden seien, sondern nosologisch distinkte Phänomene darstellten. Demnach wären zwei weitestgehend nicht überlappende Gruppen zu finden, die sich hinsichtlich der Absicht ihrer AR, ihres klinischen Bildes und ihres biografischen Hintergrundes unterschieden. Während die Autoren bei Gefangenen mit einem SV signifikant mehr affektive Störungen des Erwachsenenalters fanden, zeigte sich bei den Gefangenen mit SSV ein gemischtes Dysthymie-Angst-Syndrom mit früherem Beginn. Außerdem wird ein Zusammenhang zu einer Hyperaktivität in der Kindheit vermutet.

Die AR von weiblichen Gefangenen stünden oft im Zusammenhang mit Borderline PS, die von Männern dagegen mit dissozialer Störung. Ansonsten glichen die Männer den Frauen phänomenologisch in Hinsicht auf Wiederholungsrate, manipulativer Absicht, nicht-letalen Verletzungen und subjektiver Erfahrung. Die Ursache für die AR wird im „stimulus-seeking“ von Soziopathen gesehen, das auf der Ebene der sozialen Interaktion innerhalb des Gefängnisses nicht befriedigt werden könne. Weil die Studie unter einigen methodischen Einschränkungen leidet,²⁵ regen Fulwiler et al. (1997) weitere Untersuchungen an. Positiv hervorzuheben ist diese Arbeit, weil sie als eine der wenigen die Gruppen (SSV vs. SV) nach ihrer Suizidabsicht und nicht nach der Letalität des Versuches²⁶ oder nach der Dauer der nötigen stationären Behandlung bilden. Garvey und Spoden (1980) schließlich bestätigen durch eigene Untersuchungen andere Studien, die ebenfalls in der Gruppe der „ernsthaften“ SV²⁷ mehr Patienten mit der Diagnose einer Depression fanden. Diese Gruppe unterschied sich deutlich von einer anderen mit geringer medizinischer Letalität, manipulativem Motiv der AR und vielen Patienten mit Dissozialer PS. Weekes und Morrison (1992) wollen ebenfalls bei verschiedenen starker Suizidabsicht distinkte klinische Syndrome ausmachen,²⁸ und bedienen sich sogar der Formulierung „anti-suicidal“ im Zusammenhang mit den AR bei niedriger Sui-

²⁵Kleine Stichprobe, keine Zufallsstichprobe, kein standardisiertes diagnostisches Interview etc.

²⁶Hier wird das Wissen des Gefangenen über die Folgen meist nicht kontrolliert.

²⁷Konzipiert nach der medizinischen Letalität der AR

²⁸Die Autoren gehen nicht genauer auf die Störungen ein.

zidabsicht, wobei jedoch die Grenzen zwischen den Störungen nicht immer klar seien, was die Zuordnung für den Praktiker schwierig gestaltet. Ähnlich äußern sich Herpertz und Saß (1994), die aus Ich-psychologischer Sicht bei offenen Selbstbeschädigungen eine autoaggressive, selbstbestrafende Tendenz neben einer entlastenden, schützenden und Ich-stabilisierenden Funktion ausmachen. So könne eine „eigentümliche Verquickung destruktiver und selbsterhaltender Strebungen verständlicher werden“ (Herpertz & Saß, 1994, S. 303).

Coid et al. (2003a) bezeichnen die Frage nach Deprivation vs. Importation als Störungsursache im Bezug auf die Einzelhaft als immer noch unklar. Ebenso finden Frottier, Frühwald, Ritter und König (2001) keine eindeutige Erklärung auf die Frage, wie eine Erhöhung der Suizidraten zu erklären sei, und führen sie sowohl auf Faktoren der Importation als auch der Deprivation zurück. Eine Reihe weiterer Autoren wollen sich in dieser Frage ebenso nicht festlegen und betrachten in ihren Arbeiten beide Seiten als gleichermaßen ursächlich (Hosser, 2001; Kerkhof & Bernasco, 1990; Lindquist & Lindquist, 1997; Missoni, Utting & Konrad, 2003).

2.7 Vorhersage von autodestruktiven Reaktionen durch Screenings

Bevor die Risikofaktoren für AR im Einzelnen vorgestellt werden, bedarf es einiger allgemeiner Bemerkungen zur Vorhersage von AR mit Hilfe von Screeningmaßnahmen. Hier stellt sich zunächst das Problem der Vorhersage bei kleinen Basisraten (Battle, Battle & Tolley, 1993; Cooke & Michie, 1996; Ivanoff et al., 1996; Leenaars et al., 1997). Es sind selbst bei hoher Sensitivität diejenigen schwer zu identifizieren, die AR zeigen werden, und eine hohe (absolute) Zahl an falsch Positiven ist selbst bei hoher Spezifität nicht zu vermeiden (Jones, 1986; Kühl & Schumann, 1989; Leenaars et al., 1997). Hurley (1989) und McCleave und Latham (1998) sprechen bei der Vorhersage bei kleinen Basisraten ebenso die Notwendigkeit von Methoden mit nahezu unglaublicher Spezifität und Sen-

sitivität an. Diese nahezu unvermeidlichen Schwächen und die Angst, einen gefährdeten Gefangenen zu übersehen, führen zur so genannten „overprediction“, also zu weiteren falsch positiven Vorhersagen. Nicht allen Fällen liegt dasselbe psychische Wirkgefüge zugrunde und AR sind ein Geschehen multifaktorieller Genese, sodass nicht ein Risikoprofil des Gefangenen mit AR existieren kann (Coid et al., 1992; Kempton & Forehand, 1992; Liebling, 1995; Ruchkin, Schwab-Stone, Kopolov, Vermeiren & King, 2003). In diesem Zusammenhang fordern Hall und Gabor (2004) für das multi-dimensionale Phänomen der Suizidalität einen multi-facettierten Ansatz. Darüber hinaus gilt es zu bedenken, dass ein Screeningtool wegen mangelnder Sensitivität und Spezifität bestenfalls Aussagen ermöglicht, ob ein Gefangener ein gewisses Risiko hat, AR zu zeigen, nicht aber konkret vorhergesagt werden kann, ob er es tut oder nicht (McCleave & Latham, 1998), d.h. sie eignen sich nicht für die Individualprognose (Power & Moodie, 1997). Die hohen Zahlen an Falsch-Positiven machen jede Maßnahme, die nach einem positiven Screening vorgesehen ist, praktisch unmöglich, da gerade die Gefängnisse nur über begrenzte Ressourcen verfügen (Hopes & Shaul, 1986). Nichtsdestotrotz gilt es zu bedenken, dass jede falsch negative Vorhersage eine AR bedeutet, mit dem möglichen Ergebnis eines tödlichen Unfalls oder schließlichen Suizids.

Die Tatsache, dass ein Mehr an Risikofaktoren oder stärkerer Psychopathologie nicht auch gleichzeitig ein höheres Suizidrisiko bedeutet, sollte eine Warnung sein, wenn es darum geht, Suizidalität vorherzusagen (Daigle, 2004, fand mehr psychopathologische Auffälligkeit unter Suizidversuchen als unter den Suizidenten). Dementsprechend kann auch nicht gelten, dass, wer keine oder für eine Überschreitung eines Cutoff nicht genügend der Risikofaktoren auf sich vereint, auch kein Risiko hätte. Dieser falschen Annahme liegt der Glaube an die Existenz zweier distinkter Risikokategorien²⁹ zugrunde (Towl & Hudson, 1997). Risikofaktoren sind aber keine narrensicheren Prädiktoren, d.h. sie sollten auf keinen Fall ohne genaueres Ansehen der Person bzw. ohne (anschließende) klinische Einschätzung angewendet werden.

²⁹Risiko vs. kein Risiko

Ein anderer vielfach diskutierter Aspekt betrifft die Verwendung bzw. Erforschung von statischen³⁰ vs. dynamischen³¹ Risikofaktoren. Einige Autoren sprechen die Wichtigkeit von dynamischen Variablen an, da sie wegen der kleinen Basisraten nötig seien, um die Vorhersagegenauigkeit zu verbessern (Battle et al., 1993; Hayes, 1994; Howard, Lennings & Copeland, 2003; Ivanoff & Hayes, 2002). Inch, Rowlands und Soliman (1995) und Mills und Kroner (2005) kritisieren ebenfalls reine Screenings auf Basis von Eigenschaften³², welche die Entwicklung kritischer Zustände³³ nicht erfassen könnten bzw. Suizidalität nicht als einen Prozess begreifen würden. Deshalb genügt es auch nicht, wenn nur einmal, zum Beispiel zu Haftbeginn, das Risiko für AR erhoben wird. Vielmehr sollte es im Sinne einer andauernden Erhebung³⁴ immer wieder überprüft werden. Hier stellt sich jedoch die Frage der Machbarkeit. Gallagher und Dobrin (2005) betonen die Wichtigkeit eines frühen³⁵ und alle Personen erfassenden Screenings, da sie in Anstalten, die ihr Screening später durchführten und / oder nur Teile der Insassen dabei erfassten, signifikant mehr SV fanden.

Während statische Risikofaktoren den Nachteil haben, nicht sensitiv gegenüber Veränderungen zu sein und deshalb wenig über die aktuelle Situation eines Gefangenen auszusagen, sind dynamischen Faktoren schwierig zu erheben und eignen sich deshalb nur eingeschränkt für effektive Screeningmaßnahmen. Sollen Screeningverfahren beispielsweise auch von Justizvollzugsbediensteten angewendet werden, gilt es eben auch nur solche Variablen in einen Fragebogen aufzunehmen, die durch nicht psychopathologisch Erfahrene zu bearbeiten sind (Dahle et al., 2005). Der Vorschlag von Kerkhof und Bernasco (1990) eines tief greifenden Screenings mit den bekannten Risikofaktoren und

³⁰Historische Dispositionen, die sich nicht mit der Zeit ändern

³¹Individuell und situational in ihrer Art

³²Engl. „traits“

³³Engl. „states“, beispielsweise durch soziale Interaktion

³⁴Engl. „ongoing screening“

³⁵Innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme in die Anstalt

psychologischen Variablen,³⁶ erfordert dagegen neben mehr Zeit auch ein gewisses Maß an Fachwissen bzw. Schulung und im Idealfall auch die Möglichkeit der Supervision. Maden et al. (2000) sprechen in Anbetracht einer reinen Konzentration auf dynamische Variablen davon, dass es unsinnig sei nur die Haftsituation des Gefangenen zu betrachten und dabei das Leben des Individuums vor der Haft zu vernachlässigen.

Schließlich wird oftmals der Begriff der Vorhersage mit dem der Risikoeinschätzung gleichgesetzt. Dabei wird übersehen, dass bei Letzterem keine konkrete Vorhersage über das Eintreffen oder Ausbleiben eines Ereignisses getroffen wird, sondern lediglich die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten eines Ereignisses angegeben wird. Beck et al. (1979) unterscheiden in diesem Zusammenhang Suizidabsicht³⁷ von Suizidrisiko³⁸ und von Suizidwünschen und -gedanken³⁹. Plutchik, van Praag, Picard, Conte und Korn (1989) trennen Suizidrisiko von Suizidabsicht, wobei die Suizidabsicht bei zwei Individuen gleich sein kann, aber ihr Suizidrisiko beispielsweise aufgrund einer unterschiedlichen Umgebung oder dem Wissen über die Letalität einer Methode unterschiedlich sein kann.

2.8 Risikofaktoren für autodestruktive Reaktionen

Im Folgenden werden Risikofaktoren für AR aus internationalen Studien wiedergegeben, um einen Eindruck über die Gründe für und Bedingungen von AR in Gefangenschaft zu vermitteln. Die Aufzählung der Risikofaktoren ist sicher nicht vollständig und die Studien sind schon aus den bereits genannten Gründen oftmals nur eingeschränkt miteinander vergleichbar.

Es wurden die Datenbanken Medline, PsycINFO and PSYINDEXplus (jeweils nach

³⁶Depression, Suizidwünsche und -gedanken

³⁷Psychologisches Phänomen in Zusammenhang mit einem SV

³⁸Statistische Wahrscheinlichkeit eines SV

³⁹Ausmaß der Gedanken an / über einen Suizid

den allerersten Eintragungen) hinsichtlich relevanter Literatur über AR in Haft durchsucht. Dabei wurden die folgenden Suchbegriffe verwendet: suicide attempt, parasuicide, suicidal behaviour, suicidal gesture, self-injury (-injurious behaviour), (deliberate) self-harm, self-mutilation und custody, prison, jail, incarceration, detention (jeweils auch in deutscher und französischer Sprache).

Aus dieser Primärliteratur und den ihren dazugehörigen Literaturangaben wurden alle Berichte über empirische Studien aufgenommen, welche die folgenden Kriterien erfüllten:

1. Der Text war in englischer, deutscher oder französischer Sprache verfasst,
2. war zwischen 1962 und Dezember 2005 publiziert worden,
3. beinhaltete zu mehr als 50% Männer in der Zielstichprobe mit AR und
4. zog eine Vergleichsstichprobe von Probanden ohne AR heran.

Die Risikofaktoren wurden der Übersichtlichkeit halber in folgende Gruppen eingeteilt: soziodemografische, forensische und psychologisch-psychiatrische Risikofaktoren. Die jeweiligen Risikofaktoren sind in den Tabellen in der linken Spalte, die Autoren, die sie bestätigen, in der mittleren Spalte aufgeführt. Autoren, die keinen Unterschied zwischen Gefangenen mit AR und einer Kontrollgruppe bezüglich des Risikofaktors finden konnten oder gar ein umgekehrtes Verhältnis feststellten, sind in der rechten Spalte aufgelistet. Die Variablen werden im Hinblick auf ihre prädiktive Validität im Justizvollzug betrachtet. Des Weiteren werden methodische Probleme im Zusammenhang mit ihrer Erhebung, sowohl in der ursprünglichen Untersuchung als auch bei einem späteren Screening diskutiert.

Die Charakteristika der aufgenommenen Studien sind den Tabellen A.1 bis A.4 im Anhang zu entnehmen (ab S. 264).

2.8.1 Soziodemografische Faktoren

Soziodemografische Risikofaktoren kommen insgesamt sehr häufig unter Gefangenen vor, d.h. sie spiegeln die Gefangenenpopulation als Ganzes wider und haben deshalb nur (wenn überhaupt) in Kombination mit anderen Faktoren Vorhersagevermögen.

- **Jung:** Die Tatsache, dass besonders viele Jugendliche unter den Gefangenen mit AR zu finden sind, mag an der Komplexität dieser Entwicklungsphase liegen, wobei diese Gefahr noch einmal durch das Vorliegen einer PS, vor allem einer Antisozialen PS bzw. einer Störung des Sozialverhaltens verschärft wird (Mohino Justes et al., 2004). Zwar ist das Alter objektiv und leicht zu erheben, aufgrund der geringen Streuung der Altersverteilung im Gefängnis ist es aber im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung als Risikoprädiktor von geringer Aussagekraft.
- **Weiblich:** Ähnliches gilt auch für das Geschlecht. Wenn in einer Haftanstalt für Frauen das Risiko einer Gefangenen vorhergesagt werden soll, nützt es zur Vorhersage von AR wenig, wenn bekannt ist, dass Frauen ein erhöhtes Risiko haben. Nichtsdestotrotz trägt es zum Verständnis des Phänomens bei, auch dahingehend in Zukunft die AR von Frauen und Männern aus Haft getrennt zu analysieren (Farmer et al., 1996). Interessanterweise wurden die meisten Studien in Frauengefängnissen durchgeführt, obwohl der Frauenanteil der insgesamt Inhaftierten sehr gering ist (Fulwiler et al., 1997).
- **Single:** Hier kommt es drauf an, ob auch geschiedene und unverheiratete Gefangene, die aber in einer Partnerschaft leben, gemeint sind – es gibt Studien, in denen die Operationalisierung diesbezüglich inkonsequent ist, was das Erklärungspotential des Faktors limitiert.
- **Obdachlos:** Die Tatsache, dass Obdachlose vermehrt zu AR neigen, wirft ein deutliches Licht auf die Biografie und den Zustand dieser Population (Ivanoff, 1992). Jedoch ist das prädiktive Potential dieses Risikofaktors wegen des häufigen Vorkommens unter den Gefangenen stark eingeschränkt.

Tabelle 2.1: Soziodemografische Risikofaktoren

Risikofaktor	Bestätigung durch	Widerspruch bei
Jung	Beigel und Russel (1972), Ivanoff et al. (1996), Kerhof und Bernasco (1990), Liebling und Krarup (1993), Meltzer et al. (2003), Schaller et al. (1996)	Allen (1969), Goss et al. (2002), Howard et al. (2003), Inch et al. (1995), Ireland (2000), Ivanoff (1992), Jones (1986), Lawlor und Kosky (1992), Mohino Justes et al. (2004), Rohde et al. (1997b)
Weiblich	Farmer et al. (1996), Goss et al. (2002), Miller et al. (1982)	Beigel und Russel (1972), Blaauw et al. (2001b), Howard et al. (2003), Jones (1986), Lawlor und Kosky (1992)
Single	Farmer et al. (1996), Meltzer et al. (2003)	Claghorn und Beto (1967)
Obdachlos	Ivanoff (1992)	
Geringere Bildung	Holley et al. (1995)	Howard et al. (2003), Ivanoff (1992), Mohino Justes et al. (2004), Tacke et al. (1975)
Kaukasier	Maden et al. (2000), Kerhof und Bernasco (1990)	
Kein Immigrant	Meltzer et al. (2003)	Kerhof und Bernasco (1990)

- **Geringe Bildung:** Die geringere Schulbildung unter den Gefangenen mit AR erscheint durch die ebenfalls häufig anzutreffende Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) mitbedingt (Retz et al., 2004) und ist darüber hinaus, wie die meisten anderen soziodemografischen Risikofaktoren, ebenso relativ unspezifisch für Gefangenenpopulationen (Johansson, Kerr & Andershed, 2005).
- **Kaukasier:** Zu einer Minorität in der Allgemeinbevölkerung zu gehören und dabei zu einer Majorität in Haft, deren Protektion man genießt, wird von einigen Autoren als Schutzfaktor gegenüber AR gewertet (Allen, 1969; Haycock, 1989b; Hosser, 2001; Johnson, 1978). Darüber hinaus wurde postuliert (Haycock, 1989b; Suspancic, 1987), dass sich Gefangene afro-karibianischer Ethnizität (oder, nach Kerkhof & Bernasco, 1990, Immigranten aus Surinam im Falle der Niederlande) aufgrund ihrer Vorerfahrungen in ghettoisiertem Lebensumfeld besser an die Bedingungen der Haft anpassen könnten.
- **Kein Immigrant:** Verständigungsprobleme können zu einer zusätzlichen Isolation des Gefangenen beitragen (Laubenthal, 1998) bzw. die Anpassung an die Haft durch eine andere Herkunft zusätzlich erschweren, was die vermehrten AR unter Ausländern erklären könnte (Marasco, Cocco, Pinacchio & De Pascalis, 1995). Darüber hinaus lastet die Furcht vor Abschiebung auf vielen Gefangenen ohne dauerhafte Aufenthaltsgenehmigung (Kerkhof & Bernasco, 1990). Es ist aber auch zu befürchten, dass der größere Anteil an einheimischen Gefangenen unter den Personen mit AR auf ein Artefakt der Meldung zurückzuführen ist (Milligan & Andrews, 2005), weil ihr Verhalten öfter gemeldet wird oder sie es selbst öfter melden. Des Weiteren werden Gefangene, welche die jeweilige Landessprache nicht sprechen, systematisch von der Untersuchung ausgeschlossen. Im Übrigen ist auch zu befürchten, dass einheimische Gefangene mit einer positiveren Reaktion seitens des Personals rechnen können, was als Verstärker für AR dienen kann (Haycock, 1989b).

Tabelle 2.2: Forensische Risikofaktoren

Risikofaktor	Bestätigung durch	Widerspruch bei
Untersuchungshaft	Liebling und Krarup (1993), Meltzer et al. (2003), Sloane (1973)	Howard et al. (2003), Inch et al. (1995), Ireland (2000), Mohino Justes et al. (2004)
frisch inhaftiert	Beigel und Russel (1972), Farmer et al. (1996), Ireland (2000), Kerkhof und Bernasco (1990), Liebling und Krarup (1993)	Goss et al. (2002), Lawlor und Kosky (1992)
Gewalt- oder Schwerverbrechen	Beigel und Russel (1972), Holley et al. (1995), Jones (1986), Kerkhof und Bernasco (1990), Lawlor und Kosky (1992), Maden et al. (2000), Matsu-moto et al. (2005), Sloane (1973)	Blaauw et al. (2001b), Claghorn und Beto (1967), Goss et al. (2002), Haines et al. (1995a), Howard et al. (2003), Ivanoff (1992), Liebling und Krarup (1993), Penn et al. (2003), Rohde et al. (1997a)
Hafterschaft	Beigel und Russel (1972), Griffiths (1990)	Blaauw et al. (2001b), Inch et al. (1995), Rohde et al. (1997a)
Auffälligkeiten im Haftverlauf und Disziplinverstöße	Chowanec et al. (1991), Goss et al. (2002), Jones (1986), Lawlor und Kosky (1992), Mohino Justes et al. (2004), Panton (1962), Sloane (1973), Virkunen (1976)	
Unterbringung in besonders gesichertem Haftraum / Isolationshaft	Jones (1986), Liebling und Krarup (1993), Meltzer et al. (2003)	
Bedrohung / Belästigung durch Mitgefangene	Blaauw et al. (2001b), Dear et al. (2001b), Ireland (2002), Meltzer et al. (2003)	

2.8.2 Forensische Faktoren

- Untersuchungshaft / frisch inhaftiert: Besonders die frühe Haftphase scheint ein riskanter Zeitraum zu sein, was das vermehrte Auftreten von AR betrifft, wobei hier besonders die Art der Haft⁴⁰ von Interesse ist. Es wurde vielfach eine erhöhte psychische Belastung gerade in der ersten Haftphase gefunden, was auch die vermehrten Schädigungen zu diesem Haftzeitpunkt erklären könnte (Harding & Zimmermann, 1989). Die hohe Zahl an AR in Untersuchungshaft wäre dann auf die höhere Durchlauftrate, die noch nicht abgeschlossene Diversion (Blaauw, Roesch & Kerkhof, 2000), den Inhaftierungsschock (Cookson, 1977; Smyth et al., 1994), mögliche Entzugserscheinungen (Kerkhof & Bernasco, 1990; Ohle, 1993) und das hohe Maß an Zukunftsunsicherheit dieser Haftphase zurückzuführen (Hayes, 1994). Ireland (2000) beschreibt die Beziehung zwischen AR und Haftstatus zumindest jedoch als unklar, da vielfach die Stichproben nicht genau beschrieben worden seien.
- Angeklagt / verurteilt wegen eines Gewalt- oder Schwerverbrechens: Im Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko bei Gewaltverbrechern wird die Hypothese einer Aggressionsumkehr diskutiert (Blocher, Henkel, Ziegler & Rösler, 2001; Dittmann & Reimer, 1991; Tacke et al., 1975). Es scheint sich trotz der Widersprüchlichkeit der Ergebnisse anzudeuten, dass sich Gewalt gegen andere und Gewalt gegen sich selbst nicht gegenseitig ausschließen (Engström, Persson & Levander, 1999; Hillbrand, 1995; Marttunen, Aro, Henriksson & Lönnqvist, 1994). Im Übrigen können AR auch als ein aggressiver Akt gegen die Inhaftierung und das Gefängnis gesehen werden, bei dem ein Psychopath, in all seiner Rücksichtslosigkeit gegen sich selbst und andere, seinen Körper als letztes mögliches Instrument einsetzt (Crawford, 1977). Bei sexuellen Delikten ist als Ursache für mehr AR neben einer erhöhten Straferwartung (Kerkhof & Bernasco, 1990) auch an Repressalien und Viktimisierung durch Mitgefangene (Birmingham, 2003; Blaauw et al., 2001b) oder Scham- und Schuldgefühle wegen des Deliktes zu denken (Hayes,

⁴⁰Untersuchungshaft vs. Strafhaft

1994). Es herrscht keine Einigkeit darüber, was unter dem Begriff „Gewaltdelikt“ zu subsumieren ist, ob also beispielsweise auch Gewalt gegen Sachen (zum Beispiel Holley et al., 1995) oder „dangerous driving“ (zum Beispiel Lawlor & Kosky, 1992) unter diese Kategorie fallen oder nur Straftaten wie Mord, Totschlag und Vergewaltigungen (zum Beispiel Beigel & Russel, 1972; Blaauw et al., 2001b; Kerkhof & Bernasco, 1990), was Vergleiche erschwert. Darüber hinaus beginnen die Definitionen des Begriffs „Gewaltdelikt“ meist mit den Worten „...such as...“, was mehr an eine exemplarische Auflistung, als an eine umfassende und erschöpfende Nennung denken lässt. Es unterscheiden sich des Weiteren die Namen und gesetzlichen Bestimmungen für einzelne Delikte zwischen verschiedenen Ländern graduell, was unausweichlich zu Unterschieden hinsichtlich der Variable „Gewaltdelikt“ führt. Viele der Studien machen keinerlei Angaben, was sie unter diesem Begriff erfasst haben (zum Beispiel Howard et al., 2003; Ivanoff, 1992; Matsumoto et al., 2005; Penn et al., 2003; Rohde et al., 1997a; Sloane, 1973).

- **Hafterfahrung:** Einerseits wird Hafterfahrung als Risikofaktor diskutiert, weil der Gefangene ein erneutes Scheitern erlebt und eine erneute Inhaftierung vermeiden möchte (Beigel & Russel, 1972). Griffiths (1990) dagegen führt den Zusammenhang zwischen vermehrten AR und früheren Inhaftierungen auf mehr psychische Störungen, soziale Anpassungsstörungen und Suchttendenzen unter diesen Gefangenen zurück. Andererseits kann die Vertrautheit mit den Abläufen auch als Schutzfaktor dienen (Dahle & Steller, 1990). Aus methodologischer Perspektive ist wichtig, wie die Daten über angebliche frühere Inhaftierungen gewonnen wurden, da Selbstauskünfte besonders in diesem Zusammenhang von zweifelhafter Reliabilität sein können.
- **Auffälligkeiten im Haftverlauf und Disziplinverstöße:** Ein erster Faktor, bei dem die Lage der Ergebnisse sehr eindeutig ist, ist die Anzahl der meldepflichtigen Vorfälle bzw. Disziplinverstöße, in die der Gefangene verwickelt ist. Es scheint so, als handele es sich bei den Gefangenen mit AR um eine Gruppe insgesamt auffälliger Gefangener, die gegen sich und andere Personen bzw. Gegenstände ag-

gressiv vorgehen (Jones, 1986). Es gilt jedoch dieses Ergebnis insofern vorsichtig zu interpretieren, als die Gefahr besteht, die Vorfälle von AR selbst mit unter die meldepflichtigen Vorfälle zu zählen, wenn die Disziplinverstöße einfach über die Anzahl der Meldungen erhoben werden. Eine qualitative Auswertung dieser Meldungen könnte ein solches Artefakt verhindern.

- Unterbringung in besonders gesichertem Haftraum / Isolationshaft: Auch die vermehrte Anordnung der Unterbringungen in einem besonders gesicherten Haftraum (bgH) ist ein Indikator für die Gefangenen mit AR als „schwierige Gefangene“. Da diese Unterbringung oder auch eine Meldung eine Reaktion auf den aktuellen Versuch sein können,⁴¹ muss dieses Ergebnis allerdings vorsichtig interpretiert werden. Die Unterbringung in Einzelhaft, also Isolation, wird aber nicht nur als Reaktion, sondern auch als Ursache für AR gesehen. Ätiologisch wird in Zusammenhang mit vermehrten AR bei Gefangenen in Isolation die Reizdeprivation (Volkart, 1983), vor allem bei „acting out“ PS⁴², diskutiert (Carr, 1977; Grassian & Friedman, 1986; Herpertz & Saß, 1994; Virkkunen, 1976). Neben der Reiz- wird auch die soziale Deprivation für die Fälle von AR verantwortlich gemacht (Edelson, 1984; Jones, 1986; McCleave & Latham, 1998; Power, McElroy & Swanson, 1997). Deshalb nennt Toch (1975) die Isolation eines Gefangenen einen Test für seine Copingfähigkeiten, weil die normalen Copingressourcen eingeschränkt würden (siehe auch Johnson, 1978). Isolation als Antwort auf AR ist also kritisch zu sehen (Bonner, 2000). Bell (1999) fand bis dato keine empirischen Untersuchungen darüber, wie pathogen oder hilfreich der Einsatz dieses Mittels bei der Suizidprävention sei. Dieser Risikofaktor deutet, wie der davor genannte, auf die Gefangenen mit AR als eine Population hin, die in vielfacher Weise auffällig ist (Coid et al., 2003a).
- Bedrohung / Belästigung durch Mitgefangene: Selbstschädigende Gefangene scheinen aber nicht nur besonders auffällig in ihrem Haftverhalten zu sein, sondern auch durch ihre Mitgefangenen vermehrt viktimisiert zu werden. Die Bedrohungen und

⁴¹Was im deutschen Justizvollzug eine standardisierte Vorgehensweise ist

⁴²DSM-IV Cluster B

Belästigungen können sexueller / körperlicher oder auch verbaler Natur sein. Auch hier ist bei der Interpretation der Ergebnisse Vorsicht geboten, da die Belästigungen nicht nur Ursache der AR, sondern auch eine Folge Letztgenannter sein können (Birmingham, 2003; Blaauw et al., 2001b), da ein „schwacher Gefangener“ stärker in Gefahr ist, durch die Mitgefangenen belästigt zu werden. Im Übrigen gibt es unterschiedliche Auffassungen dazu, was unter dem Begriff Belästigung⁴³ zu subsumieren ist, was die Vergleichbarkeit der Studien einschränkt (Ireland, 2002). Auch die wissenschaftliche Erfassung dieses Phänomens erscheint schwierig, da bei offiziellen Aufzeichnungen durch die Anstalt viele Fälle übersehen werden und bei Selbstauskünften die Opfer es oftmals vermeiden, ihre Erfahrungen preiszugeben (Kupers, 1996; Viljoen, O'Neill & Sidhu, 2005). Insgesamt scheinen Belästigungen vor allem ein Problem unter jugendlichen Gefangenen zu sein (Livingston, 1997).

2.8.3 Psychologische und psychiatrische Faktoren

Auch unter den psychologisch-psychiatrischen Risikofaktoren gilt es eine Reihe von methodischen Aspekten zu diskutieren, die sich auf das Zustandekommen der Daten auswirken. So sind die Fragen, ob eine standardisierte Diagnostik durchgeführt wurde (Herrman, McGorry, Mills & Singh, 1991; Timmerman & Emmelkamp, 2001), welches Diagnosemanual angelegt wurde (Blaauw et al., 2000; Fraedrich & Pfaefflin, 2000), ob nur die primäre oder auch andere Diagnosen angegeben wurden (Timmerman & Emmelkamp, 2001), welcher Beobachtungszeitraum⁴⁴ gewählt wurde oder auch auf welche Quellen bei der Diagnostik zurückgegriffen wurde⁴⁵ bei der Bewertung der Daten von Bedeutung. Die daraus entstehende Varianz der Ergebnisse wird bei einem Blick auf die Tabellen 2.5 und 2.6 deutlich.

Bei der Suche nach ätiologischen Zusammenhängen gilt es, das Problem der künst-

⁴³Engl. „bullying“

⁴⁴Beispielsweise Lebenszeit- vs. Ein-Monats-Prävalenz (Blaauw et al., 2000)

⁴⁵Die Datenqualität der Akten scheint relativ schlecht zu sein (Missoni et al., 2003; Mitchinson, Renvoize & Schweiger, 1994; Morgan & Hawton, 2004).

Tabelle 2.3: Psychologisch-psychiatrische Risikofaktoren

Risikofaktor	Bestätigung durch	Widerspruch bei
Psychische Störung (allgemein)	Farmer et al. (1996), Goss et al. (2002), Griffiths (1990), Holley et al. (1995), Maden et al. (2000), Meltzer et al. (2003), Ruchkin et al. (2003), Tacke et al. (1975)	
Vorgeschichte an psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung	Blaauw et al. (2001b), Dear et al. (2001b), Ivanoff (1992), Lawlor und Kosky (1992), Meltzer et al. (2003), Schaller et al. (1996)	Penn et al. (2003)
Selbstschädigendes Verhalten im Vorfeld	Dear et al. (2001b), Farmer et al. (1996), Inch et al. (1995), Jones (1986), Liebling und Krarup (1993), Schaller et al. (1996)	
Suizidversuche im Vorfeld	Beigel und Russel (1972), Dear et al. (2001b), Haines et al. (1995a), Hopes und Shaul (1986), Jones (1986), Lawlor und Kosky (1992), Matsumoto et al. (2005), Penn et al. (2003), Tacke et al. (1975)	
AR von Personen des Umfeldes	Blaauw et al. (2002), Inch et al. (1995), Ivanoff (1992), Rohde et al. (1997b)	Penn et al. (2003)
Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol	Brooke et al. (2000), Dear et al. (2001b), Farmer et al. (1996), Kerkhof und Bernasco (1990), Maden et al. (2000), Meltzer et al. (2003), Mohino Justes et al. (2004), Sloane (1973), Tacke et al. (1975)	Haines et al. (1995a), Inch et al. (1995), Ivanoff (1992), Lawlor und Kosky (1992), Penn et al. (2003), Schaller et al. (1996), Virkkunen (1976)
Abhängigkeit und Missbrauch von anderen psychotropen Substanzen	Brooke et al. (2000), Claghorn und Beto (1967), Dear et al. (2001b), Farmer et al. (1996), Goss et al. (2002), Griffiths (1990), Hopes und Shaul (1986), Howard et al. (2003), Ivanoff (1992), Kerkhof und Bernasco (1990), Matsumoto et al. (2005), Miller et al. (1982), Penn et al. (2003), Sanislow et al. (2003), Schaller et al. (1996), Tacke et al. (1975), Virkkunen (1976)	Blaauw et al. (2001b), Eidin et al. (2002), Haines et al. (1995a), Holley et al. (1995), Inch et al. (1995), Kemp-ton und Forehand (1992), Lawlor und Kosky (1992), Maden et al. (2000), Meltzer et al. (2003), Mohino Justes et al. (2004), Morgan und Hawton (2004), Rohde et al. (1997b)

Tabelle 2.4: Psychologisch-psychiatrische Risikofaktoren (Forts.)

Risikofaktor	Bestätigung durch	Widerspruch bei
Persönlichkeitsstörung (allgemein)	Holley et al. (1995), Maden et al. (2000), Meltzer et al. (2003), Mohino Justes et al. (2004) Panton (1962)	
Borderline PS	Haines et al. (1995a), Mohino Justes et al. (2004), Rohde et al. (1997a)	
Antisoziale PS	Mohino Justes et al. (2004), Verona et al. (2001)	Haines et al. (1995a), Haycock (1989a)
Psychopathy ^a	Verona et al. (2001) ^b	Gray et al. (2003)
Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit	Rohde et al. (1997a)	Kempton und Forehand (1992), Vitelli (1996)
ADHS ^c	Miller et al. (1982)	Young et al. (2003)
Sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlungen in der Kindheit	Blaauw et al. (2002), Dear et al. (2001b), Esposito und Clum (2002) ^d , Lawlor und Kosky (1992) ^e , Lieblich und Krarup (1993), Matsumoto et al. (2005) ^e , Meltzer et al. (2003), Mohino Justes et al. (2004), Morgan und Hawton (2004) ^d	
Life events	Blaauw et al. (2002), Kerkhof und Bernasco (1990), Rohde et al. (1997b)	
Depressive Störung	Biggam und Power (1999a), Dear et al. (2001b), Eidhin et al. (2002), Haines et al. (1995a), Holden und Kroner (2003), Holley et al. (1995), Inch et al. (1995), Ivanoff et al. (1996), Kempton und Forehand (1992), Miller et al. (1982), Mohino Justes et al. (2004), Penn et al. (2003), Rohde et al. (1997b), Ruchkin et al. (2003), Shea (1993)	Panton (1962)
Hoffnungslosigkeit	Biggam und Power (1999a), Dear et al. (2001b), Eidhin et al. (2002), Esposito und Clum (1999), Gray et al. (2003), Holden und Kroner (2003), Hopes und Shauli (1986), Inch et al. (1995), Ivanoff et al. (1996)	Kempton und Forehand (1992), Ruchkin et al. (2003), Sanslow et al. (2003)

^aP psychopathy wurde mittels PCL-R (Hare, 1991) erhoben.^bNur der Faktor 1 der PCL-R war ein Prädiktor suizidalen Verhaltens.^cDie Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung wurde nur im Falle von Young et al. (2003) gemäß DSM-Kriterien erhoben.^dNur sexueller Missbrauch konnte als Risikofaktor ermittelt werden, keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich körperlicher Misshandlungen.^eNur körperliche Misshandlungen konnten als Risikofaktor ermittelt werden, keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich sexuellem Missbrauch.

lichen Komorbidität⁴⁶ zu bedenken (Koehler, 2004). Durch dieses Phänomen und die ohnehin hohe Komorbidität mancher Störungen⁴⁷ wird das erklärende Potential der einzelnen Störung gemindert, weil nicht gesagt werden kann, welche Störung in ursächlichem Zusammenhang mit der AR steht. Außerdem stellt sich das Problem qualitativ unterschiedlicher klinischer Bilder bei ein und derselben Diagnose. So erfüllt zum Beispiel Patient A die ersten fünf Kriterien einer Störung und Patient B die zweiten fünf – trotzdem erhalten beide dieselbe Diagnose. Wegen teilweise willkürlicher Cutoffs,⁴⁸ sind kontinuierliche Ansätze kategorialen vorzuziehen⁴⁹ (Crichton, 1997; Muehlenkamp & Gutierrez, 2004). Diese Forderung nach dimensionaler Erfassung der Störungen trifft auch auf die PS (Rotter, Way, Steinbacher, Sawyer & Smith, 2002; Ullrich & Marneros, 2004) und auf die Psychopathy zu, bei der noch nicht geklärt ist, ob es sich um eine eigene nosologische Entität handelt (Ullrich & Marneros, 2004). Die Tatsache, dass die Prävalenz psychischer Störungen in Haft wesentlich höher ist als in der Allgemeinbevölkerung (Birmingham, 2003; Blaauw et al., 2000; Brooke, Taylor, Gunn & Maden, 1996; Cooper & Berwick, 2001; Teplin, Abran, McClelland, Dulcan & Mericle, 2002; Ulzen & Hamilton, 1998), schränkt bei einer Vielzahl der Störungen die prädiktive Validität hinsichtlich AR ein. Bei Gefangenen mit AR scheint es sich jedoch insgesamt um eine Subpopulation zu handeln, die besonders oft an psychischen Störungen leidet.

Um einen Eindruck von der psychiatrischen Morbidität der Gefangenenpopulation zu bekommen, werden im Folgenden zumeist internationale Arbeiten über die Prävalenz psychischer Störungen mit ihren Zahlen vorgestellt. Tabelle 2.5 enthält die Angaben aus Studien über Erwachsene und Tabelle 2.6 die über Kinder und Jugendliche in Haft. Dabei seien die Arbeiten von Missoni et al. (2003) für den Erwachsenenvollzug und die von Koehler (2004) für den Jugendvollzug hervorgehoben, da sie die Prävalenz psychischer

⁴⁶Also zweier Störungen mit ähnlichen diagnostischen Kriterien

⁴⁷Zum Beispiel Antisoziale PS and Substanzmissbrauch (Skodol, Oldham & Gallaher, 1999) oder auch Störung des Sozialverhaltens und affektive Störungen (Pliszka, Sherman, Barrow & Irick, 2000)

⁴⁸Engl. „artificial dichotomy“

⁴⁹Zum Beispiel das BDI der Diagnose einer depressive Störung nach DSM-IV

Störungen in deutschen JVAen erhoben haben und deshalb von besonderem Interesse sind.

- Psychotherapie und psychiatrische Behandlung in der Vorgeschichte: Viele Selbstschädiger haben eine Vorgeschichte mit psychologischer oder psychiatrischer Behandlung, was als Gradmesser psychischer Störungen auf Lebenszeit interpretiert werden könnte. Allerdings kann nicht zweifelsfrei geklärt werden, ob sich die vulnerablen Selbstschädiger nur öfter an Einrichtungen gewendet haben oder sich nun eher erinnern bzw. sich in ihrer schlechten Lage leichter diese Behandlung eingestehen. Deshalb ist von einem Dunkelfeld bei einer Vergleichsgruppe auszugehen. Außerdem werden durch diese Variable keine unbehandelten Störungen erfasst, weshalb sie als Gradmesser der psychischen Morbidität keine verlässlichen Ergebnisse liefert.
- Frühere AR: Hinsichtlich früherem SSV bzw. früheren SV entsteht ein sehr eindeutiges Bild der Lage der Ergebnisse. Neben den bereits angesprochenen Schwierigkeiten bei der Operationalisierung und Definition von AR ist hier der Beobachtungszeitraum von besonderem Interesse, ob also nur AR aus der aktuellen Haftzeit, anderen Haftzeiten oder auch aus der Zeit der Freiheit mit betrachtet werden. Früheres SSV scheint bei einer Gruppe der Gefangenen Teil einer Störung zu sein im Sinne eines „deliberate self-harm syndrome“ (siehe S. 31; Pattison & Kahan, 1983) mit eigenem klinischen Bild (Wilkins & Coid, 1991) und einem erlebten Spannungsabbau (Haines et al., 1995b; Snow, 2002). Jenkins et al. (2005) fanden bei 27.0% der männlichen Gefangenen in Untersuchungshaft und bei 20.1% der Strafer einen SV bezogen auf die bisherige Lebensspanne, im Vergleich zu 3.6% der männlichen Allgemeinbevölkerung. Obwohl Vergleiche der Suizidversuchsraten von Gefangenen mit denen aus der Allgemeinbevölkerung vorsichtig zu interpretieren sind, vermitteln diese Zahlen einen bemerkenswerten Eindruck des Problems.
- AR von anderen: Die AR von Personen aus dem Umfeld scheinen sich, im Sinne eines Modellcharakters, auf eine Erhöhung der AR-Rate auszuwirken (Hales et al.,

Tabelle 2.5: Prävalenz psychischer Störungen in Haft (Erwachsene)

Autor	Land	Population	N	Erhebungsinstrumente Klassifikationssystem	Diagnose gestellt ^f	Psychosen	Affektive Störung ^g	Persönlich- keitsstörung	Alkoholab- hängigkeit	Substanzab- hängigkeit
Birmingham et al. (1996)	GB	Untersuchungs- gefangene Männer	569	Semistr. Interview; <i>SADS-L</i> ; <i>CAGE</i> / ICD-10 & DSM-IV	62%	4%	5%	7%	32% ^k	33% ^k
Gunn et al. (1991)	GB	Strafgefangene Männer	1769	Semistr. Interview; / ICD-9	38%	2%	0%	10%	12%	12%
Smith et al. (1996)	IE	Untersuchungs- Strafgefangene Männer	235	<i>BPRS</i> / DSM-III-R	58%	4%	2%	—	27%	20%
Andersen et al. (1996)	DK	Untersuchungs- gefangene	228	Semistr. Interview; <i>PSE-10</i> ; <i>PCL-R</i> ; <i>GAS</i> / ICD-10	64%	7%	10%	17% ^h	11%	44% ^{l,m}
Missoni et al. (2003)	DE	Untersuchungs- gefangene Männer	107	Aktenauswertung; <i>DIA-X</i> ; / ICD-10	74%	6%	6%	6%	43%	19%
von Schoen- feld et al. (2006)	DE	Untersuchungs- Strafgefangene Männer	76	<i>SKID-I</i> ; <i>SKID-II</i> ; <i>SCL-90-R</i> ; <i>ASGS</i> / DSM-IV	82%	4%	12%	43%	64%	72% ^m
Moeller und Hell (2003)	CH	Strafgefangene Männer	102	<i>SKID-I</i> ; <i>PCL-R</i> ; / DSM-IV	91%	—	28%	16% ⁱ	—	65%
Chiles et al. (1990)	US	Strafgefangene Männer (> 2 Jahre)	109	<i>DIS</i> / DSM-III-R	88%	7%	49%	44% ^h	66%	61%
Bland et al. (1998)	CA	Strafgefangene Männer (< 2 Jahre)	180	<i>DIS</i> ; <i>GHQ</i> / DSM-III	77%	2%	21%	48% ^h	51%	24%
Holley et al. (1995)	CA	Untersuchungs- gefangene	1151	<i>SKID-I</i> & <i>II</i> ; <i>PCL-R</i> / DSM- III-R	61%	1%	4%	6%	—	47% ^m
Herrman et al. (1991)	AU	Strafgefangene	189	<i>SKID-I</i> / DSM-III-R	82%	3%	12%	—	38%	52%
Brinded et al. (2001)	NZ	Untersuchungs- Strafgefangene Männer	405 / 592	<i>CIDI-A</i> ; <i>PDQ 4+</i> / DSM-IV	—	3% / 2%	12% / 7%	5% / 5% ⁱ	4% / 1%	6% / 2%

^fAngaben gerundet^gBei Klassifikationen nach ICD-9 wurden affektive Psychosen unter affektiven Störungen diagnostiziert.^hNur Antisoziale PersönlichkeitsstörungⁱNur Psychopathie (Cut-off der *PCL-R* > 25 Punkte)^jNur Zwanghafte Persönlichkeitsstörung^kDie Daten hinsichtlich der Substanzstörungen sind der Publikation von Mason et al. (1997) entnommen.^lOhne Cannabinoid^mmit Alkohol

Tabelle 2.6: Prävalenz psychischer Störungen in Haft (Kinder / Jugendliche)

Autor	Land	Population	N	Erhebungsinstrumente Klassifikationssystem	Diagnose gestellt ^m	Psychosen	Affektive Störung	Persönlich- keitsstörung	Alkoholab- hängigkeit	Substanzab- hängigkeit
Brooke et al. (1996)	GB	Untersuchungsfangene Männer & männliche Jugendliche	750	Semistr. Interview; SADS-L / ICD-10	63%	5%	10%	11%	—	38% ^p
Dimond und Misch (2002)	GB	Untersuchungsfangene männliche Jugendliche (15-16)	19	K-SADS-PL / DSM-IV	95%	—	32%	95% ⁿ	—	32% ^p
Gosden et al. (2003)	DK	Untersuchungsfangene männliche Jugendliche (15-17)	100	PSE-10; K-SADS-PL; SKID-II / ICD-10 bzw. DSM-IV	69%	4%	2%	36% ^o	7%	41% ^p
Koehler (2004)	DE	Strafgefängene männliche Jugendliche (14-21) einer JSA	149	SKID I + II; PCL-SV / DSM-IV	77%	3%	9%	81% ⁿ	21%	7-54% ^q
McMannus et al. (1984a)	US	Delinquente männl. Jugendliche (14-18) einer Erziehungsanstalt	40	SADS / DSM-III	100%	8%	33%	55%	18%	63% ^p
Piszka et al. (2000)	US	Strafgefängene Jugendliche (11-17)	50	DISC / DSM-IV	74%	—	42%	60% ⁿ	28%	60%
Tepin et al. (2002)	US	Strafgefängene männliche Jugendliche (10-18)	1170	DISC / DSM-III-R	66%	1%	19%	38% ⁿ	26%	47%
Uzen und Hamilton (1998)	CA	Strafgefängene männliche Jugendliche (13-17)	38	DICAR / DSM-III-R	86%	—	18%	32% ⁿ	32%	—

^mAngaben gerundetⁿNur Störung des Sozialverhaltens^o„Probable personality disorder“^pMit Alkohol^qJe nach Substanz

2003). Tatsächlich wird immer wieder von epidemieartigen und vielfachen Vorfällen von AR bei unterschiedlichen Gefangenen einer Anstalt in einem kurzen Zeitraum berichtet. Die Mehrzahl dieser AR ist im Sinne von Riten einer Kleingruppe zu verstehen, welche die Gruppenkohäsion stärken (Taiminen, Kallio-Soukainen, Nokso-Koivisto, Kaljonen & Helenius, 1998), als Initiationsritus oder als „Mutprobe“ dienen sollen. Andererseits ist bei seltenen (statistischen) Zufallsereignissen von Clusterungen auszugehen (Cooke & Michie, 1996). Nur selten erfolgt eine Analyse, ob die Clusterung überzufällig viele Fälle beinhaltet. Darüber hinaus wird bedauerlicherweise nicht immer zwischen den AR von beispielsweise Verwandten vor der Haft und denen von Mitgefangenen unterschieden. Außerdem variiert der Betrachtungszeitraum stark.

- Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit: Zunächst stellt sich hier die Frage, welche Kriterien bei der Diagnosestellung angewendet wurden.⁵⁰ Außerdem scheint Alkohol nicht mehr die typische Gefängnisdroge zu sein, im Gegensatz zu Opioiden bzw. Halluzinogenen, was die Bedeutung dieses Risikofaktors insgesamt betrachtet geringer werden lässt. Morgan und Hawton (2004) sahen eine bimodale Verteilung hinsichtlich des Risikofaktors Alkohol.⁵¹
- Missbrauch und Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen: Im Hinblick auf den Missbrauch bzw. die Abhängigkeit von Substanzen ergibt sich ein sehr widersprüchliches Bild, wobei vielfach keine klare Abgrenzung zwischen Missbrauch und Abhängigkeit oder auch zwischen den Substanzen selbst gemacht wurde. Gerade die Unterscheidung in eher sedierende und aktivierende Substanzgruppen wäre bei einer Analyse der Gefährlichkeit eines Stoffes im Hinblick auf vermehrte AR von Interesse. So werden Cannabinoide und Opioide auch als hemmend im Zusammenhang mit AR diskutiert (Howard et al., 2003) und der Konsum verschiedener Substanzen wird teilweise als Versuch des Coping bzw. Entfliehens aus der Realität gesehen (Boys et al., 2002; Cope, 2003; Rohde et al., 1997a; Penn et al., 2003).

⁵⁰Missbrauch vs. Abhängigkeit, gegenwärtig vs. Lebenszeit

⁵¹Trinker und Abstinenzler waren häufiger unter den Gefangenen mit AR.

Jenkins et al. (2005) fanden eine Kombination aus Antisozialer PS und Cannabismisbrauch als Schutzfaktor gegenüber aktuellen SV. Fraedrich und Pfaefflin (2000) konnten dagegen eine Opiatabhängigkeit als (von Depression) unabhängigen Risikofaktor für einen SV nachweisen. Ätiologisch wurde eine Erhöhung der Impulsivität durch den Substanzmissbrauch diskutiert (Putnins, 1995). Im Übrigen scheinen Substanzstörungen ganz allgemein ein Marker der Vulnerabilität zu sein, der im Zusammenhang mit einer Vielzahl anderer Störungen und Probleme steht und einen stark komorbid gestörten Gefangenen ausweist (Brooke et al., 2000). Das bereits erwähnte Problem großer Diskrepanzen zwischen den Angaben aus Akten und Selbstangaben ist in Bezug auf das Ausmaß an Drogenkonsum wegen suchtspezifischer Leugnungstendenzen unter Umständen sehr groß (Missoni et al., 2003).

- Persönlichkeitsstörungen: Werden PS nicht im Einzelnen sondern in ihrer Gesamtheit betrachtet, so scheinen sie einen Risikofaktor darzustellen. Besonders trifft dies noch einmal auf die Störungen des Cluster B zu (Fulwiler et al., 1997), wobei wohl die impulsive Komponente der Borderline PS und der Antisozialen PS dafür verantwortlich zu machen sind (Herpertz & Saß, 1994). Problematisch erscheint die Vergabe einer Diagnose einer PS ohne längeren Beobachtungszeitraum und bei Jugendlichen. Die Diagnose einer Borderline PS erscheint außerdem im Zusammenhang mit AR angesichts der DSM-IV Kriterien einer Borderline PS⁵² von einer gewissen Zirkularität und deshalb eingeschränktem Nutzen bei der Vorhersage und Erklärung des Verhaltens zu sein (Alessi, McManus, Brickman & Grapentine, 1984a; Suominen, Isometsä, Henriksson, Ostamo & Lönnquist, 2000). Die Diagnose einer PS ist bei Kindern, Jugendlichen bzw. Heranwachsenden nicht angebracht,⁵³ weil sich wohl noch kein „überdauerndes Muster“ gezeigt haben dürfte, und teilweise die Kriterien der PS mit „normalen“ Entwicklungsphänomenen übereinstimmen (Dimond & Misch, 2002; Links, Gould & Ratnayake, 2003;

⁵²Kriterien 4-6: Impulsivität, Wiederholte Selbstverletzungen und affektive Instabilität

⁵³Bei der Antisozialen PS gar nicht möglich

Seagrave & Grisso, 2002). Komponenten von PS werden darüber hinaus auch als Anpassungsreaktionen auf die Haft diskutiert (Bowers, 2003; Rotter et al., 2002).

- **Borderline Persönlichkeitsstörung:** Wegen der oben erwähnten möglichen Zirkularität dieser Diagnose im Zusammenhang mit AR ist eine Post-Hoc-Analyse erforderlich, d.h. es gilt die Frage zu klären, ob die Diagnose beispielsweise auch ohne das fünfte Kriterium⁵⁴ zustande gekommen wäre. Unter Kindern und Jugendlichen wurde diese Diagnose auch als symptomatische Variante einer Antisozialen PS diskutiert (Alessi, McManus, Grapentine & Brickman, 1984b).
- **Psychopathy und Antisoziale PS:** Gerade die Rolle der Psychopathy wird im Zusammenhang mit der Ernsthaftigkeit von AR kontrovers diskutiert (Felber, 1992; Haycock, 1989a). Einerseits als Schutzfaktor gegenüber „echten“ SV (Garvey & Spoden, 1980; Rieger, 1971; Sloane, 1973) oder jeglichen AR bezeichnet (Gray et al., 2003), sehen dagegen Verona et al. (2001) vor allem den Faktor 2⁵⁵ in Verbindung zu einer Vorgeschichte an SV. Felber (1992) fand keinen Zusammenhang zwischen Parasuizid und Dissozialität. Dissozialität stand im Gegenteil in Zusammenhang mit einem schließlichen Suizid nach einem SV. Dies widerspricht teilweise den Ergebnissen von Daigle (2004), der bei Gefangenen mit SV mehr psychopathologische Auffälligkeit und unter anderem auch höhere Psychopathy-Werte⁵⁶ fand als unter den vollendeten Suiziden. Fulwiler et al. (1997) stellten Fälle von SSV solchen von SV gegenüber und fanden bei den weiblichen Gefangenen mit Akten von SSV häufiger Borderline PS bzw. bei den Männern mehr Antisoziale PS. Diese beiden PS werden auch von Sendula-Jengiđ, Bošković, Dodig und Weiner-Črnja (2004), die ähnlich wie die Autorengruppe um Fulwiler SSV und SV gegenüberstellen,⁵⁷ im Zusammenhang mit Fällen von geringerer Ernsthaftigkeit berichtet. Haines et al. (1995a), die Charakterpathologie über das MCMI

⁵⁴Wiederholte Selbstverletzungen

⁵⁵Chronisch soziale Devianz und Antisozialität

⁵⁶Ermittelt über das MMPI (Hathaway & McKinley, 1967)

⁵⁷Hier allerdings bei Patienten des Maßregelvollzugs

(Millon, 1977) erhoben, fanden bezüglich SSV erhöhte Werte bei den Subskalen für Schizoide, Passiv-Aggressive und Borderline Persönlichkeiten, keine höheren Werte allerdings hinsichtlich Antisozialer Persönlichkeit. Franklin (1988) stellte ebenfalls mehr Borderline PS unter den Patienten einer Gefängnispsychiatrie fest, die Akte von SSV ausgeführt hatten. Verona et al. (2001) warnen allerdings davor, die Möglichkeit von SV unter Gefangenen mit hohen Psychopathy-Werten zu unterschätzen, da sie in der Anamnese dieser Gefangenen vermehrt SV ausmachten (s.o.). Gray et al. (2003) sahen die PCL-R⁵⁸ als Prädiktoren für AR, wobei hier die Definition der abhängigen Variablen unklar bleibt. Auch Haycock (1989a) fand keinen Zusammenhang zwischen der Ernsthaftigkeit eines SV und dem Vorhandensein einer Antisozialen PS. Ätiologisch wird die geminderte autonome Erregbarkeit⁵⁹ von Psychopaths für ihren Bedarf an Stimuli⁶⁰ verantwortlich gemacht (Herpertz et al., 2001), was nach Virkkunen (1976) in Zusammenhang mit dem Mangel an sozialer Interaktion und Stimulation in Haft zu AR führen könne. Eine manipulative Absicht hinter diesem Verhalten von Psychopaths schließt Virkkunen dabei aber nicht aus. Viele der Widersprüche sind auf unterschiedliche Konzeptionen sowohl auf Seiten der abhängigen Variablen AR zurückzuführen als auch auf unterschiedliche Konzeptionen und Arten der Messung der unabhängigen Variablen Psychopathy. Viele AR ziehen allerdings wegen einer manipulativen Motivkomponente quasi zwangsläufig den Verdacht einer Psychopathy auf sich (Cookson, 1977). Es sollte nicht unerwähnt bleiben, dass bei Jugendlichen die Vergabe einer Psychopathy-Diagnose umstritten ist (Seagrave & Grisso, 2002; Wiener, 2002). Insgesamt betrachtet erscheint also auch die Lage hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen der Ernsthaftigkeit von AR und Charakterpathologie uneinheitlich. Dies liegt neben den bereits erwähnten Mängeln unterschiedlicher Definitionen von AR und dem Fehlen von Studien, welche die gesamte Phänomenbreite untersuchen, auch an verschiedenen Definitionen und Operationalisierungen der Charakterpa-

⁵⁸Ebenfalls nicht die HCR-20 (Webster, Eaves, Douglas & Wintrup, 1995), sondern nur die BHS

⁵⁹Engl. „hypoarousal“

⁶⁰Engl. „stimulus-seeking“

thologie.

- Störung des Sozialverhaltens: Diese Störung, die als Vorläuferdiagnose einer Antisozialen PS bzw. der Psychopathy gilt, wird definitionsgemäß bei vielen Gefangenen diagnostiziert (Dimond & Misch, 2002; Johansson et al., 2005; Kempton & Forehand, 1992), weshalb sie bei der Erklärung von AR in Haft nicht hilfreich ist, obwohl sie das in der Allgemeinbevölkerung sein kann.
- Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS): Störung des Sozialverhaltens und ADHS treten häufig gemeinsam auf (Biederman, Newcorn & Sprich, 1991), was teilweise künstlicher Komorbidität aufgrund überlappender diagnostischer Kriterien geschuldet ist (Collins & White, 2002; Young et al., 2003). Letztere ist ohne fremdanamnestische Quellen, welche in Haft nur schwer zu erlangen sind (Teplin et al., 2002) und wenn, von fragwürdiger Reliabilität sind (Vitelli, 1996), nicht zu diagnostizieren. Retrospektive Diagnosen im Erwachsenenalter scheinen im Allgemeinen schwierig (Collins & White, 2002).
- Körperliche Misshandlungen und sexueller Missbrauch in der Kindheit: Auch die Selbstangaben über physischen, aber vor allem die über sexuellen Missbrauch in der Kindheit müssen hinsichtlich ihrer Reliabilität kritisch betrachtet werden. Hier ist sowohl an Simulation zum Zweck der Exkulpierung (Weeks & Widom, 1998) als auch an Dissimulation aus Scham oder Verdrängung zu denken (Kupers, 1996). Des Weiteren scheint sexueller Missbrauch vor allem mit AR von weiblichen Gefangenen in Verbindung zu stehen (Lexcen & Redding, 2000), wobei Milligan und Andrews (2005) hinsichtlich der Ätiologie die Rolle von Scham und Wut diskutieren. Esposito und Clum (2002) sehen den sexuellen Kindesmissbrauch als Risikofaktor vor allem im Zusammenhang mit Problemlösedefiziten und konnten nur sexuellen, aber nicht körperlichen Missbrauch als direkten unabhängigen Prädiktor für Suizidalität bestätigen. Auch bei diesem Risikofaktor steht die Frage nach der exakten Operationalisierung und einer reliablen Erfassung im Mittelpunkt der Überlegungen zur Vergleichbarkeit der Ergebnisse.

- Life events: Was unter life events zu subsumieren ist und auf welchen Zeitraum man sich dabei bezieht, stellt aus methodischer Sicht die kritische Frage bei diesem Risikofaktor dar (Blaauw et al., 2002; Boothby & Durham, 1999; Haycock, 1989a). Außerdem ist umstritten, ob hier eher der Zeitpunkt⁶¹ oder der Charakter⁶² eines Verlusterlebnisses die entscheidende Rolle spielt.
- Depression: Der Depression wird im Hinblick auf SV eine zentrale Rolle zugeschrieben. Als ein dynamischer Risikofaktor ist die Depressivität genau wie Hoffnungslosigkeit von größtem Interesse bei der Einschätzung des Risikos für AR. Hinsichtlich des Faktors Depression scheint die Art der Erfassung von entscheidender Bedeutung, d.h. ob die Störung kategorial oder mit einem dimensionalen Messinstrument erfasst wird (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004). Auch der Zeitpunkt der Erhebung ist von besonderem Interesse, da SV vor allem bei abklingenden Depression vorzukommen scheinen (Allen, 1969; Haycock, 1989a) bzw. die Gefangenen der Vergleichsstichprobe zu einem späteren Zeitpunkt ihrer Haft ein geringeres Maß an psychischer Belastung aufweisen könnten (Harding & Zimmermann, 1989; Hosser, 2001; Paulus & Dzindolet, 1993; Smyth et al., 1994). Das Vorliegen einer Depression mag im Übrigen eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für einen SV sein, da viele Depressive nicht versuchen, sich zu töten (Brodsky et al., 2001). Wie bereits erwähnt, besitzen dimensionale Selbstauskunftsverfahren wie das BDI grundsätzlich einige Vorteile bei der Erhebung der Depression. Auch wenn Mills und Kroner (2005) die Bedenken von Correia (2000) hinsichtlich der Reliabilität der Selbstauskünfte zerstreuen konnten, bleibt die Frage, ob das BDI nicht eher allgemeinen Distress als Depression bei Gefangenen misst (Boothby & Durham, 1999). Die Fragen, ob eine Depression bereits vor der Haft bestanden hat oder Folge der Inhaftierung ist bzw. ob die Depression bereits vor der AR bestand oder erst danach entstanden ist (Haines et al., 1995b), kann von den meisten Arbeiten nicht beantwortet werden. Die Ergebnisse sind hinsichtlich eines Zusammenhangs

⁶¹Zum Beispiel ein Verlust in der Kindheit oder ein aktueller Verlust (Haycock, 1989a)

⁶²Zum Beispiel das Ende einer Beziehung vs. Tod eines Angehörigen (Suspancic, 1987)

der Depression mit SSV bzw. SV nicht konsistent und die Studien aufgrund der bereits erwähnten unterschiedlichen Operationalisierungen der abhängigen Variablen nur eingeschränkt vergleichbar. So untersuchte Haycock (1989a) nur AR mit relativ schwerer Letalität.⁶³ Eine Untergrenze der Letalität wird nicht explizit erwähnt, scheint jedoch durch die Art der Stichprobenselektion implizit vorhanden. Die Autorin fand Depression und Hoffnungslosigkeit mit stärkerer Letalität der AR assoziiert, so wie auch Garvey und Spoden (1980) bei ernsthafteren SV höhere Depressionswerte nachwies. Fulwiler et al. (1997) unterschieden Fälle von SSV von SV und fanden bei letzteren häufiger affektive Störungen, wobei allerdings die 14 selbstschädigenden Gefangenen ihrer Stichprobe nicht aktuell AR gezeigt hatten, sondern nur eine Vorgeschichte an AR aufwiesen. Haines et al. (1995a) hingegen konnten bei Fällen von SSV ebenfalls höhere Depressionswerte erkennen und Muehlenkamp und Gutierrez (2004), die AR (SSV und SV) in der Allgemeinbevölkerung untersuchten, fanden keine Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich Depression oder suizidalen Wünschen und Gedanken.

- Hoffnungslosigkeit: Besonders Hoffnungslosigkeit und Suizidwünschen bzw. -gedanken als Korrelate der Depression kommen bei der Pathogenese besondere Bedeutung zu. Die Hoffnungslosigkeit ist eine kognitive Komponente der Depression und scheint besonders stark in Zusammenhang mit Suizidalität zu stehen (Holden & Kroner, 2003). Ivanoff et al. (1996) diskutieren jedoch sowohl Hoffnungslosigkeit als auch Depression nur vermittelt über Suizidwünsche und -gedanken in ihrem Zusammenhang mit Suizidalität. Depression wie auch Hoffnungslosigkeit scheinen dabei aber nur indirekt über ihre Wirkung zu Suizidwünschen und -gedanken mit SV⁶⁴ assoziiert zu sein. Es gibt Belege dafür, dass der statistische Zusammenhang zwischen Suizidalität und Depression verschwindet, wenn hinsichtlich Hoffnungslosigkeit kontrolliert wird (Beck, Kovacs & Weissman, 1975b). In einer kürzlich

⁶³Ein Krankenhausaufenthalt war erforderlich um in die Stichprobe der SV aufgenommen zu werden.

⁶⁴Hier „parasuicide“ genannt, ein Begriff, den die vorliegende Studie vermeiden wird (siehe dazu Leenaars et al., 1997).

publizierten prospektiven Studie konnte ein Zusammenhang zwischen suizidalen Gedanken und späteren AR unter Gefangenen nachgewiesen werden (Lekka et al., 2006).

Die Widersprüchlichkeit der Ergebnisse verdeutlicht, wie schwer es ist, valide und reliable Prädiktoren für AR zu finden. Studien über Risikofaktoren sind aber unerlässlich, wenn das Verständnis über die Zusammenhänge bezüglich AR vertieft werden soll. Statistisch gewonnene Risikofaktoren sind darüber hinaus notwendig, weil die klinische Intuition eine notorisch fehlerbehaftete Praxis der Risikoeinschätzung ist (Haycock, 1989a). Screeningmaßnahmen sind wichtig, um Risikogefangene frühzeitig zu erkennen (Morgan & Hawton, 2004), dem Personal ein besseres Verständnis des Phänomens zu vermitteln und dadurch die SSV-Raten zu senken (Pannell, Howells & Day, 2003). Bei aller Wichtigkeit der Risikofaktoren für die Vorhersage muss angemerkt werden, dass bisher zu wenig über potentielle Schutzfaktoren bekannt ist (Bonner, 2000; Eidhin et al., 2002).