

Aus dem Institut für Forensische Psychiatrie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

*Phänomenologie und Verlauf depressiver Syndrome
unter Untersuchungshaftbedingungen*

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Jan Sebastian Cassau

aus Berlin

Gutachter/in: 1. Prof. Dr. med. N. Konrad
 2. Prof. Dr. med. J. Zeiler
 3. Prof. Dr. med. T. Wetterling

Datum der Promotion: 19.11.2010

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	7
1.1.	Einführung.....	7
1.2.	Gesetzliche Grundlagen der Untersuchungshaft.....	11
1.3.	Zur psychosozialen Situation der Häftlinge unter Untersuchungshaftbedingungen am Beispiel der JVA Berlin-Moabit ...	14
1.4.	Fragestellung	20
2.	Material und Methode.....	24
2.1.	Beschreibung der Stichprobe bei Erstuntersuchung	26
2.2.	Auswahlkriterien für die Teilnahme an der Befragung.....	28
2.2.1.	Einschlusskriterien	28
2.2.2.	Ausschlusskriterien	28
2.3.	Erhebungsinstrumente bei der Erstuntersuchung	29
2.3.1.	Semistrukturiertes Interview	29
2.3.2.	Beck'sches Depressions-Inventar (BDI-II)	31
2.3.3.	Hamilton Depressions-Skala (HAMD) und Erhebung des psychopathologischen Befundes.....	33
2.3.4.	Verlaufsuntersuchung	35
2.4.	Beschreibung der Stichprobe bei Verlaufsuntersuchung.....	35
2.5.	Erhebungsinstrumente bei der Verlaufsuntersuchung.....	36
2.5.1.	Semistrukturiertes Folgeinterview	36
2.5.2.	BDI-II-Verlaufsuntersuchung	36
2.5.3.	HAMD-Verlaufsuntersuchung.....	37
2.6.	Procedere bei der Auswertung.....	37
3.	Ergebnisse	38
3.1.	Semistrukturiertes Erstinterview / statistische Auswertung	38
3.1.1.	Soziobiografische Daten	38
3.1.1.1.	Altersverteilung	38
3.1.1.2.	Nationalität	38
3.1.1.3.	Wohnsituation	39
3.1.1.4.	Familienstand.....	40

3.1.1.5.	Schulbildung.....	41
3.1.1.6.	Erwerbsbiografie	42
3.1.1.7.	Jugendzeit.....	43
3.1.1.8.	Finanzielle Situation und Lebensunterhalt.....	44
3.1.2.	Psychiatrische und Drogenanamnese.....	45
3.1.2.1.	Psychiatrische Anamnese	45
3.1.2.2.	Nervenärztliche Vorbehandlung	45
3.1.2.3.	Stationär-psychiatrische Vorbehandlung.....	45
3.1.2.4.	Maßregelvollzug.....	46
3.1.2.5.	Behandlungsdiagnosen der Vorbehandlungen	46
3.1.2.6.	Psychopharmaka in der Anamnese.....	47
3.1.2.7.	Drogenanamnese.....	48
3.1.2.7.1.	Alkohol	48
3.1.2.7.2.	Nikotin	49
3.1.2.7.3.	Medikamente.....	50
3.1.2.7.4.	Cannabis	50
3.1.2.7.5.	Kokain	51
3.1.2.7.6.	Heroin.....	52
3.1.2.7.7.	Amphetamine und weitere Substanzen.....	53
3.1.3.	Forensische Vorgeschichte	54
3.1.4.	Aktuelle Haftbedingungen und haftassoziierte Belastungsfaktoren.....	58
3.1.5.	Halboffene und offene Zusatzfragen des Erstinterviews	58
3.2.	Auswertung des BDI-II-Fragebogens	66
3.2.1.	Verlaufsbetrachtung der Ergebnisse des BDI-II-Fragebogens	67
3.3.	Auswertung der Hamilton-Depressions-Skala.....	71
3.3.1.	Verlaufsbetrachtung der Ergebnisse des HAMD-Fragebogens.....	72
3.4.	Vergleichende Beurteilung der Ergebnisse von Selbst- und Fremdeinschätzungsinstrument (BDI-II und HAMD)	75
3.5.	Haftbedingungen und Belastungsfaktoren bei Verlaufsuntersuchung..	77
3.6.	Differenzierte Betrachtung relevanter Untersuchungsparameter im Verlauf	82
3.6.1.	Ausgewählte BDI-II-Items.....	83
3.6.1.1.	Traurigkeit	83
3.6.1.2.	Pessimismus	86

3.6.1.3.	Schuldgefühle	87
3.6.1.4.	Selbstablehnung	87
3.6.1.5.	Selbstmordgedanken	89
3.6.1.6.	Unruhe	89
3.6.1.7.	Wertlosigkeit.....	90
3.6.1.8.	Veränderungen der Schlafgewohnheiten	90
3.6.2.	Ausgewählte HAMD-Items	91
3.6.2.1.	Depressive Stimmung	91
3.6.2.2.	Schuldgefühle	92
3.6.2.3.	Suizidalität.....	93
3.6.2.4.	Schlafstörungen	93
3.6.2.5.	Angst – psychisch	94
3.6.2.6.	Ängste – somatisch.....	95
3.6.2.7.	Hypochondrie	96
3.6.2.8.	Depersonalisation, Derealisation.....	96
3.7.	Gegenüberstellung der Follow-up- und der Lost-to-follow-up-Gruppen der Erstuntersuchung	97
3.8.	Differenzierte Betrachtung einzelner Probanden-Untergruppen im Verlauf	98
3.8.1.	Untergruppe „Ausländer“	99
3.8.2.	Untergruppe „Broken home“	100
3.8.3.	Untergruppe „Junge Häftlinge - Alter bis 22 Jahre“	101
3.8.4.	Untergruppe „Häftlinge mit partnerschaftlichen Beziehungen“	102
3.8.5.	Untergruppe „Häftlinge mit Realschulabschluss bzw. POS oder Abitur“	102
3.8.6.	Untergruppe „Häftlinge mit mehr als 50.000 € Schulden“	102
3.8.7.	Untergruppe „Häftlinge mit Alkoholabhängigkeit“	102
3.8.8.	Untergruppe „Häftlinge mit Heroinabhängigkeit“	103
3.8.9.	Untergruppe „Häftlinge ohne Hafterfahrung“	103
3.8.10.	Untergruppe „Häftlinge mit mindestens 2 Jahren Hafterfahrung“	103
4.	Diskussion.....	104
4.1.	Vergleich mit internationalen Untersuchungsergebnissen.....	104
4.2.	Generelle Diskussion	106

4.3.	Schlussbetrachtung und Ausblick	116
5.	Zusammenfassung.....	121
VI.	Anhang.....	124
VI.1.	Literaturverzeichnis	124
VI.2.	Tabellenverzeichnis.....	129
VI.3.	Abbildungsverzeichnis.....	131
VI.4.	Einverständniserklärung zur Teilnahme	132
VI.5.	Untersuchungsinstrumente	133
VI.5.1.	Semistrukturiertes Erstinterview	133
VI.5.2.	Beck'sches Depressions-Inventar (BDI-II)	135
VI.5.3.	Hamilton Depressions-Skala (HAMD)	137
VI.5.4.	Semistrukturiertes Folgeinterview	139
VI.6.	Erklärung.....	140
VI.7.	Curriculum vitae	141

1. Einleitung

1.1. Einführung

Für die Insassen von Haftanstalten stellt die Inhaftierung eine Extremsituation dar, die vielfältige, auch gesundheitliche Probleme verursachen kann. Internationale Studien haben wiederholt die auffällige Häufung psychischer Störungen bei Strafgefangenen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung belegt. Zum Diagnosespektrum der psychischen Reaktionen in Haft zählen die so genannten „Haftpsychosen“ sowie Fremd- und Autoaggression.

Der Freiheitsentzug und alle Begleitumstände innerhalb des Justizvollzugs begünstigen auch das Auftreten von Depressionen, wie nationale und internationale Studien der vergangenen Jahre gezeigt haben. Tatsächlich sind Depressionen zwar keine vollzugsspezifische Störung, aber sie weisen bei Häftlingen eine im Vergleich zur Normalbevölkerung deutlich erhöhte Prävalenz auf und gehen häufig mit Suizidalität einher (von Schönfeld et al. 2006). Vor dem Hintergrund weltweit steigender Gefangenenzahlen gewinnt die Problematik psychischer Erkrankungen in Haft zunehmend an Bedeutung.

Die Risikofaktoren für Suizidalität in Haft sind hauptsächlich Psychosen und Depressionen, die unter Haftbedingungen oft unerkannt bleiben. In der Folge sind Suizide die häufigste Todesursache in Justizvollzugsanstalten. Die Suizidversuchsrate von Untersuchungshäftlingen ist im Vergleich zu nicht inhaftierten Männern um das 7,5-fache erhöht (Jenkins et al. 2005). Von den 121 registrierten Suizid-Todesfällen im Berliner Justizvollzug in den Jahren 1992 bis 2002 stellten Depressionen mit 48% die herausragende Todesursache dar (Konrad 2006). Anhand der Gefängnissuizide, die in verschiedenen Studien untersucht wurden, ließen sich Risikofaktoren ermitteln. Hierzu zählen neben der Einzelhaft (Frühwald et al. 2004) insbesondere männliches Geschlecht, weiße Hautfarbe, Untersuchungshaft-Status innerhalb der ersten Haftwochen, psychiatrische Komorbidität (insbesondere Suchterkrankungen) und Vorliegen eines Gewaltdelikt (Shaw et al. 2009).

Erste Untersuchungen über Prävalenzen psychischer Krankheiten in Haft wurden in den 1970er Jahren in den USA durchgeführt (Petrich 1976) und später ausgeweitet (Monahan et al. 1980). Die Haftanstalten werden dort in „jails“, wo Untersuchungshäftlinge und Insassen mit kurzen Haftstrafen bis zu einem Jahr Dauer einsitzen, und „prisons“ für das Abbüßen der Straftat über einem Jahr Dauer, unterschieden. Bei einer zwischen 1995 und 2004 jährlich um 3,4 % gestiegenen Gesamtzahl der Inhaftierten in den USA (Trestman et al. 2007) wurden in den letzten Jahren immer mehr Haftanstalten Gegenstand von Studien, nachdem die signifikant erhöhte Prävalenz psychischer Störungen unter Haftbedingungen immer deutlicher wurde. Vom International Centre for Prison Studies wurden für das Jahr 2008 weltweit rund 10 Millionen Inhaftierte geschätzt, wobei die USA mit 756 / 100.000 Einwohner die höchste Inhaftierungsrate aufwies und die Raten in Süd- und Westeuropa mit durchschnittlich 95 / 100.000 deutlich niedriger lagen (Walmsley 2009).

Die erhobenen Daten belegen die erhöhten Risiken erwachsener Häftlinge, unter den Bedingungen des Freiheitsentzuges an verschiedenen psychischen Störungen zu erkranken. Die Prävalenzraten für „current and lifetime major depressions“ waren gegenüber der Vergleichspopulation aus 5 US-Städten bei der Gefängnispopulation signifikant (2- bis 3-fach) erhöht (Teplin 1990). Bei Betrachtung der Ergebnisse einzelner Untersuchungen fiel eine breite Streuung der Prävalenzwerte bei großer Heterogenität der Stichproben auf. Die Vergleichbarkeit der Studien untereinander ist jedoch aufgrund unterschiedlicher methodischer Vorgehensweisen und Erhebungsmethoden eingeschränkt, länderübergreifende Verallgemeinerungen sind problematisch.

Auch die Bedeutung von ethnischen Faktoren und Lebensalter wurde berichtet. Bei weissen Inhaftierten fand man, im Vergleich zu Schwarzen und Hispanics, höhere Prävalenzraten für majore depressive Episoden, jedoch niedrige Depressionsraten bei der jüngsten Inhaftiertenpopulation von 16 bis 21 Jahren, die im Gegenzug die höchsten Prävalenzraten für Angststörungen und somatoforme Störungen aufwies (Teplin 1994, Trestman et al. 2007).

In der wohl umfassendsten Metastudie weltweiter Untersuchungen zum Vorliegen psychischer Störungen in Haft wurden 62 Studien mit insgesamt 22.790 Häftlingen aus 12 Ländern ausgewertet (Fazel et al. 2002). Für die Bundesrepublik Deutschland, die in dieser Studie nicht vertreten war, existieren bislang kaum medizinische, speziell psychiatrische Untersuchungen an größeren und repräsentativen Probandengruppen. Die wenigen vorliegenden Daten aus deutschen Haftanstalten weisen auf eine erhöhte Prävalenz psychischer Störungen auch im deutschen Justizvollzug hin (Missoni et al. 2003, von Schönfeld et al 2006).

Eine deutsche Studie von Konrad (2004) fand mittels des DIA-X-Interviews bei Verbüßern von Ersatzfreiheitsstrafen eine Häufigkeit von 20% für einzelne oder rezidivierende depressive Episoden heraus. Bei den mit demselben Instrument im Rahmen einer Prävalenzstudie befragten Untersuchungshäftlingen in der Berliner Untersuchungshaftanstalt fand sich eine mit 40,2 % wesentlich erhöhte Prävalenz von major depressions (Utting 2002).

Die verfügbaren Daten beschränken sich auf einige westliche Industrienationen, insbesondere die USA, Großbritannien und einige weitere westeuropäische Länder, obwohl die dort inhaftierten Menschen nur ein Drittel der weltweiten Häftlinge ausmachen. Für den asiatischen Raum liegen bislang kaum Untersuchungen vor. Eine Studie mit 351 männlichen Strafgefangenen in einer Haftanstalt in Teheran (Iran) ergab mit 29,1 % eine gegenüber der iranischen Allgemeinbevölkerung 3-fach erhöhte Rate für majore Depressionen, insbesondere bei den jungen Häftlingen bis 24 Jahre (Assadi et al. 2006).

Die Inhaftierung geht mit einem massiven, meist abrupten Einschnitt in die Biografie einher. Tiefgreifende Verunsicherung, Isolierung, soziale Diskriminierung, Zukunftsängste, Gefühle von Verlassenheit, Hilflosigkeit und völliger Ohnmacht, Hoffnungslosigkeit und mangelnde Copingstrategien führen zu einem „Inhaftierungsstress“, der in Depressivität, Suizidalität und in der Folge Suizidhandlungen münden kann. Die erhöhte Vulnerabilität in Bezug auf die Entstehung von Depressionen und Suizidalität im Rahmen des sogenannten Inhaftierungsschocks ist insbesondere für den Beginn der Untersuchungshaft mit belastenden, situativen Faktoren wie einem laufendem Ermittlungsverfahren, einem anstehenden Strafprozess

und verschärften Kontakteinschränkungen belegt worden (Andersen 2004, Braun 2000).

Die Untersuchungshaft stellt eine Inhaftierungsphase vor der Gerichtsverhandlung dar und kann je nach Ausgang derselben per Urteil in eine Haftstrafe übergehen oder mit dem Prozessabschluss enden. Abhängig von Deliktschwere und juristischen Faktoren variiert die Dauer der Untersuchungshaft zwischen einigen Tagen und vielen Monaten, teilweise bis zu über einem Jahr. Während dieser Zeit, insbesondere zu Haftbeginn, greifen maximal beeinträchtigende Restriktionen, die zu einer erhöhten Vulnerabilität in Bezug auf das Auftreten psychiatrischer Erkrankungen führen.

Nachdem bereits Coid (1984) eine Studie zum Einfluss der Inhaftierung auf das Auftreten psychiatrischer Morbidität bei Gefangenen publiziert hat, folgten weitere britische Untersuchungen. Gunn et al. (1991) befassten sich mit den psychischen Störungen von 1769 Strafhäftlingen in England und Wales und ermittelten eine Gesamt-Prävalenz von 37 %. Eine weitere britische Studie an 569 männlichen Untersuchungshäftlingen, die unmittelbar nach ihrer Inhaftierung mittels semistrukturiertem Interview und validierten Fragebögen befragt wurden, belegte das Vorliegen psychischer Störungen bei 26% der Inhaftierten, davon 13% aus dem Bereich der affektiven Störungen (mit depressiver Symptomatik) und Anpassungsstörungen. Nur bei einer Minderheit der Betroffenen bekam der ärztliche Dienst der Haftanstalten Kenntnis von den vorliegenden psychischen Störungen (Birmingham et al. 1996).

Die frühzeitige und im Idealfall sofortige Detektion psychischer Störungen durch ein Screeningverfahren zu Beginn der Untersuchungshaft stellt auch eine Chance zur Einleitung einer adäquaten Therapie (unter fortgesetzten Haftbedingungen, aber ggf. auch nach Verlegung beispielsweise in das Haftkrankenhaus) dar, zumal die spätere Diagnosestellung während des folgenden Haftalltags systembedingt erschwert ist. Insbesondere Untersuchungshäftlinge, die kurzfristig entlassen werden, könnten in ein ambulantes Behandlungssetting überführt werden, sofern die psychische Symptomatik nicht mit der Haftentlassung abklingt.

Die Erarbeitung und Implementierung von Früherkennungsinstrumenten ist von größter Bedeutung, um die Betroffenen einer – unter Haftbedingungen ohnehin erschwerten – adäquaten Therapie zuzuführen. Die Nichterkennung und in der Folge unzulängliche Behandlung von in die Haft „importierten“ oder während der Haft aufgetretenen psychischen Erkrankungen (affektive Störungen, Psychosen, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, psychiatrische Doppeldiagnosen) wird, nach Haftentlassung, zu einem die gesamte Gesellschaft tangierenden Problem. Neben erneuter Straffälligkeit und Inhaftierung sind für die vormalige Suizid-Hochrisikogruppe der ehemaligen Häftlinge auch nach Haftentlassung erhöhte Suizidraten bekannt (Pratt et al. 2006). Im Umkehrschluss kann angenommen werden, dass eine adäquate Therapieeinleitung in Haft, auch im Sinne einer Krisenintervention im Rahmen einer womöglich nur kurz dauernden Untersuchungshaft, zum Durchbrechen des Zyklus der weiteren Straffälligkeiten des einzelnen entlassenen Häftlings beiträgt.

Die vorliegende Studie befasst sich mit Prävalenz, Phänomenologie und Verlauf depressiver Syndrome unter den Bedingungen der Untersuchungshaft. Es kommen eigens erarbeitete Interviews sowie standardisierte diagnostische Instrumente zur Anwendung. Individuelle, beispielsweise lebensgeschichtliche Aspekte der befragten Insassen finden im Zusammenhang mit depressiven Symptomen zu Haftbeginn besondere Berücksichtigung. Im Ergebnisteil werden die erhobenen Daten detailliert betrachtet und im Hinblick auf mögliche Anpassungsvorgänge im Haftverlauf, aber auch auf persistierende depressive Symptome und Suizidalität kritisch beurteilt.

1.2. Gesetzliche Grundlagen der Untersuchungshaft

Die Untersuchungshaft („U-Haft“) ist eine verfahrenssichernde Ermittlungsmaßnahme im Rahmen der Ermittlung einer Straftat und darf nur durch richterlichen Haftbefehl angeordnet werden. Gesetzliche Grundlage hierfür ist die Strafprozessordnung (StPO, 1. Buch, 9. Abschnitt, §§ 112 bis 130 StPO, Verhaftung und vorläufige Festnahme).

Die Untersuchungshaft darf in der Regel höchstens sechs Monate dauern. Während dieser Zeit gelten für den Beschuldigten (trotz der Unschuldsvermutung vor dem Gerichtsverfahren) verschärfte Bedingungen. Somit ist die Untersuchungshaft - im

Unterschied zur Strafhaft, die ein richterliches Urteil und somit ein nachweislich schuldhaftes Verhalten voraussetzt - eine schuldunabhängige Sanktion.

Voraussetzungen für die Inhaftierung sind (nach § 112 StPO) dringender Tatverdacht gegenüber dem Beschuldigten sowie ein Haftgrund (Flucht / Fluchtgefahr, Tatschwere, Verdunkelungsgefahr). Die Wiederholungsgefahr als vierter alternativer Haftgrund kommt insbesondere bei Taten gegen die sexuelle Selbstbestimmung und bei Serienstraftaten mittlerer und schwerer Kriminalität zum Tragen.

Im § 126 StPO ist der Sonderfall der rechtswidrigen Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder der verminderten Schuldfähigkeit geregelt: In diesem Fall kann die vorläufige bzw. einstweilige Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt gerichtlich verfügt werden. Von dort aus erfolgt die Vorbereitung eines Gutachtens über den psychischen Zustand des Beschuldigten (gemäß § 81 StPO) und gegebenenfalls die richterliche Unterbringungsanordnung in einer Maßregelvollzugsanstalt nach §§ 63, 64 des Strafgesetzbuches (StGB).

Für die Untersuchungshaft gilt der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, sie darf also beispielsweise nicht die Dauer der zu erwartenden Strafe übersteigen (§ 112 Abs. 1 Satz 2 StPO).

Bei minderschweren Delikten (mit zu erwartender Freiheitsstrafe unter sechs Monaten oder Geldstrafen bis zu 180 Tagessätzen) ist die Untersuchungshaft nach § 113 StPO nur eingeschränkt zulässig und nach § 116 StPO entbehrlich bzw. außer Vollzug zu setzen, wenn durch weniger einschneidende Maßnahmen (z.B. Auflagen bezüglich des Aufenthaltsortes, Meldepflicht bei der Polizei, Sicherheitsleistung in Form einer „Kautions“) der Zweck der Untersuchungshaft ebenfalls erreicht wird.

Ein besonderer Haftgrund ist in § 230 Abs. 2 StPO vorgesehen: Wenn ein Angeklagter trotz ordnungsgemäßer Ladung und ohne ausreichende Entschuldigung nicht zur Hauptverhandlung erscheint, ist die Vorführung (Festnahme am Tag der neuen Verhandlung) anzuordnen oder ein Haftbefehl zu erlassen.

Die Anordnung der Untersuchungshaft kann durch einen schriftlichen richterlichen Haftbefehl, der dem Beschuldigten bei seiner Verhaftung (in der Regel durch die Polizei) bekannt zu geben ist, erfolgen (§ 114 StPO). Häufiger kommt es jedoch zur vorläufigen Festnahme (beispielsweise bei oder unmittelbar nach einer Straftat) als Vorstufe zum Erlass des Haftbefehls und der Untersuchungshaft-Anordnung (Schlothauer und Weider 2001).

Der aufgrund eines bereits vorliegenden Haftbefehls Festgenommene ist nach § 115a StPO unverzüglich, spätestens am Tag nach der Ergreifung, vor den zuständigen Richter zu stellen oder dem Richter des nächsten Amtsgerichts vorzuführen. In der Vernehmung prüft der Richter das Vorliegen von Haftgründen und ordnet dementsprechend die Freilassung an oder erlässt gem. § 128 StPO einen Haft- bzw. Unterbringungsbefehl.

Der Beschuldigte kann nach § 117 StPO während der Untersuchungshaft jederzeit die gerichtliche Prüfung des Haftbefehls beantragen. Geprüft wird, ob der Haftbefehl aufzuheben oder auszusetzen ist. Nach drei Monaten erfolgt von Amts wegen die Haftprüfung, sofern der Beschuldigte keinen Verteidiger hat. Wird nach mündlicher Verhandlung die Untersuchungshaft aufrechterhalten, so hat der Beschuldigte nur dann Anspruch auf eine weitere mündliche Verhandlung, wenn die Untersuchungshaft mindestens drei Monate und seit der letzten mündlichen Verhandlung mindestens zwei Monate gedauert hat (§ 118 StPO).

Der Verhaftete darf nur dann mit anderen Untersuchungsgefangenen in demselben Haftraum untergebracht werden, wenn dies auf seinen ausdrücklichen schriftlichen Antrag hin erfolgt oder wenn sein körperlicher oder geistiger Zustand es erfordert. Dem Häftling dürfen nur solche Beschränkungen auferlegt werden, die der Zweck der Untersuchungshaft oder die Ordnung in der Vollzugsanstalt erfordert. Mit der gleichen Maßgabe darf sich der Gefangene auf eigene Kosten Bequemlichkeiten und Beschäftigungen verschaffen. Eine Fesselung des Gefangenen ist auf richterliche Anordnung bei Vorliegen oder Gefahr von Gewaltanwendung, Widerstand, Fluchtgefahr, Fluchtversuch oder Gefahr von Selbstbeschädigung bzw. Selbstmordversuch zulässig (§ 119 StPO).

Nach § 120 StPO endet die Untersuchungshaft mit Aufhebung des Haftbefehls durch Freispruch, rechtskräftige Verurteilung, Nichteröffnung des Verfahrens sowie nicht mehr vorliegende Voraussetzungen der Untersuchungshaft. Weiterhin führt ein entsprechender Antrag oder eine entsprechende Anordnung der Staatsanwaltschaft zur Aufhebung des Haftbefehls.

Der Vollzug der Untersuchungshaft wegen derselben Tat darf nur aufgrund eines besonderen Ermittlungsumfanges oder besonderer Schwierigkeiten, die das Urteil noch nicht zulassen, über sechs Monate hinaus nach Haftprüfung durch das Oberlandesgericht aufrechterhalten werden (§ 121 StPO).

Der Untersuchungshaftvollzug erfolgt in der Regel in den Justizvollzugsanstalten und nach den Vorschriften der Untersuchungshaftvollzugsordnung (UVollzO), was für den Beschuldigten zumeist schärfere Haftbedingungen als im Regelvollzug bedeutet, soweit noch keine ländereigenen Untersuchungshaftvollzugsgesetze erlassen worden sind.

1.3. Zur psychosozialen Situation der Häftlinge unter Untersuchungshaftbedingungen am Beispiel der JVA Berlin-Moabit

Die Justizvollzugsanstalt Berlin-Moabit ist als Anstalt des geschlossenen Vollzuges zuständig für die Aufnahme männlicher erwachsener Gefangener vom vollendeten 21. Lebensjahr an zum Vollzug der Untersuchungs- und Auslieferungshaft, zum Vollzug von Freiheitsstrafen, sowie für Gefangene, die aus wichtigen Gründen, insbesondere Sicherheitsgründen, einzuweisen und aufzunehmen sind.

Die Aufgabe der JVA Berlin-Moabit liegt in der Gewährleistung der Sicherung des Strafverfahrens und dem Schutz der Allgemeinheit durch sichere Unterbringung der Gefangenen.

Die als „Königliches Untersuchungsgefängnis im Stadtteil Moabit“ im Jahr 1881 fertig gestellte Haftanstalt ist räumlich in den Gerichtskomplex Berlin-Moabit integriert. Nach Beschädigungen im Zweiten Weltkrieg und umfangreichen Instandsetzungs- und

Umbaumaßnahmen ist die JVA Moabit in drei Bereiche (Teilanstalten) gegliedert. Die Teilanstalten I und II haben eine prinzipiell gleiche Belegungsstruktur. In der Teilanstalt I, dem größten Bereich, befindet sich unter anderem die Zugangsstation, die der Unterbringung von Neuzugängen dient. Die Teilanstalt III ist überwiegend für Untersuchungsgefangene im Wohngruppenvollzug in Dreibett-Hafträumen vorgesehen.

Für die vorliegende Studie wurden Untersuchungs- und Strafgefangene befragt, die mit den restriktiven Bedingungen der Untersuchungshaft konfrontiert und zumeist in den Teilanstalten I und II untergebracht waren. Einigen Insassen wurde, was zum Zeitpunkt der ärztlichen Eingangsuntersuchung und der Information über die Befragung noch nicht entschieden war, ein Platz in der Teilanstalt III zugewiesen, in der es verschiedene Erleichterungen (längere Aufschlusszeiten der Zellentüren, keine Einzelunterbringung) gibt.

Die JVA Moabit ist eine Haftanstalt mit hohem Sicherheitsstandard, die u.a. den Vollzugsanforderungen z.B. im Bereich der organisierten Kriminalität Rechnung trägt. Die Gesamtbelegung wurde in Form der regelmäßig veröffentlichten sog. „Mittwochsahlen“ am letzten Tag des Untersuchungszeitraumes, dem 16.04.2008, mit 1128 Häftlingen erfasst. Dies entsprach einer tatsächlichen Auslastung von 106 % bei einer regelhaften Belegungsfähigkeit von 1096 Haftplätzen am Stichtag und einem Anteil von etwa einem Drittel der 3200 in Berlin insgesamt verfügbaren Haftplätze im geschlossenen Männervollzug. Im Jahr 2008 gab es im monatlichen Durchschnitt 291 Eintritte in die JVA Berlin-Moabit mit einem Ausländeranteil von 40,7 %.

Die Häftlingspopulation setzt sich aus verschiedenen juristisch voneinander unterscheidbaren Gruppen zusammen. Neben den Untersuchungsgefangenen sind in der JVA Moabit mit gewissen bedarfsabhängigen Schwankungen etwa 500 Strafgefangene untergebracht. Darüber hinaus gibt es die Gruppen der „Überhäftlinge“ (Strafgefangene, gegen die ein weiteres Strafverfahren anhängig ist), „Verschubungen“ (Häftlinge, die im Rahmen von Verlegungen vorübergehend in Berlin inhaftiert sind), sowie Gefangene, die nach § 230 StPO wegen Versäumnis eines Prozess- oder Haftantritts in Haft genommen wurden.

Der Einweisung in die JVA Moabit gehen häufig einschneidende und dramatische Umstände bei der Verhaftung voraus. Die Verhaftung erfolgt durch Polizei oder Spezialeinheiten unmittelbar nach einer Straftat, möglicherweise nach einer Verfolgung oder Observation durch die Polizei. Teilweise befinden sich die Tatverdächtigen, bzw. bei ergangenem Haftbefehl die verurteilten Täter, längerfristig auf der Flucht und geraten völlig unerwartet in eine routinemäßige Kontrolle der Ausweispapiere auf der Straße. Wiederholt wurde auch von der völlig überraschenden Festnahme, beispielsweise in der Wohnung der Lebenspartnerin, im Beisein der Kinder oder unter Anwendung brachialer Methoden berichtet.

Nach der Festnahme erfolgt die vorübergehende Unterbringung in der Gefangenensammelstelle Berlin-Tempelhof. Die dortige Gemeinschaftsunterbringung ist durch sehr karge Versorgungsbedingungen und teilweise massive räumliche Enge gekennzeichnet und wird überwiegend als sehr belastend empfunden, zumal es bei bestehender Alkohol- oder Drogenabhängigkeit häufig schon binnen weniger Stunden zu ausgeprägten Entzugssyndromen kommt. Nicht immer erfolgt bereits am Folgetag der Weitertransport in die JVA Moabit. Die nächsten Angehörigen sind, je nach Verhaftungssituation und bei geltender Kontaktsperre, nicht über den Aufenthaltsort und den weiteren Verbleib des Festgenommenen informiert.

Nach Überführung in die JVA Moabit wird der Neuinhaftierte zunächst auf der dortigen Aufnahmestation im „Zugangsbereich“ in einer Zelle mit Einzel- oder Doppelbelegung untergebracht. Hier findet ein „Zugangsgespräch“ mit dem Sozialarbeiter und dem Gruppenleiter statt, in dem der Häftling, weiterhin außer Reichweite seiner Angehörigen, erstmals über seine Rechte und Pflichten aufgeklärt wird. Im Zugangsbereich wird besonderes Augenmerk auf die Suizidprophylaxe gerichtet, da die Inhaftierung als Situation des plötzlichen Verlustes seiner Rollen und sozialen Stellung für den Gefangenen eine besondere Selbstmord- und Selbstverletzungsgefahr birgt (Goffmann 1973, Kerner 1992).

Nach ärztlicher Eingangsuntersuchung und Verlegung auf eine der Stationen in den drei Teilanstalten gelten, in Abhängigkeit von der Rechtsstellung als Untersuchungs- oder Strafhäftling, die in der Hausordnung festgelegten Rechte und Pflichten. Dem Untersuchungsgefangenen werden die Haftbedingungen vom zuständigen Gericht

vorgegeben, für Strafgefangene gilt das Strafvollzugsgesetz. Sofern keine richterlich oder staatsanwaltschaftlich verfügten Sicherungsaufgaben bestehen, unterliegen alle Gefangenen – mit Ausnahme der bei Untersuchungshäftlingen stärker überwachten und reglementierten Außenkontakte – den gleichen Vollzugsbedingungen.

Der Untersuchungshäftling darf zu Haftbeginn selbst ein Telefonat in Anwesenheit eines Sozialarbeiters führen. Weitere Telefonate bedürfen, dringende Notwendigkeit vorausgesetzt, der richterlichen oder staatsanwaltlichen Zustimmung. Zweiwöchentlich ist ein 30-minütiger Besuch erlaubt, der durch einen anwesenden JVA-Mitarbeiter überwacht wird und dem eine richterliche oder staatsanwaltliche Besuchserlaubnis vorausgehen muss. Der Schriftwechsel von Untersuchungsgefangenen wird kontrolliert, dreimal jährlich ist der Empfang von Paketen erlaubt. Die Gespräche mit dem Strafverteidiger finden im „Anwaltssprechbereich“ unüberwacht statt.

Grundsätzlich steht dem Häftling eine „Freistunde“ in Form eines Hofganges zu, ebenso darf er Radio- und Fernsehprogramme mit eigenen oder gemieteten Geräten empfangen. Mithilfe eines Formulars, dem sogenannten Vormelder, können Taschengeld und Einkäufe von Nahrungs- und Genussmitteln bzw. Dingen des persönlichen Bedarfs in limitierter Menge beantragt werden. Ebenfalls auf schriftlichen Antrag hin können die Zuteilung von Arbeit, die Teilnahmegenehmigung an Sport- oder Gesprächsgruppen oder der Zellenwechsel erfolgen. Der Bargeldbesitz ist in der JVA Moabit nur begrenzt erlaubt. Taschengelder und von Angehörigen mitgebrachte oder überwiesene Geldbeträge werden in der Zahlstelle der Haftanstalt verwaltet. Eine Ausnahme bilden die Beträge von zweimal 13 € monatlich, die Besucher für den Bezug von Zigaretten und Lebensmitteln aus den Automaten mitbringen dürfen.

Zweimal wöchentlich gibt es die Möglichkeit zu duschen. Die Tageseinteilung, die mit der Müllentsorgung und Antragsabgabe an der Zellentür um etwa 6.20 Uhr beginnt und bereits um etwa 14.45 Uhr mit der Ausgabe des Abendessens endet, ist für den Gefangenen verbindlich.

Im Fall von Selbstgefährdung, Verhaltensauffälligkeiten oder gesundheitlichen Komplikationen, die nicht der stationären Behandlung im Haftkrankenhaus bedürfen, können auf Anordnung des ärztlichen oder Vollzugsdienstes hin sogenannten

Notgemeinschaften gebildet werden, was die Unterbringung in einer Zelle mit Zwei-Mann-Belegung bedeutet. Darüber hinaus können regelmäßige, auch nächtliche Zellenkontrollen verordnet werden. Diese Überwachungsmaßnahme wird für die Justizbeamten durch einen außen an der Zellentür angebrachten roten Punkt kenntlich gemacht und beinhaltet das Öffnen des Haftraumes, falls der Häftling sich nicht bewegt oder sich außerhalb des Blickwinkels des Spions aufhält.

Eine spezielle Sicherungsaufgabe bedeutet der „schwarze Punkt“, der zusätzliche Kontakteinschränkungen innerhalb der JVA, beispielsweise wegen besonderer Tatschwere, Delikten mit organisierter Kriminalität oder in derselben Anstalt inhaftierten Mittätern, signalisiert.

Die Anfangsphase der Haft und die Konfrontation mit massiv restriktiven Haftbedingungen stellen den Neuinhaftierten nicht selten vor unlösbare Probleme und Konflikte. Seiner Bürgerrechte und seines sozialen Gefüges weitgehend entoben und auf sich selbst zurückgeworfen, muss er sich den Anordnungen des Vollzugsdienstes beugen und den Kontrollen und Reglementierungen unterwerfen. Dies bedeutet für einen haftunerfahrenen Gefangenen eine tiefgreifende Verunsicherung, zumal jegliche Perspektiven in Bezug auf das weitere juristische Procedere und die Lockerung der Kontaktsperre zu den Angehörigen fehlen. Nach Verlassen des Zugangsbereiches erfolgt die Zuteilung zu einer Station innerhalb der JVA Moabit. Die Teilanstalten I und II verfügen sowohl über Einzel- wie auch über Doppelzellen. Zudem gibt es „Begegnungszellen“, bei denen zwei nebeneinander liegende Hafträume mithilfe eines Wanddurchbruches miteinander verbunden wurden und hierdurch eine geringfügige Rückzugsmöglichkeit für die Insassen bieten. Die Zellen sind mit Etagenbetten, einem Tisch und einem bzw. zwei Stühlen, einem Stromanschluss, einem Spind und einem Waschbecken mit fließend Kaltwasser ausgestattet. Das WC steht mit einer sogenannten Schamwand zumindest blickgeschützt im Haftraum. Ein Kühlschrank ist nicht vorhanden.

Die Strafprozessordnung (StPO) sieht die von Strafgefangenen separierte Unterbringung der Untersuchungsgefangenen - als Ausdruck der Unschuldsvermutung - vor. Dies ist jedoch aufgrund der Überbelegung auch anderer Strafvollzugsanstalten und der fehlenden Möglichkeit von Weiterverlegungen von Strafhäftlingen nicht

realisierbar. Sofern der Untersuchungsgefangene einverstanden ist, kann eine gemischte Unterbringung in einer Doppelzelle erfolgen. Im Sinne eines reibungslosen Vollzugsablaufes werden grundsätzlich Kriterien wie Gefangenenstatus, Nationalität und sprachliche Verständigung unter den Zellengenossen sowie allgemeine „Kompatibilität“ berücksichtigt.

In den ersten Tagen und Wochen seiner Inhaftierung muss der Gefangene lernen, Unterordnung und absolute Fremdbestimmung, Ungewissheit, Reizunterflutung und Isolation zu ertragen. In vielen Fällen erschweren Alkohol- oder Drogenentzugssyndrome seine Haftsituation. Zunächst hat der Neuinhaftierte oftmals keinerlei finanzielle Mittel, um Zigaretten zu erwerben oder Einkäufe zu tätigen bzw. ein Fernseh- oder Radiogerät zu mieten. Da anfangs keine Außenkontakte erlaubt sind, erfolgen auch die Besuche nicht umgehend. Somit gibt es zunächst keine Möglichkeit zum Wäschewechsel, der Häftling trägt die Kleidung seines Inhaftierungszeitpunktes oder Anstaltskleidung. Die Körperhygiene ist bei ein- oder zweimaliger Duschgelegenheit wöchentlich eingeschränkt. Frühstück und Abendessen sind spartanische „Brotzeiten“, mittags gibt es eine warme Mahlzeit.

Grundsätzlich gilt die Erfordernis von schriftlichen Anträgen in Form von „Vormeldern“, beispielsweise auch bei ärztlichem Vorstellungswunsch oder Gesprächswunsch mit dem psychologischen Dienst der JVA. Bestell- und Abgabefristen für Einkaufslisten, Briefmarken- und andere Wünsche und Bedürfnisse müssen strikt eingehalten werden, anderenfalls verzögert sich die Bestellmöglichkeit um eine weitere Kalenderwoche.

Die Neuinhaftierung bedeutet neben dem Fehlen jeglicher Kontroll- und Einflussmöglichkeiten auch vielfältige Entbehrungen nicht nur von Außenkontakten, sondern auch von Alltagsdingen wie Geld, frischer Kleidung, Zigaretten, Kaffee, gewohnten Speisen und Getränken, Fernsehen und Telefonmöglichkeit. Der Häftling befindet sich entweder in der 23-stündigen Isolation seiner Einzelzelle oder in Gemeinschaft mit seinem Zellennachbarn. Hierbei handelt es sich unter Umständen um eine angeordnete „Notgemeinschaft“ aufgrund einer psychischen oder Verhaltensauffälligkeit. In jedem Fall besteht die Möglichkeit eines täglich einstündigen Hofganges, dessen Zeiten variieren und vom Aufsichtsdienst oftmals ohne Vorankündigung vorgegeben werden. Ein Versäumen des Hofganges impliziert den

weiteren Einschluss bis zum Folgetag. Auch in Bezug auf die gemeinschaftliche Unterbringung bestehen für den Häftling kaum Möglichkeiten der Einflussnahme; so kann die Zellengemeinschaft jederzeit aufgelöst werden, was die ohnehin spärlichen sozialen Kontakte im Rahmen der Gefängnis-Subkultur zusätzlich erschwert.

Die Lebensumstände in Haft bieten keinen Spielraum für selbst bestimmtes oder eigenverantwortliches Handeln. Der 23-stündige Zelleneinschluss wird lediglich für das Hereinreichen der Mahlzeiten und andere, auf ein Minimum beschränkte Alltagsabläufe sowie Arzt- und Rechtsanwaltstermine bzw. Befragungen im Rahmen der Ermittlungen unterbrochen. Bezüglich der zu erwartenden Dauer der Deprivation herrscht bei den Insassen zumeist Ungewissheit. Auf einzelnen Stationen innerhalb der JVA Moabit findet ein Zellenaufschluss unterschiedlicher Frequenz und Dauer statt. Dabei werden die Zellentüren eines Flures für etwa ein bis zwei Stunden täglich oder wöchentlich geöffnet, so dass die Häftlinge untereinander in Kontakt treten können. Beim - nur teilweise möglichen - „Umschluss“ haben die Insassen von Einzelzellen die Möglichkeit, sich ebenfalls zeitlich begrenzt in die Zelle eines anderen Häftlings in derselben Unterbringungssituation schließen zu lassen, um eine vollständige und zeitlich zunächst nicht begrenzte Isolation zu vermeiden.

Die Untersuchungshaftanstalt als Auffangbecken für Täter, die bei einer Straftat gestellt oder aus anderen Inhaftierungsgründen (z.B. Terminversäumnisse) aufgenommen wurden, impliziert einen hohen Turnover der Insassen. Tägliche Aufnahmen, Entlassungen, hausinterne Verlegungen, Sprachbarrieren, angeordnete Zellenwechsel oder Weiterleitungen in andere Einrichtungen erschweren die Beziehungsaufnahme innerhalb dieser sehr heterogen strukturierten Notgemeinschaft.

1.4. Fragestellung

Das übergeordnete Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Untersuchung von Häufigkeit und Verlauf depressiver Syndrome unter Untersuchungshaftbedingungen. Die initiale Haftphase von Untersuchungs- und Strafgefangenen ist als „stressful life event“ geeignet, die psychische Morbidität vor Inhaftierung und das Auftreten insbesondere von depressiven Symptomen nach Inhaftierung zu betrachten.

Bei dieser zweizeitigen Studie wird eine Stichprobe von männlichen Inhaftierten, die in einem bestimmten Zeitraum neu in der Justizvollzugsanstalt (JVA) Berlin-Moabit aufgenommen wurden, systematisch untersucht. In einem ersten Teil erfolgt die Prävalenzerhebung initialer depressiver Syndrome unmittelbar nach Inhaftnahme. Die Folgeuntersuchung befasst sich mit der Verlaufsbeobachtung der Häftlinge durch erneute Befragung zu ihrem psychischen Befinden.

Im Anschluss erfolgt die systematische statistische Auswertung der Daten, die mittels Eigen- und Fremdbeurteilungsskalen erhoben und durch semistrukturierte Interviews ergänzt werden.

Diese Untersuchung soll dazu beitragen, die insbesondere während der Anfangsphase der Inhaftierung auftretenden Depressionen, im Einzelfall auch die begleitende Suizidalität, zu erkennen und zu erfassen. Eine weitere Fragestellung der Arbeit ist die Bestimmung der subjektiven Belastungsfaktoren unter den verschärften Bedingungen der Untersuchungshaft und deren Einfluss auf die Stimmungslage der Häftlinge. Hierbei werden einzelne relevante Depressionssymptome wie Suizidalität in deren Ausprägung und Verlauf differenziert betrachtet. Im Rahmen der Verlaufsuntersuchung findet die Frage der möglichen Adaptations- und Anpassungsvorgänge an die Haftsituation besondere Berücksichtigung.

Zu beiden Untersuchungszeitpunkten dieser Studie werden jeweils mehrere Untersuchungsinstrumente eingesetzt. Im Rahmen der Erstbefragung wird mit den Teilnehmern kurz nach Haftbeginn ein semistrukturiertes Interview geführt. Im Anschluss daran werden zwei Fragebögen zur Erfassung depressiver Symptome bearbeitet. Hierbei handelt es sich um eine Selbsteinschätzung durch den Häftling in Bezug auf seine Depressivität mithilfe des Beck'schen Depressions-Inventars, im Folgenden kurz „BDI-II“ genannt, sowie um eine Fremdeinschätzung durch den Untersucher mithilfe der Hamilton Depressions-Skala, im Folgenden kurz „HAMD“ genannt.

Bei der analog aufgebauten Folgebefragung werden neben der erneuten Erhebung des psychopathologischen Befundes wiederum die beiden Fragebögen (BDI-II, HAMD) eingesetzt und um ein semistrukturiertes Interview zur Erfassung der aktuellen

Haftbedingungen und haftgebundenen Belastungsfaktoren ergänzt. Durch die Wiederverwendung identischer Befragungsinstrumente werden die methodischen Voraussetzungen für eine direkte Vergleichbarkeit im zeitlichen Längsschnitt geschaffen.

In der vorliegenden Arbeit werden soziodemografische, biografische, krankheitsspezifische und diagnostische Daten innerhalb einer Häftlingspopulation erhoben, zusammengeführt und ausgewertet. Vorherige internationale Studien waren zumeist als Querschnittuntersuchungen mit Prävalenzerhebungen angelegt. Die erste Längsschnittuntersuchung, 1989 von Harding und Zimmermann aus der Schweiz publiziert, stellte den Verlauf psychischer Symptome durch eine zweizeitige Befragung von 208 männlichen Gefangenen unter Berücksichtigung von lebensgeschichtlichen Aspekten und Vulnerabilitätsfaktoren in den Mittelpunkt. Auch das Studiendesign der hier vorgestellten Untersuchung erlaubt durch die Follow-up-Untersuchung eine Betrachtung im Längsschnitt. Hierdurch wird, über die Untersuchung von Prävalenz und Phänomenologie hinaus, ebenso eine Aussage über den Verlauf depressiver Syndrome unter Untersuchungshaftbedingungen möglich.

Neben der Erfassung von Depressivität und einer möglicherweise erhöhten Suizidgefährdung zu Haftbeginn (im Rahmen des initialen „Inhaftierungsschocks“) fokussiert die Studie auf Risikofaktoren im Hinblick auf Depressionen in Haft. Zusammenhänge mit Suizidalität und individuelle Ausprägungsmuster einzelner Depressionssymptome werden hierbei gesondert untersucht. Die Folgeuntersuchung ermöglicht die Verlaufsbeobachtung depressiver Syndrome unter besonderer Berücksichtigung der individuellen Haftbedingungen. Hierbei gilt den subjektiven haftassoziierten und haftunabhängigen Prädispositions- und Belastungsfaktoren, aber auch möglichen Anpassungs- und Adaptationsprozessen der Häftlinge ein besonderes Augenmerk.

Die erhobenen Daten und Depressions-Indices werden statistisch ausgewertet und unter Berücksichtigung der jeweiligen Haftsituation beurteilt. Auch Aspekte des biographischen, psychiatrisch-psychosozialen und forensischen Hintergrunds der Gefängnisinsassen fließen in die Betrachtung mit ein.

Neben primären sozialen Bedingungen, wie beispielsweise dem Vorliegen einer „Broken home“-Situation, werden verschiedene potenzielle Einflussfaktoren wie Alter der Häftlinge, Familienstand, vorherige Hafterfahrung, Fehlen oder Vorhandensein stabilisierender Lebensbedingungen und supportive, die Stimmungslage beeinflussende Faktoren „intra et extra muram“ untersucht.

Das psychische Befinden der teilnehmenden Gefängnisinsassen wird unter Berücksichtigung individueller Einflussfaktoren betrachtet. Hierzu zählen unter anderem eine eventuell vorbestehende psychische Dysfunktionalität (beispielsweise in Form einer Suchterkrankung), das Alter und der Familienstand.

Im Rahmen der Datenauswertung der Verlaufsuntersuchung erfolgt im Ergebnisteil die Abgrenzung depressiver Symptome nach ICD-10-Kriterien von kurz andauernden Anpassungsstörungen mit depressiver Reaktion vor dem Hintergrund der Inhaftierung.

Mit dieser Untersuchung soll ein Beitrag zur Schaffung von Vergleichsgrundlagen nationaler und internationaler Studien untereinander geleistet werden. Daten über depressive Syndrome in Haft sowie die Ermittlung von haftspezifischen Einflussfaktoren auf die Verläufe können untereinander in Beziehung gesetzt und unter dem Nutzaspekt im Vollzugsalltag, beispielsweise im Hinblick auf Interventionen durch Anstaltsärzte und Justizvollzugsbedienstete, diskutiert werden.

2. Material und Methode

Für die vorliegende Studie wurden alle Häftlinge erfasst, die in einem bestimmten Zeitraum in die Untersuchungshaftanstalt Berlin-Moabit aufgenommen wurden, den zuvor festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen und ihr Einverständnis zur Teilnahme gegeben hatten. Im Vorfeld der Studie wurden die Genehmigungen der Anstaltsleitung sowie der zuständigen Senatsverwaltung für Justiz eingeholt.

Gegenstand der Untersuchung waren Prävalenz und Phänomenologie depressiver Syndrome unter Untersuchungshaftbedingungen, sowie der Symptomverlauf unter besonderer Berücksichtigung haftspezifischer Einflüsse.

Im Rahmen der Untersuchungstermine bearbeitete der alleinige Untersucher mit allen Probanden unter gleichen Gesprächsbedingungen einen für diese Studie erstellten Fragenkatalog, der durch die zusätzliche Anwendung von zwei Fragebögen zur Selbst- und Fremdbeurteilung der Depressivität ergänzt wurde.

Vor Gesprächsbeginn wurde den Häftlingen, die als mögliche Studienteilnehmer in Betracht kamen, Rahmen, Zielsetzung und Vorgehen bei der Untersuchung erläutert. Diese Gesprächsvorbereitung sollte dazu dienen, für jeden einzelnen Probanden möglichst standardisierte Bedingungen zu schaffen. Insbesondere erfolgte die Zusicherung, dass die erhobenen Daten für statistische Zwecke anonymisiert und die Gesprächsinhalte im Sinne der ärztlichen Schweigepflicht vertraulich behandelt werden. Die Erfassung der Daten erfolgte namenlos über die fortlaufende Aufnahme-Nummer der JVA Berlin-Moabit, die „Buch-Nummer“. Die freiwillige Teilnahme wurde durch eine schriftliche Einverständniserklärung dokumentiert.

Die Erstbefragung fand zeitnah nach Inhaftierung statt und gliederte sich in drei Abschnitte. Zunächst wurden im Rahmen eines semistrukturierten Interviews mithilfe eines Fragebogens relevante Daten zur soziobiografischen, psychiatrischen und forensischen Anamnese erhoben. Ergänzend wurden die aktuellen Haftbedingungen, die zwischen den einzelnen Insassen variieren können, erfasst. Die nachfolgenden Schritte umfassten das Ausfüllen von zwei evaluierten, standardisierten und

international etablierten Rating-Skalen. Zunächst wurde als Selbstbeurteilungsbogen zur Erfassung depressiver Symptome das Beck'sche Depressionsinventar (BDI-II, s. Anhang VI.5.2), verwendet. Danach erfolgte die Fremdbeurteilung depressiver Symptome durch den Untersucher mithilfe der Hamilton Depressions-Skala („HAMD“, s. Anhang VI.5.3). Falls erforderlich, wurden der Fragenkatalog des Interviews und die Aussagen der Fragebögen um eine gezielte psychiatrische Exploration zur Erfassung aktueller psychopathologischer Symptome erweitert.

Zu einem späteren Zeitpunkt erfolgte bei allen weiterhin rekrutierbaren Probanden eine Verlaufsuntersuchung, bei der ebenfalls ein semistrukturiertes Interview und die in der Erstuntersuchung angewendeten Beurteilungsskalen BDI-II und HAMD eingesetzt wurden.

Die Depressionswerte wurden im Verlauf betrachtet und zu einzelnen, im Rahmen der Erstbefragung erfassten soziobiografischen Charakteristika in Beziehung gesetzt. Hierfür wurden innerhalb der untersuchten Häftlingspopulation verschiedene Untergruppen (wie z.B. Alter, Familienstand, Herkunft aus einem „Broken home“, Verschuldung, vorbestehende psychische Dysfunktionalität mit Vorliegen einer Suchterkrankung, Hafterfahrenheit oder Ausländerstatus) isoliert und vergleichend ausgewertet. Im Fokus der Ergebnisinterpretation stand neben den Verläufen der Depressions-Indices und einzeln hervorgehobener Depressions-Symptome die Frage nach dem Stellenwert potenziell depressiogener oder protektiver Einflussfaktoren. Anhand der Verlaufsauswertung der psychischen Störungsbilder unter Untersuchungshaftbedingungen wurde der Versuch unternommen, depressive Episoden innerhalb der untersuchten Häftlingspopulation von Anpassungsstörungen mit depressiver Stimmung abzugrenzen. Für letztere wird in den diagnostischen Kriterien des ICD-10 ein ätiologischer Faktor mit einer identifizierbaren psychosozialen Belastung gefordert, die durch Inhaftnahme und Freiheitsentzug gegeben ist (Jäger et al. 2008).

2.1. Beschreibung der Stichprobe bei Erstuntersuchung

Die Stichprobe für die vorliegende Untersuchung besteht aus Häftlingen, die in der JVA Berlin-Moabit im Zeitraum zwischen dem 04. Februar und dem 19. März 2008 neu aufgenommen wurden. Während dieser 44 Kalendertage erfolgten insgesamt 437 Aufnahmen, die ca. 10 Zugängen pro Tag entsprechen (durchschnittlich 9,9 Eintritte täglich). In der Regel findet am Folgetag der Aufnahme die im Strafvollzugsgesetz unter § 5 Abs. 3 vorgeschriebene ärztliche Eingangsuntersuchung statt, die unter anderem der verantwortlichen Einschätzung von gesundheitlichen Gefahrenlagen und Verhaltensrisiken (Suizidbereitschaft) dient. Eine Ausnahme bilden die Zugänge der Wochenendtage Samstag und Sonntag, die regulär am Montag der ärztlichen Eingangsuntersuchung zugeführt werden. Im Bedarfsfall - bei gesundheitlichen Besonderheiten oder Akutsituationen - erfolgt die Untersuchung noch am Aufnahmetag als sofortige ärztliche Vorstellung, am Wochenende gegebenenfalls beim diensthabenden Arzt im Justizvollzugskrankenhaus Berlin.

Tabelle 1: Neuaufnahmen in der JVA Berlin-Moabit im Untersuchungszeitraum

Neuaufnahmen in der JVA Berlin-Moabit im Untersuchungszeitraum	Anzahl	Prozent
Gesamtzahl der Neuaufnahmen im Beobachtungszeitraum	437	100,0 %
primär mit Teilnahme einverstanden (den Einschlusskriterien entsprechend)	122	27,9 %
Teilnahme abgelehnt / nicht teilnahmemotiviert	15	3,4 %
ungenügende Sprachkenntnisse	234	53,6 %
akute medizinische Gründe für Nichtteilnahme	2	0,5 %
Aufnahme in Teilanstalt II (keine Rekrutierung möglich)	40	9,2 %
voraussichtlich rasche Weiterverlegung / Entlassung	17	3,9 %
andere Gründe für Nichtteilnahme	7	1,6 %

Innerhalb des sechswöchigen Rekrutierungszeitraumes gaben 122 Häftlinge ihre Teilnahme-Einwilligung zur geplanten Untersuchung, 315 Neuinhaftierte nahmen aus verschiedenen Gründen nicht an der Studie teil (s. Tabelle 1). Die Zahl der initialen Teilnahmeverweigerungen, d. h. der Ablehnung nach Erstinformation im Rahmen der ärztlichen Eingangsuntersuchung, war mit 15 Häftlingen (3,4 %) gering. Bei 234 ausländischen Neuinhaftierten waren die Deutschkenntnisse in Wort und Schrift ungenügend.

Das Erstinterview fand zwischen dem 07.02.2008 und dem 25.03.2008 statt, der Zeitraum des Folgeinterviews erstreckte sich vom 11.03.2008 bis zum 18.04.2008.

Zu einem verwertbaren Abschluss der Erstuntersuchung kam es in 105 Fällen (24,0 % der Neuinhaftierungen im Rekrutierungszeitraum). Von den 105 Untersuchungsteilnehmern waren 77 (73,3 %) in Untersuchungshaft, 28 Häftlinge (26,7 %) hatten ihre Straftat unter den verschärften Bedingungen der Untersuchungshaft angetreten. Ein Anteil von 9 Insassen (8,6 % der teilnehmenden Stichprobe) war in der Teilanstalt III mit verschiedenen Haftlockerungen untergebracht.

Bei den restlichen 17 Probanden, die eine Zusage erteilt hatten, konnten aus folgenden Gründen keine verwertbaren Daten erhoben werden:

- In 8 Fällen erfolgte der Abbruch der Befragung aufgrund von thematischer oder sprachlicher Überforderung bzw. ungenügender Motivation und Kooperation.
- Weitere 6 Häftlinge waren bereits in eine andere Haftanstalt verlegt worden, als sie interviewt werden sollten.
- 2 Insassen lehnten die ursprünglich zugesagte Teilnahme am Tag der Erstbefragung ab.
- 1 Häftling musste aufgrund einer massiv beeinträchtigenden Drogenentzugssymptomatik das an seinem 4. Hafttag anberaumte Interview abbrechen.

2.2. Auswahlkriterien für die Teilnahme an der Befragung

Die erste ärztliche Vorstellung nach Inhaftnahme erfolgt in der „Arztgeschäftsstelle“ durch die dort tätigen Anstaltsärzte mit Zuständigkeit für die Teilanstalten I und III. Anlässlich dieser Untersuchung wurde den Häftlingen die vorgesehene Befragung mithilfe eines Informationsblattes skizziert. Bei Bereitschaft zur Teilnahme wurde die schriftliche Einverständniserklärung der Häftlinge, die den Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen, eingeholt und auf die Erstbefragung in den folgenden Tagen hingewiesen.

2.2.1. Einschlusskriterien

Grundvoraussetzung für die Teilnahme war zunächst die schriftliche Einverständniserklärung. Gute bis sehr gute deutsche Sprachkenntnisse in Wort und Schrift waren Bedingung für das Erfassen des Sinns und für die detaillierte und differenzierte Beantwortung der gestellten Fragen. Aufgrund der Dauer sowie der inhaltlichen Komplexität der geplanten Befragung stellten gute Konzentrationsfähigkeit und Kooperativität weitere Teilnahmebedingungen dar. Die Befragung erfolgte unabhängig vom Delikt beziehungsweise Tatvorwurf und ohne Berücksichtigung zurückliegender Hafterfahrungen.

2.2.2. Ausschlusskriterien

Neben ungenügenden Deutschkenntnissen wurden akute und schwerwiegende somatische oder psychische Erkrankungen als Ausschlusskriterien gewertet. Häftlinge, die gemäß § 230 StPO aufgrund eines Terminversäumnisses wegen Bagatelldelikten inhaftiert wurden und bei denen eine kurzfristige Gerichtsverhandlung bzw. Haftentlassung zu erwarten war, wurden nicht in die Stichprobe aufgenommen.

Vorübergehend in der JVA Berlin-Moabit untergebrachte Häftlinge erfüllten ebenso nicht die Kriterien der Neuaufnahme und des anzunehmenden Verbleibs in der JVA Moabit. Dies traf beispielsweise auf auswärtige Häftlinge zu, die als „Verschuber“ zu Gerichtsverhandlungen, zur Vernehmung als Zeugen oder Beschuldigte bzw. als

Überstellungen aus anderen Bundesländern nach Berlin verbracht wurden. Auch Häftlinge, die sich auf der „Durchreise“ befanden und mit der nächsten Transportmöglichkeit in eine andere JVA verbracht werden sollten, wurden nicht in die Untersuchung einbezogen.

Die Neuaufnahmen, die primär in der Teilanstalt II untergebracht wurden und dementsprechend in der dort separat angeschlossenen Arztgeschäftsstelle die ärztliche Zugangsuntersuchung durchliefen, konnten zumeist aus organisatorischen und personellen Gründen nicht zu ihrer Teilnahmebereitschaft befragt werden.

2.3. Erhebungsinstrumente bei der Erstuntersuchung

Die Datenerhebung dieser zweizeitigen Studie erfolgte mittels dreier Instrumente, die zu beiden Untersuchungszeitpunkten und in der folgenden Reihenfolge zum Einsatz kamen:

- semistrukturiertes Interview
- Beck'sches Depressions-Inventar (BDI-II)
- Hamilton Depressions-Skala (HAMD)

Das Erst-Interview dauerte, einschließlich des Ausfüllens des BDI-II-Fragebogens, durchschnittlich 70 Minuten (schnellster Durchgang 35 Minuten, längste Befragung 110 Minuten Dauer) und fand durchschnittlich am sechsten Hafttag (zwischen dem zweiten und dem elften Tag der Haft) statt. Die für das Erstinterview rekrutierte und vollständig untersuchte Häftlingspopulation bestand aus insgesamt 105 Männern in Untersuchungs- oder Strafhaft.

2.3.1. Semistrukturiertes Interview

Zu Befragungsbeginn wurde zunächst das Procedere bei der Untersuchung einschließlich deren Zeitdauer und der geplanten Folgebefragung ausführlich erläutert. Im Rahmen der Erstbefragung wurde ein semistrukturiertes Interview (s. Anhang

VI.5.1) zur Erfassung relevanter Aspekte der Vorgeschichte und der Lebenssituation des Häftlings angewendet. In offenen, geschlossenen und halbquantitativ formulierten Fragen wurden Daten zu folgenden Themenkomplexen erhoben:

- Biografische Fragen zur Primärfamilie, dem schulischen und beruflichen Werdegang sowie zu den individuellen Lebensumständen vor der aktuellen Inhaftnahme, als „soziobiografische Anamnese“ bezeichnet.
- Die psychiatrische Vorgeschichte einschließlich des Drogenkonsum-Verhaltens.
- Die kriminelle Vorgeschichte der befragten Häftlinge mit aktuellem Tatvorwurf, Vorstrafen und Haft-Vorerfahrungen (forensische Anamnese).
- Die detaillierte Erfassung der jeweiligen Haftbedingungen einschließlich der subjektiven Einschätzung der empfundenen Belastung („aktuelle Haftsituation“).

Ergänzend wurde, zur Erfassung der individuellen Belastungsfaktoren, ein Fremdbeurteilungsinstrument mit sechs Fragen zu Aspekten der aktuellen Haftumstände (s. Anhang VI.5.1) entwickelt und zur Anwendung gebracht. Alle Inhaftierten wurden aufgefordert, ihre subjektive Belastung durch Freiheitsverlust, Kommunikationseinschränkung, nächtliche Kontrollen, Ängste vor Strafe / Zukunft, Schuldgefühle und Probleme „draußen“ einzuschätzen. Die Angaben wurden nach einem Punktesystem quantifiziert. Die Fremdbeurteilung erfolgte durchgängig durch den Autor persönlich und wurde durch gezielt erfragte Angaben zu den im Einzelfall verfügbaren Sicherungsmaßnahmen ergänzt.

Hiernach wurde den Probanden der BDI-II-Fragebogen zur Beantwortung durch Ankreuzen vorgelegt. Im Anschluss daran wurde im Bedarfsfall mittels offener Fragen der psychopathologische Befund ergänzt. Teilweise waren auch Nachfragen zu einzelnen, zuvor ungenügend beantworteten Items erforderlich.

Unmittelbar nach Beendigung des Interviews erfolgte das Ausfüllen des HAMD durch den Untersucher.

2.3.2. Beck'sches Depressions-Inventar (BDI-II)

Das Beck'sche Depressions-Inventar ist ein seit 30 Jahren international weit verbreitetes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Vorhandenseins und des Schweregrades einer depressiven Symptomatik. Schon in seiner ersten Fassung war der BDI ein probates Hilfsmittel zur diagnostischen Urteilsbildung. Bei der Anwendung an 1494 Neuinhaftierten im US-Bundesstaat North Carolina hat sich der Fragebogen als wertvolles und zuverlässiges Messinstrument erwiesen (Boothby et al. 1999). Bereits zuvor verwendeten Zamble und Porporino (1988) unter anderem den BDI (in der ersten Fassung) zur Verlaufsbeurteilung bei Häftlingen über einen Zwei-Jahres-Zeitraum.

Der BDI-Fragebogen in seiner überarbeiteten Fassung, im Folgenden kurz BDI-II genannt, kam sowohl im Erst-, als auch im Folgeinterview der hier vorgestellten Untersuchung zur Anwendung. Der 21 Items umfassende Fragenkatalog (s. Anhang VI.5.2) beruht auf der Selbsteinschätzung des Probanden, der die am ehesten zutreffende Aussage ankreuzt.

Der Ausprägungsgrad jedes der 21 Items wird mit abgestuften Aussagen auf einer Vier-Punkte-Skala (mit Punktwerten von 0 bis 3) quantifiziert. Die Punktzahl aller Items wird summiert und ergibt einen Anhalt für die Schwere der Depression, die mittels vorgegebener Cut-Off-Werte erfasst wird. Dabei liegt folgende, in internationaler Übereinstimmung angewendete Beurteilung zugrunde:

Schweregrade der Depression nach BDI-II-Summenscores

	Punkte
keine depressive Symptomatik	0 - 8
minimale Depression	9 - 13
leichte Depression	14 - 19
mittelschwere Depression	20 - 28
schwere Depression	29 - 63

Der BDI-II-Fragebogen kann nach kurzer Anleitung und bei guten deutschen Sprachkenntnissen in Wort und Schrift in 10 bis höchstens 15 Minuten ausgefüllt werden. Die Bearbeitungszeit wird von der Schwere der Depression, dem Grad der Antriebshemmung, der Entscheidungsfreudigkeit und dem Alter des Probanden beeinflusst.

Als dimensionales Maß der Depressivität ermöglicht das Ergebnis dieses Depressionsinventars nicht nur die binäre Trennung in depressiv / nicht depressiv, sondern erlaubt auch eine differenziertere Einschätzung des Schweregrades der vorliegenden Symptomatik

Bei der vorliegenden Untersuchung kam die revidierte Version des BDI-II zur Anwendung. In der überarbeiteten Fassung wurden vier Fragen ausgetauscht und durch relevante, den speziellen Depressionskriterien des DSM-IV (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders) entsprechende Items (Unruhe, Gefühl der Wertlosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Energieverlust) ersetzt. Die Items „Veränderungen des Appetits“ und „Veränderungen der Schlafgewohnheiten“ wurden derart abgeändert, dass sowohl eine Zunahme, als auch eine Abnahme erfasst werden kann.

Das BDI-II-Testverfahren hat folgende Kennwerte:

Innere Konsistenz für psychiatrische Stichproben, gemessen mit Cronbachs α , im Bereich von $.89 < \alpha < .94$;

Retest-Reliabilität in der nichtklinischen Stichprobe: $r = .78$;

Korrelationen mit anderen Selbstbeurteilungsskalen bei depressiver Symptomatik: $r = .76$ (Testkatalog 2008/2009).

2.3.3. Hamilton Depressions-Skala (HAMD) und Erhebung des psychopathologischen Befundes

Die Hamilton Depression Scale oder Hamilton Rating Scale for Depression (im Folgenden mit der Abkürzung HAMD genannt) stellt eine weit verbreitete klinische Fremdbeurteilungsskala zur Einschätzung des Schweregrades einer Depression dar. Die Gesamtskala (s. Anhang VI.5.3) umfasst 21 depressionsrelevante Items, bei denen der Untersucher eine 3- beziehungsweise 5-stufige Beurteilung (je nach Frage mit 0 bis 2 oder 0 bis 4 Punkten) abgibt. Für die einzelnen Antwortstufen sind Kurzbeschreibungen vorgegeben.

Grundlage für die Beurteilung ist ein Interview mit dem Probanden. Als zeitlicher Bezugsrahmen gelten die letzten Tage oder die letzte Woche vor dem Interview. Der Fragenkatalog erfasst Symptome aus dem affektiven (z.B. Item 1, „depressive Stimmung“), kognitiven (z.B. Item 2, „Schuldgefühle“) und vegetativ-somatischen Bereich (z.B. Item 11, „Ängste – somatisch“). Die Skala findet häufig zur Verlaufsbeurteilung einer Depression unter Therapie Anwendung.

Der sich ergebende Zahlenwert wird durch Aufaddieren der ersten 17 Items berechnet. Definitionsgemäß werden die Zahlenwerte der Fragen 18 bis 21 (Tagesschwankungen, Depersonalisation / Derealisation, paranoide Symptome sowie Zwangssymptome) nicht zu dem Summen-Score addiert.

Die Gütekriterien des HAMD stellen sich folgendermaßen dar: Die Interraterübereinstimmung zur Beurteilung der Reliabilität liegt im Bereich von $r = .52$ und $r = .98$, die innere Konsistenz liegt zwischen $.73$ und $.91$ in Abhängigkeit vom Untersuchungszeitpunkt. Die inhaltliche Validität des HAMD ist dadurch gegeben, dass die erfassten Symptome alle zum klinischen Bild der Depression gehören und die Skala aufgrund klinischer Erfahrungen mit depressiven Patienten entwickelt wurde. Es wurde für die HAMD-Skala eine Korrelation von $r = .37$ mit dem BDI-II ermittelt, was einer Korrelation im mäßig positiven Bereich entspricht (Internationale Skalen für Psychiatrie 1996).

Für die Auswertung können folgende Richtwerte angenommen werden:

Schweregrade der Depression nach HAMD-Summenscores

	Punkte
unauffälliges Ergebnis	0 - 6
leichte Depression	7 - 17
ausgeprägte Depression	18 - 24
besonders schwere Depression	> 24

Die Bearbeitung der HAMD geht mit der Erhebung des psychischen bzw. psychopathologischen Befundes, insbesondere der Erfassung eines depressiven Symptomkomplexes, einher. Basis des Gesprächs ist die empathisch-verstehende Grundhaltung des Untersuchers gegenüber dem Interviewpartner. Hierbei wird der Anspruch in den Mittelpunkt gestellt, eine vorliegende Symptomatik möglichst einfach, überprüfbar und übersichtlich gegliedert zu erfassen und darzustellen. Für die Dokumentation der einzelnen Symptome und des Schweregrades der Ausprägung wird die zuvor beschriebene Hamilton-Skala eingesetzt. Einzelne affektive Phänomene wie Schuldgefühle, Hoffnungslosigkeit und Suizidalität werden durch regelhaftes Thematisieren besonders berücksichtigt.

Bei der Beurteilung des psychischen Befundes finden vielfältige Aspekte Eingang: Äußeres Erscheinungsbild, Auftreten und Kontaktaufnahme, Psychomotorik und Antriebslage, Affektivität, Stimmungslage, Konzentrationsfähigkeit und mnestiche Funktionen, Intelligenz bzw. Differenziertheit der Persönlichkeit, produktiv-psychotische Symptome, Suizidalität, persönlichkeitsassoziierte Merkmale und begleitende somatische Störungen.

Die Erhebung des psychopathologischen Befundes erfolgte im Verlauf des Interviews als sich abzeichnender Gesamteindruck. Die Mehrzahl der relevanten Symptome wurde im Rahmen der Antworten auf Fragen des semistrukturierten Interviews und des BDI-II-Bogens erfasst. Sofern sich wertvolle bzw. erforderliche Ergänzungen im Sinne der Befunderhebung nicht sich aus Spontanangaben des Häftlings ergaben oder der

Eindruck einer Dissimulation oder Aggravation entstand, erfolgte eine gezielte Nachexploration.

Die Hamilton Depressions-Skala wurde unmittelbar im Anschluss an das Gespräch und erst nachdem der Proband den Untersuchungsraum verlassen hatte, ausgefüllt. Die Bearbeitungszeit betrug für den Untersucher etwa 15 Minuten.

2.3.4. Verlaufsuntersuchung

Das Folgeinterview erfolgte im Durchschnitt 27 (26,9) Tage nach Erstbefragung. Die Verlaufsuntersuchung beinhaltete analog zur Erstbefragung ein semistrukturiertes Interview mit einem Fragenkatalog, das Ausfüllen des BDI-II-Fragebogens sowie die Fremdbeurteilung der Depressivität mittels HAMD. Bei der Folgebefragung standen neben der erneuten Erhebung der Depressions-Indices zur Verlaufsbeobachtung insbesondere die Haftbedingungen und die individuellen Belastungsfaktoren der teilnehmenden Häftlinge im Vordergrund.

2.4. Beschreibung der Stichprobe bei Verlaufsuntersuchung

Bedingt durch Entlassungen, Verlegungen oder Ablehnung der Folgebefragung hat sich die Stichprobe bei der Nachuntersuchung von initial 105 auf 67 erneut rekrutierbare Probanden (63,8 %) für das Zweitinterview reduziert. Die insgesamt 38 aus der initialen Stichprobe heraus gefallenen Häftlinge (36,2 %) waren aus folgenden Gründen „lost-to-follow-up“:

- 25 Personen waren, nach entsprechendem Gerichtsurteil, zum geplanten Zweitbefragungszeitpunkt bereits aus der Untersuchungshaft entlassen.
- 9 Häftlinge waren zwischenzeitlich in andere Haftanstalten in Berlin und anderen Bundesländern verlegt.
- 3 Insassen lehnten ein erneutes Interview ab.
- 1 Häftling befand sich in stationärer Behandlung im Justizvollzugskrankenhaus Berlin.

2.5. Erhebungsinstrumente bei der Verlaufsuntersuchung

2.5.1. Semistrukturiertes Folgeinterview

Die Fragen im semistrukturierten Folgeinterview (s. Anhang VI.5.4) bezogen sich auf die speziellen Haftbedingungen der erneut untersuchten Insassen und auf deren Stimmungslage, sowie die möglichen Zusammenhänge zwischen Haftsituation und Stimmungslage. Schwerpunkt war die Erfassung von zwischenzeitlich veränderten Haftumständen und deren möglicher Einfluss auf das psychische Befinden der befragten Häftlinge, insbesondere beim Vorliegen von Stimmungsveränderungen. Hierfür wurden unter anderem erfragt:

- Haftstatus
- Unterbringung
- Einschlussdauer
- Haftlockerungen
- medizinische Komplikationen (insbesondere Entzugssyndrome bei Substanzabhängigkeit)
- Gewährung von Außenkontakten

Ergänzend hierzu bestand in offen formulierten Fragen die Möglichkeit zur Benennung haftbedingter Belastungsfaktoren, hafterleichternder Faktoren und Wünschen zur Verbesserung der Haftsituation.

2.5.2. BDI-II-Verlaufsuntersuchung

Analog dem Vorgehen im Erstgespräch wurde allen 67 Probanden erneut der ihnen bekannte Fragebogen zum Ankreuzen vorgelegt.

2.5.3. HAMD-Verlaufsuntersuchung

Im Rahmen des Folgeinterviews erfolgte wiederum die Erhebung des psychischen Befundes, der in Form der Fremdbeurteilungsskala HAMD durch den Autor dokumentiert wurde.

2.6. Procedere bei der Auswertung

Die erhobenen Befragungsdaten aus den semistrukturierten Interviews wurden auf vorbereiteten Fragebögen (s. Anhang VI.5.1 und VI.5.4) vom Autor unmittelbar handschriftlich festgehalten bzw. mithilfe der hierfür erarbeiteten Antwortschemata bzw. Legenden dokumentiert. In einem zweiten Schritt erfolgte die Eingabe in Microsoft Excel®-Tabellen, wobei für verschiedene Items Gruppen bzw. Cluster gebildet und mit Zahlenwerten versehen wurden.

In einem weiteren Arbeitsschritt wurden die erhobenen Daten statistisch aufgearbeitet und im Längs- und Querschnitt untersucht. Alle Zahlenwerte wurden im Rahmen der Berechnungen auf eine Dezimalstelle aufgerundet. Die explorative Datenanalyse erfolgte mit Hilfe der Spezial-Software SPSS 15.0 sowie SPSS 18 für Microsoft® Word (Statistical Program for Social Sciences).

3. Ergebnisse

3.1. Semistrukturiertes Erstinterview / statistische Auswertung

3.1.1. Soziobiografische Daten

3.1.1.1. Altersverteilung

Die jüngsten Häftlinge waren 21 Jahre alt, der älteste Insasse gab sein Alter mit 54 Jahren an. Das Durchschnittsalter der befragten Häftlinge betrug knapp 32 Jahre (31,8 Jahre). Der Median des Sample lag bei 29 Jahren, d.h. mehr als 50 % der Häftlinge waren jünger als 30 Jahre.

3.1.1.2. Nationalität

Von den teilnehmenden Häftlingen waren 84,8 % deutscher Nationalität, die restlichen 15,2 % verteilten sich auf ausländische Staatsangehörigkeiten.

Tabelle 2: Verteilung der Nationalitäten in der Stichprobe

Nationalität	Anzahl	Prozent
Deutsch	89	84,8 %
Türkisch	4	3,8 %
Polnisch	4	3,8 %
Serbisch	4	3,8 %
Libanesisch	1	1,0 %
Iranisch	1	1,0 %
Kroatisch	1	1,0 %
staatenlos	1	1,0 %
Summe	105	100,0 %

Der hohe Anteil deutscher Staatsbürger ist methodisch bedingt, da die Teilnahmebedingungen Häftlinge mit ungenügenden deutschen Sprachkenntnissen ausschlossen.

3.1.1.3. Wohnsituation

Die Wohnsituation der Befragten unmittelbar vor Inhaftierung bildete sich folgendermaßen ab:

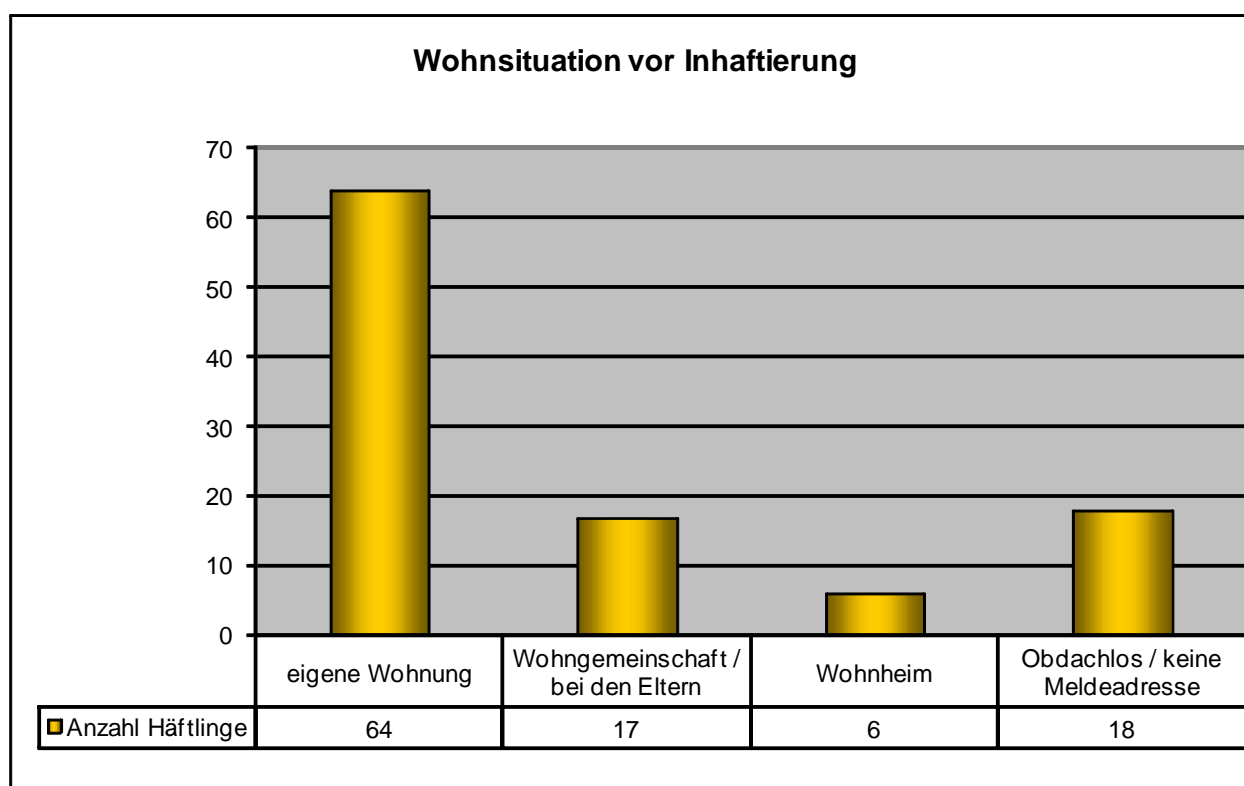


Abbildung 1: Wohnsituation vor Inhaftierung

Insgesamt gaben 24 Probanden (22,9 %) Obdachlosigkeit, fehlenden festen Wohnsitz oder ein Wohnheim als Unterkunft an, was die benachteiligte soziale Situation der Inhaftiertenpopulation widerspiegelt. In gesicherten Wohnverhältnissen (in eigener Wohnung, einer Wohngemeinschaft oder bei den Eltern lebend) befanden sich 77,1 % der Häftlinge.

3.1.1.4. Familienstand

Die Angaben der Insassen zum aktuellen Familienstand sind der folgenden Abbildung zu entnehmen.

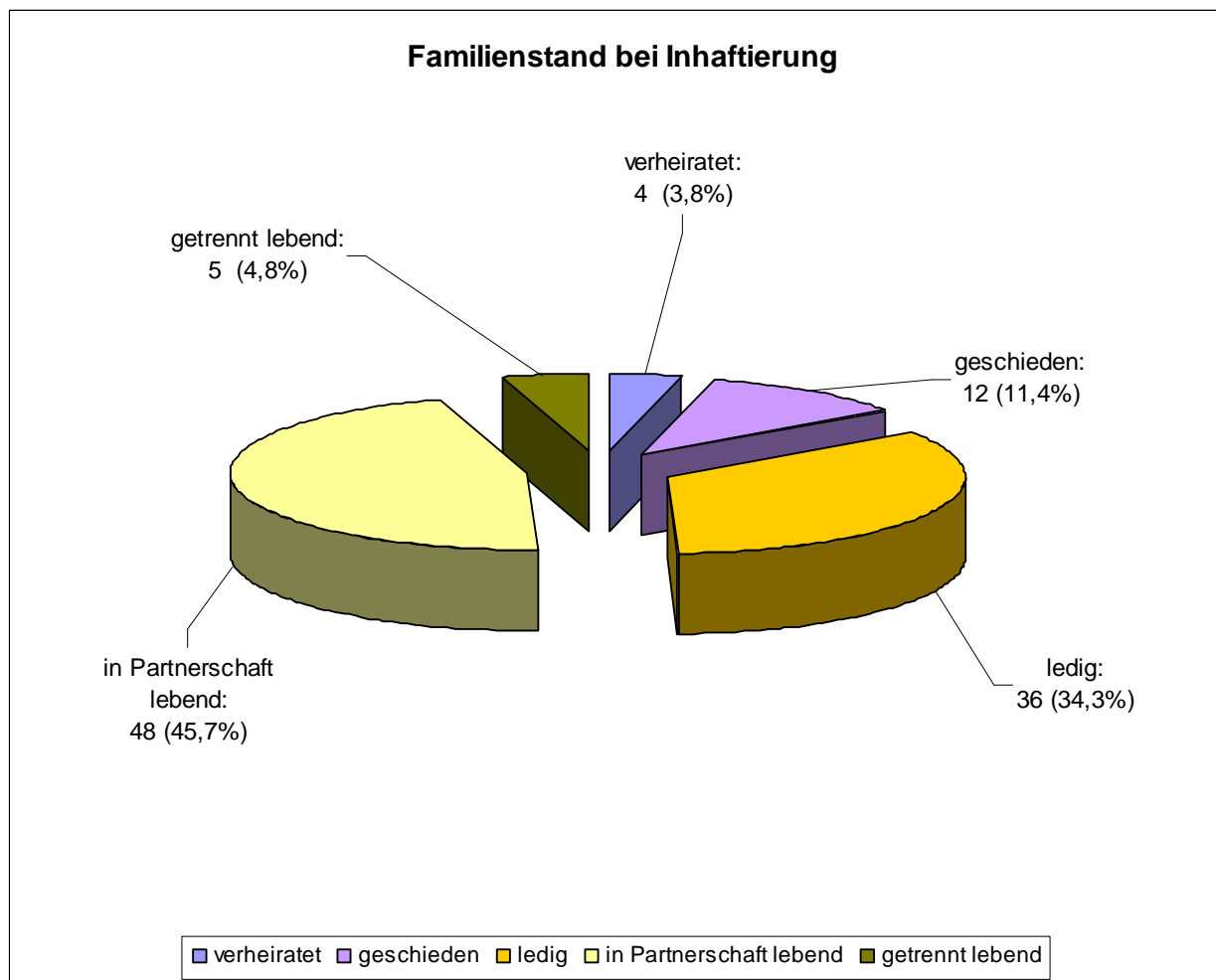


Abbildung 2: Familienstand bei Inhaftierung (absolut und in Prozent)

Dem jungen Durchschnittsalter und den vielfach als unbeständig geschilderten Partnerschaften entsprechend ist der Anteil der verheirateten Männer relativ gering. Die Bezeichnung „getrennt“ bezieht sich sowohl auf Lebenspartnerschaften als auch auf Ehen vor Scheidung.

Zu eigenen Kindern befragt, gaben 50 Insassen an, Kinder zu haben (47,6 %). 55 Befragte waren bei Inhaftierung kinderlos (52,4 %).

3.1.1.5. Schulbildung

Die Frage zur schulischen Ausbildung der Inhaftierten ergab folgende Verteilung:

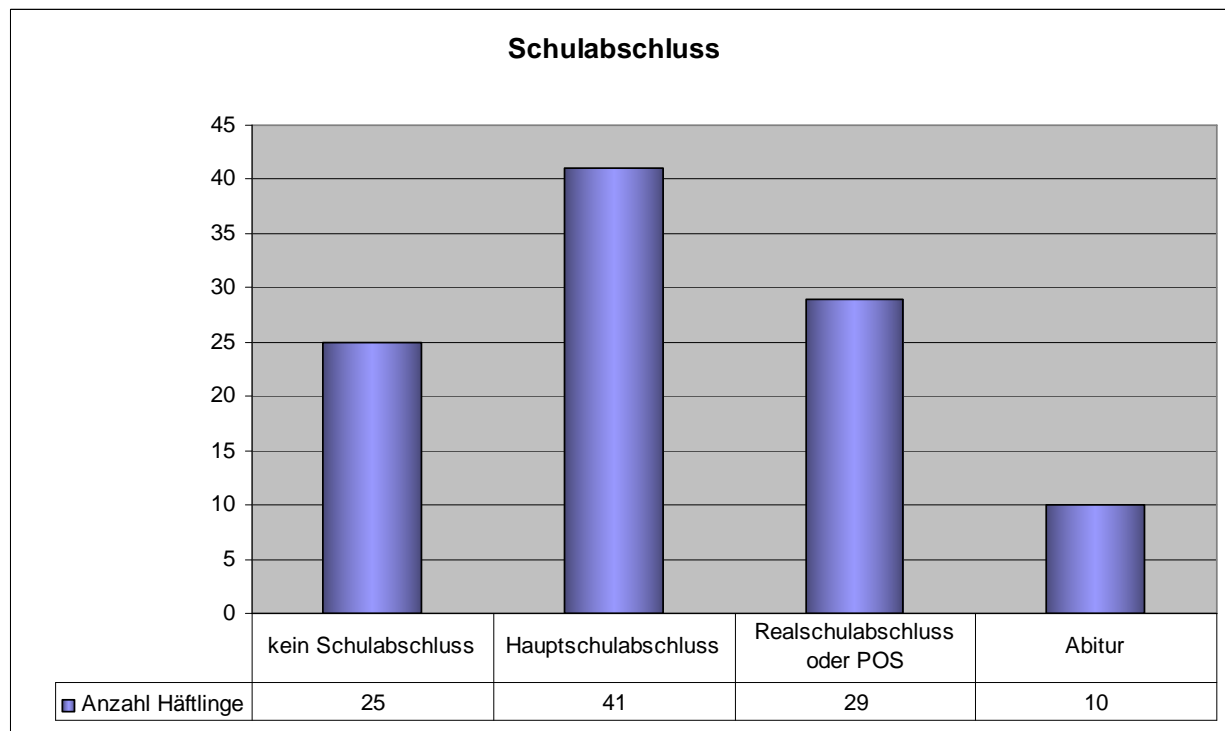


Abbildung 3: Schulabschluss

Die Abkürzung POS in der Abbildung bedeutet „polytechnische Oberschule“, deren Abschluss in der DDR vor der deutschen Wiedervereinigung dem Erreichen des Realschulabschlusses entspricht.

Von der Gesamtstichprobe hatten 12 Personen (11,5 %) lediglich 8 Schuljahre oder weniger absolviert. Weitere 13 Personen hatten zwar 9 bis 11 Schuljahre einschließlich der Wiederholung einzelner oder mehrerer Klassen absolviert, aber dennoch keinen Schulabschluss erreicht. Die niedrige Abiturientenzahl (9,5 %), der hohe Anteil an Hauptschulabschlüssen (39,0 %) sowie die hohe Probandenzahl mit vorzeitigem Schulabbruch oder fehlendem Abgangszeugnis (23,8 %) können als Hinweise auf die Herkunft aus einem bildungsfernen Milieu gewertet werden.

3.1.1.6. Erwerbsbiografie

Die nachfolgende Tabelle gibt die Angaben der Häftlinge zu ihrer Berufsausbildung und ihrer zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit wieder.

Tabelle 3: Berufliche Ausbildung

erlernter Beruf	Anzahl	Prozent
keine berufliche Ausbildung	62	59,0 %
Hoch- und Tiefbau	12	11,4 %
kaufmännischer Beruf	4	3,8 %
Bäcker / Koch / Konditor	5	4,8 %
Maler / Lackierer	5	4,8 %
Mechaniker	12	11,4 %
selbständig / gewerbetreibend	1	1,0 %
Akademiker	4	3,8 %
Summe	105	100,0 %

Dem niedrigen schulischen Bildungsniveau entsprechend, spiegelt sich erwartungsgemäß ein mit 59,0 % sehr hoher Anteil an Probanden ohne abgeschlossene berufliche Ausbildung wider. In der Detailbetrachtung der Gruppe „keine berufliche Ausbildung“ hatten 12,3 % nie eine Berufsausbildung begonnen, weitere 46,7 % gaben einen kurzfristigen Ausbildungsabbruch an. Ein Häftling befand sich bis zu seiner Inhaftnahme in Ausbildung.

Der mit 59,0 % hohe Prozentsatz der Häftlinge ohne erlernten Beruf weist auf bildungsferne, ressourcenarme und benachteiligte soziale Milieus hin. Diese Annahme wird durch die Antworten auf die Frage nach „Arbeit vor Inhaftierung“ bestätigt: lediglich 30,5 % hatten eine Beschäftigung, 69,5 % verneinten eine berufliche Tätigkeit.

Auffällig ist die Häufung der angegebenen Beschäftigung in der Baubranche, im Handwerk, sowie im Bereich der Mechaniker. Dies ist eine logische Folge der ungenügenden schulischen Ausgangssituation.

3.1.1.7. Jugendzeit

Um die Bedingungen, unter denen die Häftlinge ihre Kindheit und Jugend verbracht hatten, zu beleuchten, wurde gefragt, bei wem bzw. wo sie aufgewachsen waren.

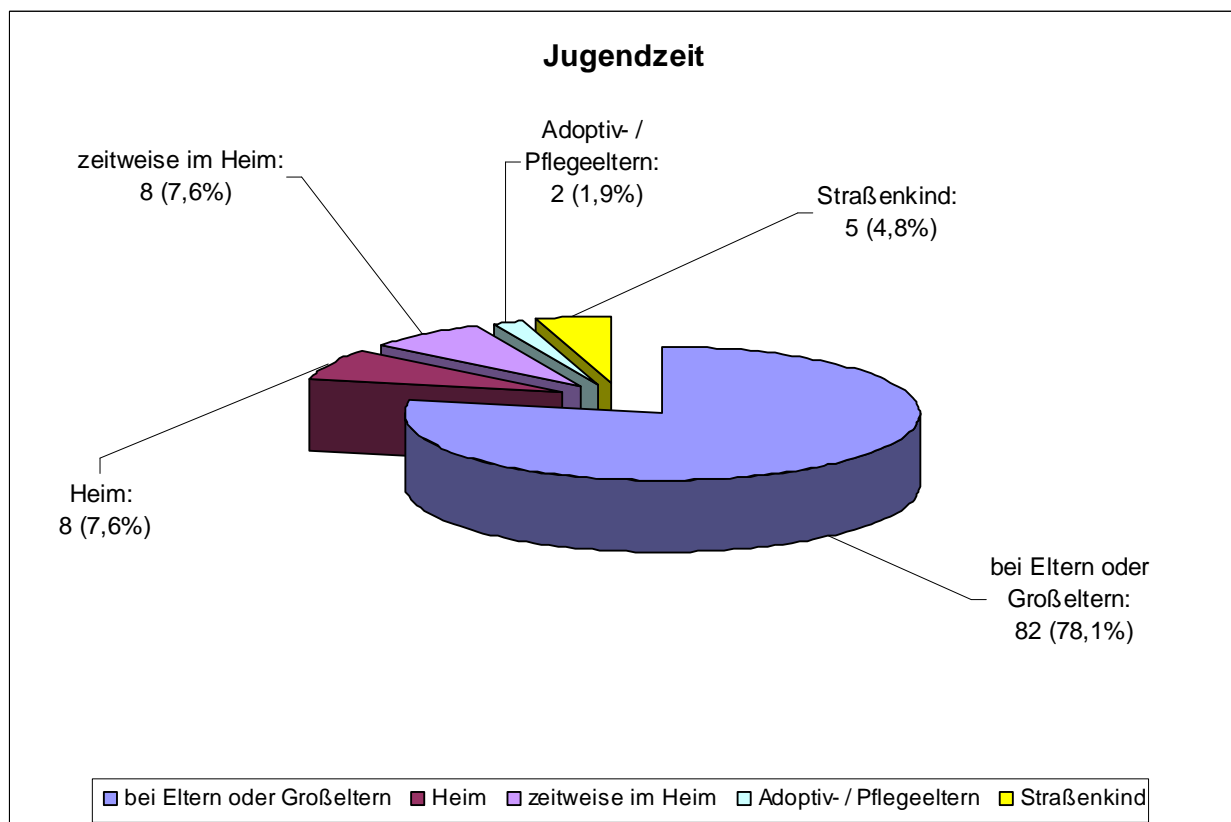


Abbildung 4 : Jugendzeit der Probanden (in Klammern: prozentualer Anteil)

Von der Gesamtzahl der Befragten wuchsen 78,1 % bei ihren leiblichen Eltern und / oder den Großeltern auf. Die restlichen 21,9 % verbrachten ihre Kinder-/ Jugendzeit zumindest teilweise getrennt von ihren leiblichen Eltern bzw. ihrer Primärfamilie in Heimen, bei Adoptiv- oder Pflegeeltern oder sogar als Straßenkind. Somit entstammt ein beachtlicher Anteil der Insassen „Broken home“-Situationen mit den Entbehnungen der schützenden Primärfamilie.

3.1.1.8. Finanzielle Situation und Lebensunterhalt

Die Frage nach Verschuldung bei Inhaftierung beantworteten 88,6 % mit „ja“, 10,5 % mit „nein“, ein Proband machte hierzu keine Angaben. Die Verteilung der Schuldenhöhe ist der folgenden Abbildung zu entnehmen.

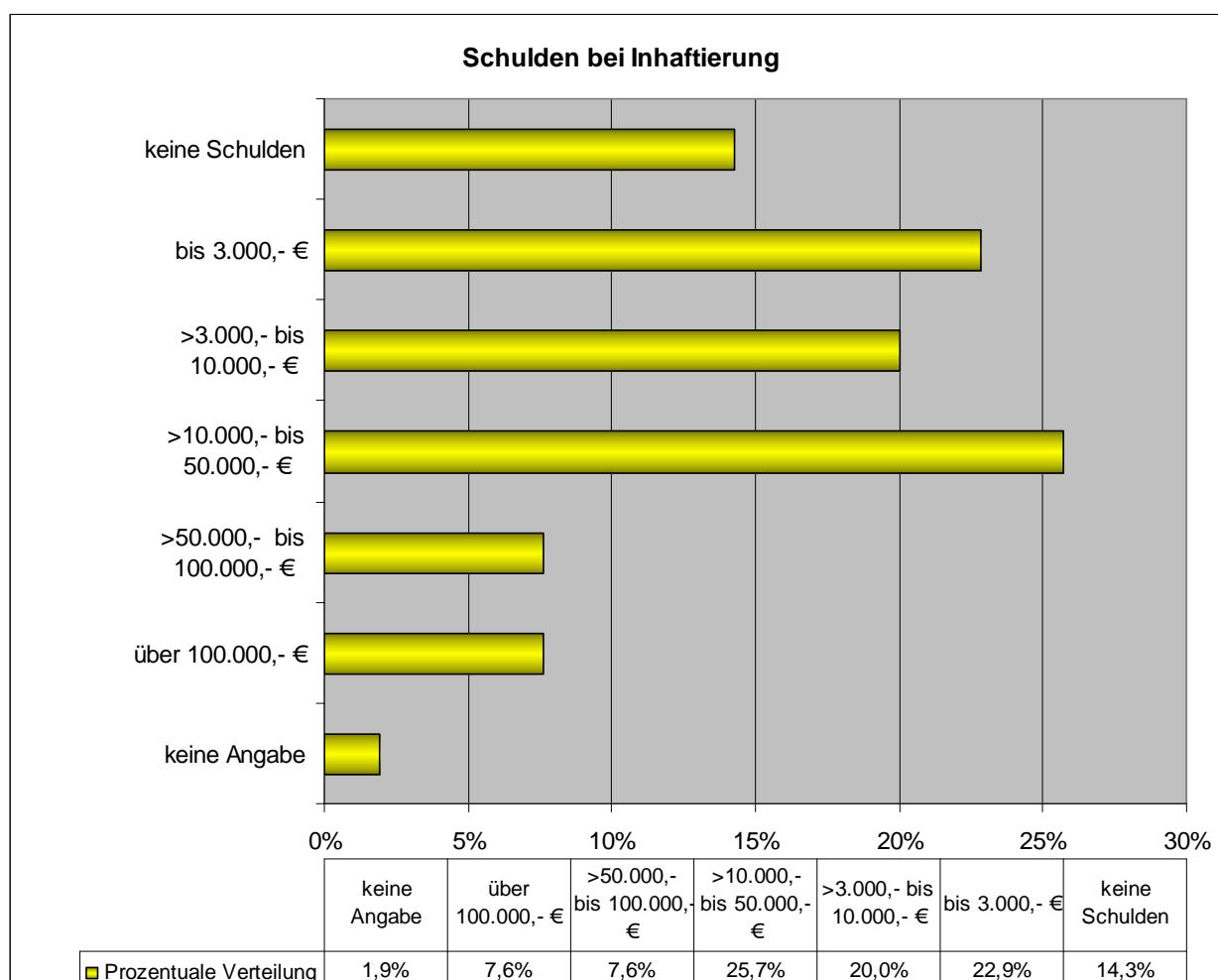


Abbildung 5: Schulden bei Inhaftierung

Die Hälfte der Insassen (51,0 %) bezog Hartz IV bzw. Grundsicherung. Ihren Lebensunterhalt bestritten 28,8 % durch reguläre berufliche Tätigkeit, 6,7 % benannten Schwarzarbeit oder illegale Tätigkeiten als Haupteinnahmequelle. Weitere 13,5 % gaben an, ohne jegliches Einkommen zu sein, ein Befragter verweigerte die Angabe zu seiner Einkommenssituation.

3.1.2. Psychiatrische und Drogenanamnese

3.1.2.1. Psychiatrische Anamnese

Zur Erfassung vorheriger psychiatrischer Erkrankungen und evtl. psychischer Dysfunktionalität in der Vorgeschichte einschließlich Entwicklungs- oder Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter wurden im zweiten Teil des semistrukturierten Interviews Fragen zu folgenden Bereichen gestellt:

- ambulante nervenärztliche, psychologische oder psychotherapeutische Vorbehandlung, soweit erinnerlich auch in der Kindheit
- Anzahl und Dauer stationär-psychiatrischer Vorbehandlungen
- vorangegangene Maßregelvollzugsbehandlungen
- Behandlungsdiagnosen
- Medikamentenverordnung/-einnahme

3.1.2.2. Nervenärztliche Vorbehandlung

Von 105 Häftlingen verneinten 88 (83,8 %) eine fachärztliche nervenärztliche Vorbehandlung. Neun Probanden (8,6 %) gaben an, sich früher in ambulanter neurologisch-psychiatrischer Behandlung befunden zu haben, zwei Insassen (1,9 %) hatten zu einem früheren Zeitpunkt ihren Hausarzt wegen einer psychischen Störung konsultiert. Weitere 6 Insassen (5,7 %) waren bei einem Psychologen vorstellig geworden. Die Häftlinge benannten teilweise bis zu drei Diagnosen, die unter 3.1.2.5 aufgelistet sind.

3.1.2.3. Stationär-psychiatrische Vorbehandlung

Innerhalb der Gesamtstichprobe gaben 95 Häftlinge (90,5 %) an, sich noch nie in stationär-psychiatrischer Behandlung befunden zu haben. Acht Probanden (7,6 %) wurden einmalig in einer psychiatrischen Abteilung stationär behandelt, wobei die jeweiligen Aufenthalte höchstens 3 Wochen dauerten.

Lediglich zwei Häftlinge (1,9 %) befanden sich je zweimalig in stationär-psychiatrischer Behandlung, die in beiden Fällen die Dauer von 6 Wochen überschritt.

3.1.2.4. Maßregelvollzug

Stationäre Vorbehandlungen im Rahmen eines Maßregelvollzuges wurden von 101 Probanden verneint. Vier Probanden gaben eine einmalige Maßregelvollzugsbehandlung in ihrer Vorgeschichte an, deren Dauer jeweils 2, 2½, 3 und 9 Jahre betrug.

3.1.2.5. Behandlungsdiagnosen der Vorbehandlungen

Die Probanden wurden gebeten, ihre Behandlungsdiagnosen für zurückliegende ambulante nervenärztliche Konsultationen anzugeben.

Tabelle 4: Diagnosen ambulanter neurologisch-psychiatrischer Konsultationen

Diagnosen ambulanter neurologisch-psychiatrischer Vorbehandlungen	Anzahl
Störungen infolge von Alkoholabusus oder Polytoxikomanie	7
Depressionen und Ängste	5
Entwicklungsstörungen (Bettnässen, Stottern, "Verhaltensauffälligkeiten")	5
ADHS	3
paranoid-psychotisches Erleben unter Drogeneinwirkung (LSD, Kokain)	2
Zwangserkrankungen ("Messie-Syndrom")	1
Schizophrenie	1
Impulskontrollstörung	1

An vorbestehenden neurologischen Störungen wurden je einmal Tremor bei cerebellärer Malformation und eine Facialisparesie angegeben.

Als Behandlungsdiagnosen für die je einmaligen stationär-psychiatrischen Aufenthalte wurden von den Probanden folgende Störungen genannt:

- in 4 Fällen: Folgeerscheinungen von Alkohol- oder Drogenmissbrauch (Delir, psychotische Symptomatik)
- in 2 Fällen: Impulskontrollstörung bzw. "Verhaltensauffälligkeiten"
- in 1 Fall: schwerer Suizidversuch
- in 1 Fall: konnte der Proband keine Vordiagnose nennen

Die 2 Häftlinge, die zuvor je zweimalig stationär behandelt wurden, nannten die Diagnosen:

- „Depression und somatoforme Schmerzstörung“ bzw.
- „paranoide Schizophrenie“

3.1.2.6. Psychopharmaka in der Anamnese

Die folgende Tabelle fasst die Angaben zur medikamentösen Vorbehandlung im Zusammenhang mit psychiatrischen Krankheitsbildern zusammen.

Tabelle 5: Psychopharmaka-Verordnung in der Anamnese

Stoffgruppe	Anzahl	Prozent
keine Vormedikation	93	88,6%
Antidepressiva	2	1,9%
Neuroleptika	2	1,9%
Kombination Antidepressiva und Neuroleptika	2	1,9%
Sedativa und Anxiolytika	2	1,9%
Amphetamine	2	1,9%
Kombination Neuroleptika und andere Präparate	2	1,9%
Summe	105	100,0%

3.1.2.7. Drogenanamnese

Zur detaillierten Drogenanamnese wurde ein Fragenkomplex im semistrukturierten Interview mit Exploration von einzelnen Suchtstoffen und Mengenangaben bearbeitet. Erfragt wurden länger zurückliegende Konsumgewohnheiten, Entzugsbehandlungen und Drogentherapien in der Vorgeschichte, sowie das Konsumverhalten und die Applikationsart der jeweiligen Substanzen bis zur Inhaftnahme.

3.1.2.7.1. Alkohol

Die Konsummengen wurden unter Verwendung niedriger durchschnittlicher Alkohol-Gehaltswerte für die einzelnen Alkoholika (bei zum Teil großen Spannweiten v.a. innerhalb der heterogenen Gruppe hochprozentiger Spirituosen) ermittelt. Als Berechnungsgrundlage der angegebenen Mittelwerte in Gramm Alkohol pro Tag dienten folgende Angaben der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen:

- 1 Liter Bier entspricht 40 g Alkohol
- 1 Liter Wein entspricht 90 g Alkohol
- 1 Liter „Klarer“ entspricht 260 g Alkohol
- 1 Liter Rum entspricht 340 g Alkohol

Die in der internationalen Literatur angegebenen Grenzwerte für einen körperlich nicht riskanten Alkoholkonsum differieren erheblich. Die Richtwerte für Männer werden von der WHO mit 40 g Reinalkohol täglich angegeben, die US-amerikanische Gesundheitsbehörde NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) gibt 24 g als Tagesgrenze an und die Britische Ärztevereinigung legt die Grenze bei 30 g pro Tag fest. Letzterer Grenzwert wurde im hier untersuchten Sample von 22,9 % der Befragten überschritten.

Die nachfolgende Abbildung gibt die Verteilung der Trinkgewohnheiten der Häftlinge wieder. Auffällig ist der mit 21,9 % hohe Anteil der Insassen, der Alkoholkonsum negierte, was sich nur zum Teil durch die Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft (z.B. Moslems) erklären lässt.

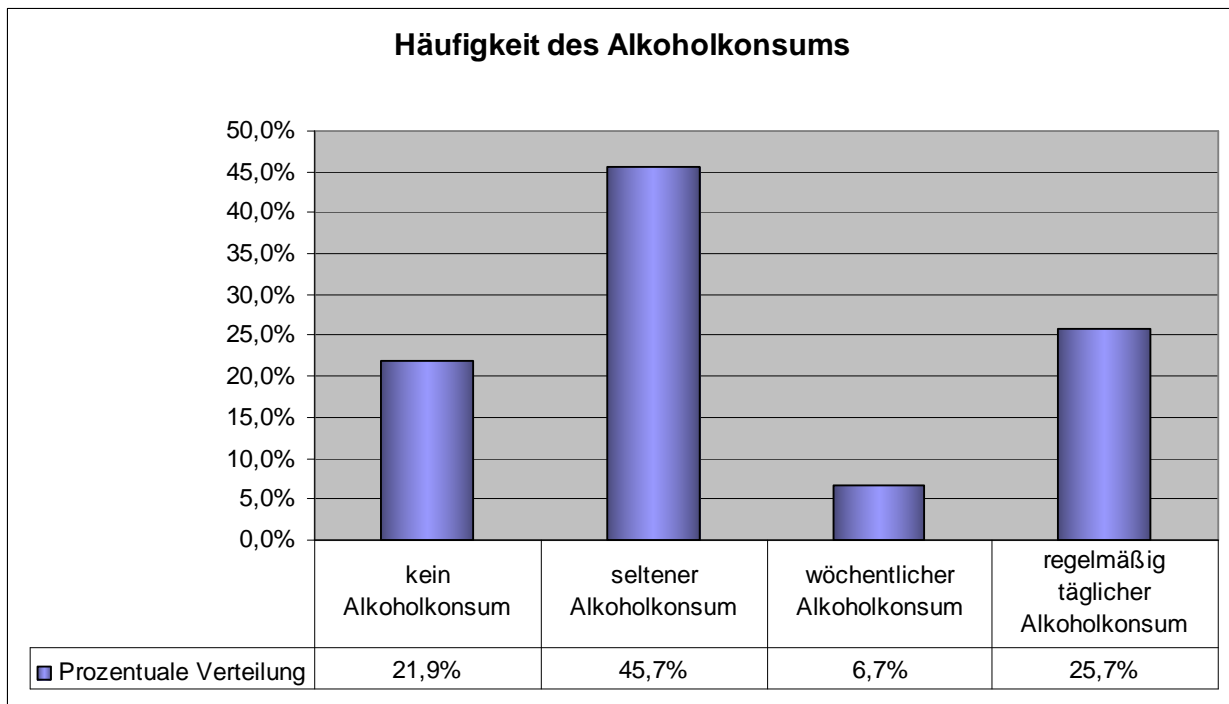


Abbildung 6: Angaben zum Alkoholkonsum

Insgesamt 42 Häftlinge (40,0 %) gaben Alkoholentzüge in ihrer Anamnese an. Diese verteilten sich wie folgt:

Ambulante Entzüge:

bis zu 3 Entzügen: 18 Probanden
 4 bis 5 Entzüge: 6 Probanden
 Über 10 Entzüge: 4 Probanden

Entzüge in Haft:

1 oder 2 Entzüge: 6 Probanden
 3 Entzüge: 8 Probanden

Im gesamten Sample wurden 3 Häftlinge mit Clomethiazol (Distraneurin®) mediziert, was als Indikator für eine ausgeprägte Alkohol-Entzugssymptomatik gewertet werden kann.

3.1.2.7.2. Nikotin

Innerhalb des Samples befanden sich lediglich 7 Nichtraucher (6,7 %). Die Raucher befanden sich mit 98 Personen in der deutlichen Mehrzahl, von denen 75 Befragte (71,4 %) bis zu 20 Zigaretten täglich konsumierten. Weitere 19 Personen (18,1 %)

rauchten bis zu 40 Zigaretten und 4 Probanden (3,8 %) gaben einen darüber liegenden Nikotinabusus an.

3.1.2.7.3. Medikamente

In der nachfolgenden Tabelle sind die Angaben zur Häufigkeit von Medikamenteneinnahme diverser Substanzgruppen ohne ärztliche Verordnung oder medizinische Indikation aufgeführt.

Tabelle 6: Tablettenkonsum ohne ärztliche Verordnung

Häufigkeit	Anzahl	Prozent
nie	82	78,1 %
früher	1	1,0 %
gelegentlich	2	1,9 %
wöchentlich	1	1,0 %
täglich	19	18,1 %
Summe	105	100,0 %

Insgesamt fanden sich nur wenige Gelegenheitskonsumenten (2,9 %), der Anteil täglicher Konsumenten war mit 18,1 % hoch und häufig Teil einer Polytoxikomanie. Bei den angegebenen Präparaten handelte es sich vorwiegend um Benzodiazepine und die analgetische Substanz Tilidin.

3.1.2.7.4. Cannabis

Die Befragung zu den Cannabis-Konsumgewohnheiten vor Inhaftierung ergab folgende Verteilung:

Tabelle 7: Cannabis-Konsum

Cannabis-Konsum	Anzahl
niemals	31
früher probiert / konsumiert	19
gelegentlicher Konsum	19
wöchentlicher Konsum	5
täglicher Konsum	31

Von den 31 täglichen Konsumenten, bei denen somit eine Substanzabhängigkeit vorlag, wurden folgende Cannabis-Tagesmengen angegeben:

Tabelle 8: Täglicher Cannabiskonsum in Gramm pro Tag

Cannabis-Tagesmengen	Anzahl
bis 2 g/d	15
über 2 bis 5 g/d	8
über 5 bis 10 g/d	5
keine Mengenangabe	3

3.1.2.7.5. Kokain

Im Zusammenhang mit der Frage nach dem Kokainkonsum ergab sich folgende Verteilung:

Tabelle 9: Kokain-Konsum

Kokain-Konsum	Anzahl
niemals	46
früher probiert / konsumiert	20
gelegentlicher Konsum	19
wöchentlicher Konsum	5
täglicher Konsum	15

Von den 15 täglichen Konsumenten (14,3 % der Gesamtstichprobe) gaben 11 Häftlinge eine Tagesmenge von bis zu 2 g an, 2 Insassen konsumierten größere Mengen bis 5 g/d, 2 weitere gaben täglichen Kokain-Konsum in Rahmen eines intravenösen Mischkonsums („Cocktail“) an.

3.1.2.7.6. Heroin

Der Heroinkonsum verteilte sich unter den befragten Häftlingen wie folgt:

Tabelle 10: Heroin-Konsum

Heroin-Konsum	Anzahl
niemals	71
früher probiert / konsumiert	11
gelegentlicher Konsum	1
wöchentlicher Konsum	0
täglicher Konsum	22

Von den 22 täglichen Konsumenten (20,9 % der Befragten, die somit als Heroin-abhängig einzuschätzen sind) wurden folgende Tagesmengen angegeben:

Tabelle 11: Täglicher Heroinkonsum in Gramm pro Tag

Heroin-Tagesmengen	Anzahl
bis 2 g/d	11
über 2 bis 5 g/d	9
über 5 bis 10 g/d	2

20 Häftlinge waren i.v.-User, 2 gaben die inhalative Applikationsform des Heroins an. Von 9 Häftlingen wurde eine Substitution mit Methadon bzw. eine Selbstbeschaffung zum Beikonsum angegeben.

3.1.2.7.7. Amphetamine und weitere Substanzen

Abschließend wurde das Konsumverhalten von Amphetaminen und anderen Drogen erfasst.

Tabelle 12: Amphetamin-Konsum

Amphetamin-Konsum	Anzahl
niemals	57
früher probiert / konsumiert	33
gelegentlicher Konsum	8
wöchentlicher Konsum	5
täglicher Konsum	2

Genannt wurden hier insbesondere „Speed“ und „Ecstasy“.

Tabelle 13: Konsum sonstiger Drogen

Konsum sonstiger Drogen	Anzahl
niemals	56
früher probiert / konsumiert	39
gelegentlicher Konsum	5
wöchentlicher Konsum	2
täglicher Konsum	3

Zu den aufgezählten Substanzen gehörten synthetische Stoffe wie LSD, das Kokainderivat „Crack“, das synthetische Amphetamin „Crystal Meth“, Lösungsmittel, ϕ -Butyrolacton, die Pilzdroge Psilocybin und „Angel Dust“ (Phencyclidin).

Die Einnahme dieser Substanzen erfolgte in allen Fällen in Form eines Mischkonsums mit anderen Substanzen, zumeist „bei Gelegenheit“, und war häufig durch die Beschaffungsmodi und -kosten limitiert, was sich in der geringen Zahl häufiger User widerspiegelt.

3.1.3. Forensische Vorgeschichte

Die 105 befragten Probanden des Erstinterviews teilten sich in 77 Untersuchungshäftlinge und 28 Strafgefangene auf.

Von der Gesamtstichprobe gaben 23 Häftlinge (21,9 %) an, erstmalig inhaftiert worden zu sein. Mit 30 Insassen (28,6 %) befand sich über ein Viertel der Sample bereits zum zweiten Mal in Haft. Für fast die Hälfte der Befragten (52 Probanden, 49,5 %) stellte der aktuelle Aufenthalt in der JVA Berlin-Moabit die mindestens dritte Inhaftierung dar.

Die folgende Tabelle listet die von den Insassen angegebenen Gründe für die aktuelle Inhaftierung auf. Alle erfragten Anlassdelikte sind freiwillige Angaben der Häftlinge, da für diese Untersuchung keine Einsichtnahme in die juristischen Akten erfolgte. Die Vollständigkeit des Strafregisters der einzelnen Probanden ist daher nicht gewährleistet.

Tabelle 14: Haftgrund bzw. aktueller Tatvorwurf

Haftgrund bzw. aktueller Tatvorwurf (Angabe des Hauptdelikts oder des juristisch schwerwiegendsten Vergehens)		
	Anzahl	Prozent
Betrug, Untreue	15	14,3 %
Sachbeschädigung	2	1,9 %
Einbruch, Diebstahl	36	34,3 %
Körperverletzung	10	9,5 %
Raubüberfall, räuberische Erpressung	21	20,0 %
"Fahnenflucht", nicht abgeleistete Sozialstunden	2	1,9 %
Fahren ohne Führerschein	2	1,9 %
Bewährungswiderruf	4	3,8 %
Verstoß gegen das BTM-Gesetz	1	1,0 %
Hehlerei, BTM-Handel	6	5,7 %
Verstoß gegen das Waffengesetz	2	1,9 %
Brandstiftung	1	1,0 %
Organisierte Kriminalität	2	1,9 %
Totschlag	1	1,0 %
Summe	105	100,0 %

Zur besseren Einschätzung der jeweiligen Deliktschwere sei erwähnt, dass zu den im Erstinterview genannten „gemeingefährlichen Straftaten“ nach der Liste der Tatbestände des deutschen Strafgesetzbuches u.a. auch Brandstiftung, gefährlicher Eingriff in den Straßenverkehr, Trunkenheit im Verkehr und der Vollrausch zählen.

Folgende zusätzliche Delikte bzw. Deliktvorwürfe wurden als weitere Gründe für die aktuelle Inhaftierung angegeben:

Tabelle 15: Zusatzdelikte bzw. Deliktvorwürfe

Zusätzliche Delikte bzw. Deliktvorwürfe als weitere Haftgründe	
	Anzahl
Fahren ohne Führerschein	4
Betrug	10
Beleidigung, Widerstand gegen die Staatsgewalt	4
Stellungsbefehl missachtet	1
Urkundenfälschung	1
Sozialstunden nicht angetreten bzw. abgeleistet	1
Nicht zum offenen Vollzug angetreten, Haftantritt versäumt	4
Bewährungswiderruf	2
Anstiftung zu vorgetäuschter Straftat	2
Verstoß gegen BTM-Gesetz	7
Verstoß gegen das Waffengesetz	5
Hehlerei, BTM-Handel	9
Nötigung	1
Sachbeschädigung	1
Einbruch, Diebstahl, Beschaffungskriminalität	14
Körperverletzung	7
§ 230 StPO	31

Zu länger zurückliegenden Vorverurteilungen befragt, gaben lediglich 7 Insassen (6,7 %) an, nicht vorbestraft zu sein. Die große Mehrheit von 98 Insassen (93,3 %) war bereits vorbestraft. Die folgende Auflistung von Straftaten beruht wiederum auf freiwilligen und mutmaßlich nicht vollständigen Angaben der Probanden, die vielfach mehrere Vorstrafen benannten.

Tabelle 16: Länger zurückliegende Vorverurteilungen

Länger zurückliegende Vorverurteilungen (beinhaltet Mehrfachnennungen)	
nicht vorbestraft	7
Betrug, Untreue	19
Urkundenfälschung	3
Unterhaltsklage	1
Insolvenzverschleppung	1
Beleidigung	1
Hausfriedensbruch	1
Sachbeschädigung	5
Fahren ohne Führerschein, Trunkenheit am Steuer	15
Einbruch, Diebstahl, Beschaffungskriminalität	67
Republikflucht (Verurteilung in der damaligen DDR)	2
Verstoß gegen das BTM-Gesetz	26
Verstoß gegen das Waffengesetz	8
Verstoß gegen das Aufenthaltsrecht	1
Verstoß gegen § 230 (StPO)	2
Hehlerei, BTM-Handel	7
Körperverletzung	30
Raubüberfall, räuberische Erpressung	14
Brandstiftung	3
fahrlässige Tötung	1
versuchter Totschlag	1

Der Verstoß gegen eine Bewährungsaufgabe bei der aktuellen Inhaftnahme wurde von 46,7 % angegeben und von 49,5 % verneint. Die restlichen 4 Befragten (3,8 %) konnten oder wollten sich hierzu nicht äußern.

Unter dem Delikt „Betrug / Untreue“ wurden auch Internetbetrug, Kreditkartenbetrug, gewerblicher Betrug und das minderschwere Vergehen des „Erschleichens von Leistungen“ („Schwarzfahren“ mit öffentlichen Verkehrsmitteln) subsumiert.

Unter „Einbruch / Diebstahl“ erscheinen auch der schwere, der bewaffnete und der Bandendiebstahl. Diebstahldelikte kamen vielfach in Tateinheit mit Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz vor und wurden von den Probanden häufig auch als „Beschaffungskriminalität“ bezeichnet. Unter „Körperverletzung“ wurden auch schwere Formen von Misshandlung aufgelistet. Im Zusammenhang mit Betäubungsmitteldelikten (Verstoß gegen das BTM-Gesetz) gab es bei dem Punkt „BTM-Handel / Hehlerei“ auch einen Fall von „BTM-Anbau“ in größerem Ausmaß.

Die zuvor verbüßten Haftzeiten der befragten Insassen sind in der folgenden Übersichtstabelle zusammengefasst.

Tabelle 17: Dauer der Vorinhaftierungen der untersuchten Häftlinge (n=105)

Haftdauer	Anzahl der Häftlinge	Prozent
Keine Vorinhaftierung	23	21,9 %
bis zu drei Monaten	17	16,2 %
3 Monate bis zu einem Jahr	16	15,2 %
1 Jahr bis 2 Jahre	15	14,3 %
2 Jahre bis 4 Jahre	13	12,4 %
über 4 Jahre	21	20,0 %
Gesamt	105	100,0 %
Teilsumme "Probanden mit Hafterfahrung"	82	78,1%

Lediglich 23 Probanden (21,9 %) des Samples von 105 Insassen waren ohne Hafterfahrung, nur ein noch geringerer Anteil von 7 Häftlingen (6,7 %) gab an, nicht vorbestraft zu sein.

Innerhalb der Häftlingsgruppe mit Vorinhaftierungen ließen sich folgende Daten erheben: Das Alter bei der ersten Inhaftierung gab der zu diesem Zeitpunkt jüngste Häftling mit 14 Jahren und der älteste Erstinhaftierte mit 51 Jahren an. Vor ihrem 22. Lebensjahr erstmalig in Haft genommen wurden 51,4 % der hafterfahrenen Insassen. Von den 82 Insassen mit Hafterfahrung (78,1 % des Gesamt-Samples) hatten 82,9 % keine Form von Wiedereingliederungsmaßnahmen erfahren. Ein Anteil von 45,1 % hatte nach Entlassung aus dem letzten Haftaufenthalt keinen Job gefunden (bzw. war keiner legalen beruflichen Tätigkeit nachgegangen), einen festen Wohnsitz nach letzter Haft verneinten 14,6 %.

3.1.4. Aktuelle Haftbedingungen und haftassoziierte Belastungsfaktoren

In diesem vierten Teilabschnitt des Erstinterviews wurden die Haftbedingungen und Belastungsfaktoren bei Erstuntersuchung, also in den ersten Hafttagen in der JVA Berlin-Moabit, untersucht. Hierfür wurden zunächst die Unterbringungsbedingungen (Einzelzelle / Gemeinschaftsunterbringung), sowie die Sicherungsmaßnahmen (Einschlussdauer, Kontakteinschränkungen, bisherige Besuche) erfragt. Anschließend wurden die Gefangenen aufgefordert, für 6 spezielle Aspekte der Haft ihren subjektiven Belastungsgrad in semiquantitativer Form anzugeben.

3.1.5. Halboffene und offene Zusatzfragen des Erstinterviews

Im Rahmen des Erstinterviews wurden zu folgenden Themen halboffene Fragen gestellt:

„Wie sehr belastet sind Sie durch...?“

- Freiheitsverlust
- Kommunikationseinschränkungen
- Nächtliche Kontrollen
- Angst vor Strafe / Zukunft
- Schuldgefühle
- Probleme „draußen“ (Job, Familie, Beziehungsprobleme, drohender Wohnungsverlust, Schulden etc.)

Ein Häftling war am Interview-Ende nicht mehr zur Beantwortung dieser Fragen motiviert und erscheint durchgehend als „keine Angabe“ („k. A.“)

Tabelle 18: Belastung durch Freiheitsverlust

Frage: „Belastung durch Freiheitsverlust?“		
Antwortmöglichkeit	Anzahl	in Prozent
kein Problem / bedeutungslos	15	14,3 %
wenig bedeutsam / belastend	5	4,8 %
neutral ("etwas" / "es geht so")	16	15,2 %
mäßig belastend	29	27,6 %
maximal belastend	39	37,1 %
k. A.	1	1,0 %
Summe	105	100,0 %

Tabelle 19: Belastung durch Kommunikationseinschränkungen

Frage: „Belastung durch Kommunikationseinschränkungen?“		
Antwortmöglichkeit	Anzahl	in Prozent
kein Problem / bedeutungslos	15	14,3 %
wenig bedeutsam / belastend	7	6,7 %
neutral ("etwas" / "es geht so")	15	14,3 %
mäßig belastend	28	26,7 %
maximal belastend	39	37,1 %
k. A.	1	1,0 %
Summe	105	100,0 %

Tabelle 20: Belastung durch nächtliche Kontrollen

Frage: „Belastung durch nächtliche Kontrollen?“		
Antwortmöglichkeit	Anzahl	in Prozent
finden nicht statt	57	54,3 %
kein Problem / bedeutungslos	6	5,7 %
wenig bedeutsam / belastend	4	3,8 %
neutral ("etwas" / "es geht so")	21	20,0 %
mäßig belastend	6	5,7 %
maximal belastend	10	9,5 %
k. A.	1	1,0 %
Summe	105	100,0 %

Tabelle 21: Belastung durch Angst vor Strafe / Zukunft

Frage: „Belastung durch Angst vor Strafe / Zukunft?“		
Antwortmöglichkeit	Anzahl	in Prozent
trifft nicht zu	0	0,0 %
kein Problem / bedeutungslos	26	24,8 %
wenig bedeutsam / belastend	7	6,7 %
neutral ("etwas" / "es geht so")	18	17,1 %
mäßig belastend	28	26,7 %
maximal belastend	25	23,8 %
k. A.	1	1,0 %
Summe	105	100,0 %

Tabelle 22: Belastung durch Schuldgefühle

Frage: „Belastung durch Schuldgefühle?“		
Antwortmöglichkeit	Anzahl	in Prozent
trifft nicht zu	1	1,0 %
kein Problem / bedeutungslos	26	24,8 %
wenig bedeutsam / belastend	6	5,7 %
neutral ("etwas" / "es geht so")	7	6,7 %
mäßig belastend	31	29,5 %
maximal belastend	33	31,4 %
k. A.	1	1,0 %
Summe	105	100,0 %

Tabelle 23: Belastung durch Probleme „draußen“

Frage: „Belastung durch Probleme draußen (Job, Familie etc.)?“		
Antwortmöglichkeit	Anzahl	in Prozent
trifft nicht zu	0	0,0 %
kein Problem / bedeutungslos	13	12,4 %
wenig bedeutsam / belastend	6	5,7 %
neutral ("etwas" / "es geht so")	8	7,6 %
mäßig belastend	18	17,1 %
maximal belastend	59	56,2 %
k. A.	1	1,0 %
Summe	105	100,0 %

Die Frage „**Haben Sie mehr Gesprächswunsch mit einem Psychiater oder Psychologen?**“ ergab folgende Auswertung:

Tabelle 24: Gesprächsbedarf mit Psychiater / Psychologen

Frage: „Mehr Gesprächswunsch mit einem Psychiater oder Psychologen?“		
Antwortmöglichkeit	Anzahl	in Prozent
nein	57	54,2 %
ja	41	39,1 %
"weiß nicht"	7	6,7 %
Summe	105	100,0 %

Als nächstes wurde die offene Frage gestellt: „**Was lässt Sie hoffen?**“. Die Antworten wurden 10 Themenbereichen zugeordnet und tabellarisch zusammengefasst.

Tabelle 25: Antworten auf die Frage: „Was lässt Sie hoffen?“

Frage: "Was lässt Sie hoffen?" (Erstinterview)		
Themenbereiche der Antworten	Anzahl	in Prozent
hoffnungslos	6	5,7 %
Entlassung nach Haftprüfung / Bewährung	18	17,1 %
Arbeit in Haft / Therapieplatz	7	6,7 %
offener Vollzug / Haftlockerungen / mildes Strafmaß	6	5,7 %
Entzug in Haft / Verhaltensänderung / "Neustart"	23	21,9 %
Rückhalt durch Partner(in) / Familie	26	24,8 %
religiöser Glaube	1	1,0 %
Unschuldsbeweis	4	3,8 %
keine konkreten Wünsche / Zufriedenheit	10	9,5 %
andere Gründe oder Angaben	4	3,8 %
Summe	105	100,0 %

Im Anschluss erhielten die Häftlinge mit der Frage „**Was würde Ihre Haftsituation verbessern?**“ die Gelegenheit zur konkreten Formulierung von Wünschen (im Rahmen des Möglichen und unter Berücksichtigung des Haftkontextes). Die Hauptanliegen der 105 Probanden sind in der folgenden Liste zusammengefasst.

Tabelle 26: Auflistung der Hauptanliegen und Wünsche der Häftlinge im Erstinterview

Offen formulierte Frage: „Was würde Ihre Haftsituation verbessern?“		
Themenbereiche der Antworten	Anzahl	in Prozent
keine Wünsche	5	4,8 %
mehr Aufschluss, Haftlockerungen, Möglichkeiten zu Aktivitäten	32	30,5 %
Wunsch nach Informationen und Transparenz bezüglich der haftinternen Abläufe, weniger (Antrags-)Bürokratie	23	21,9 %
bessere sanitäre Bedingungen (Bauzustand der Zellen, Wunsch nach abgetrenntem WC-Raum)	7	6,7 %
bessere hygienische Bedingungen (z.B. häufiger Möglichkeit zu duschen)	6	5,7 %
mehr Kontaktmöglichkeiten zu Ärzten oder Sozialarbeitern, bessere akutmedizinische Betreuung	7	6,7 %
Schnellerer / kostengünstigerer Zugriff auf TV / Radio	11	10,5 %
Verfügbarkeit von Taschengeld / Einkaufsmöglichkeit (v.a. Nahrungsmittel)	8	7,6 %
mehr Außenkontakte einschließlich der Möglichkeit zu telefonieren	4	3,8 %
Wunsch nach Arbeit in Haft	2	1,9 %
Summe	105	100,0 %

Sofern die Befragten ein zweites Anliegen formulierten, handelte es sich wiederum gehäuft um Taschengeld für TV-Bereitstellung und Einkauf, Verbesserung der sanitären Anlagen, mehrfach wöchentliches Duschen und Arbeit in Haft.

Ergänzend, auch zur Vervollständigung der Exploration des psychopathologischen Befundes, wurde in offenen Fragen gezielt nach Depressionen, Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten gefragt. Die Antworten wurden in semiquantitativer Form erfasst.

Auf die Frage: „**Kennen Sie bei sich selbst depressive Stimmungen?**“ antworteten:

- 43 Probanden mit „nein“ (41,0 %)
- 50 Probanden mit „ja, von früher“ (47,6 %)
- 12 Probanden mit „ja, aktuell“ (11,4 %)

Auf die Frage: „**Kennen Sie Suizidgedanken?**“ antworteten:

- 64 Probanden mit „nein“ (61,0 %)
- 34 Probanden mit „ja, von früher“ (32,4 %)
- 7 Probanden mit „ja, aktuell“ (6,7 %)

Mit Suiziden im näheren Umfeld waren eigenen Angaben zufolge 42 Probanden (40,0 %) schon mindestens einmal konfrontiert worden. Suizidversuche hatten 20 von 105 Befragten (19,1 %) zuvor unternommen, 11 hiervon mehrfach. Knapp ein Drittel (31,0 %) derer, die Suizide in ihrem Umfeld erlebt hatten, berichtete von mindestens einem Suizidversuch in der eigenen Vorgeschichte.

Autodestruktives Verhalten in der Vorgeschichte wurde von 10 Insassen berichtet, entsprechendes Handeln seit der aktuellen Inhaftierung gab lediglich ein Befragter an.

Schließlich wurden 2 Fragen zur aktuellen Stimmung und dem Gefühl der Aussichtslosigkeit gestellt (Antwortmöglichkeiten ja/nein), die sich in identischer Form im Folgeinterview zur Verlaufsbeobachtung wiederholten.

Die Frage: „**Ist Ihre Stimmung schlechter als je zuvor?**“ beantworteten mit

- „ja“: 45 Probanden (42,9 %)
- „nein“: 60 Probanden (57,1 %)

Die Frage: „Besteht das Gefühl der Aussichtslosigkeit?“ beantworteten mit

- „ja“: 32 Probanden (30,5 %)
- „nein“: 73 Probanden (69,5 %)

3.2. Auswertung des BDI-II-Fragebogens

In der folgenden Tabelle werden die Ergebnisse als Summen-Scores der gesamten Probandengruppe der Erstuntersuchung (n=105) der Gruppe gegenübergestellt, die später auch an der Folgebefragung teilgenommen hat (n=67). Zur Verlaufsbeobachtung der Follow-up-Gruppe erforderte das methodische Vorgehen die Teilung der Gesamtstichprobe. Die Lost-to-follow-up-Gruppe (n=38) wird in der Zusammenschau der korrespondierenden Ergebnisse bei 3.7. betrachtet.

Tabelle 27: Verteilung der Summen-Scores in der BDI-II-Selbsteinschätzung

Depressionsgrad	n=105		n=67		Abweichung	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine Depression	21	20,0 %	9	13,4 %	-12	-6,6 %
minimale Depression	15	14,3 %	12	17,9 %	-3	3,6 %
leichte Depression	23	21,9 %	18	26,9 %	-5	5,0 %
mittelschwere Depression	22	21,0 %	17	25,4 %	-5	4,4 %
schwere Depression	24	22,9 %	11	16,4 %	-13	-6,4 %

Ein Proband konnte sich für keine der angebotenen Antwortmöglichkeit des sechsten Items („Bestrafungsgefühle“) entscheiden, diese Frage erhielt den Punktwert Null. Alle anderen Befragten füllten die Bögen vollständig und eindeutig aus.

3.2.1. Verlaufsbeobachtung der Ergebnisse des BDI-II-Fragebogens

Die nachfolgende Tabelle stellt einige statistisch relevante Auswertungsergebnisse beider Untersuchungszeitpunkte vergleichend gegenüber.

Tabelle 28: Auswertungs-Parameter zum BDI-II-Fragebogen im Verlauf

	Ergebnisse BDI-II Erstuntersuchung	Ergebnisse BDI-II Folgeuntersuchung
Median	18	14
25. Perzentil	11	8
75. Perzentil	24	22
Minimum	3	2
Maximum	45	36
Mittelwert	18,9	15,03
Standardabweichung	9,53	8,12
gültige n	n=67	n=67

Zu allen statistischen Ergebnisbeobachtung dieser Untersuchung werden im Folgenden der Median und die Perzentile verwendet, weil die Werte nicht normalverteilt sind.

Der Vergleich der Depressions-Schweregrade nach der BDI-II-Auswertungsskala bei den 67 Probanden der Erst- und Folgebefragung ergab folgende Verteilung:

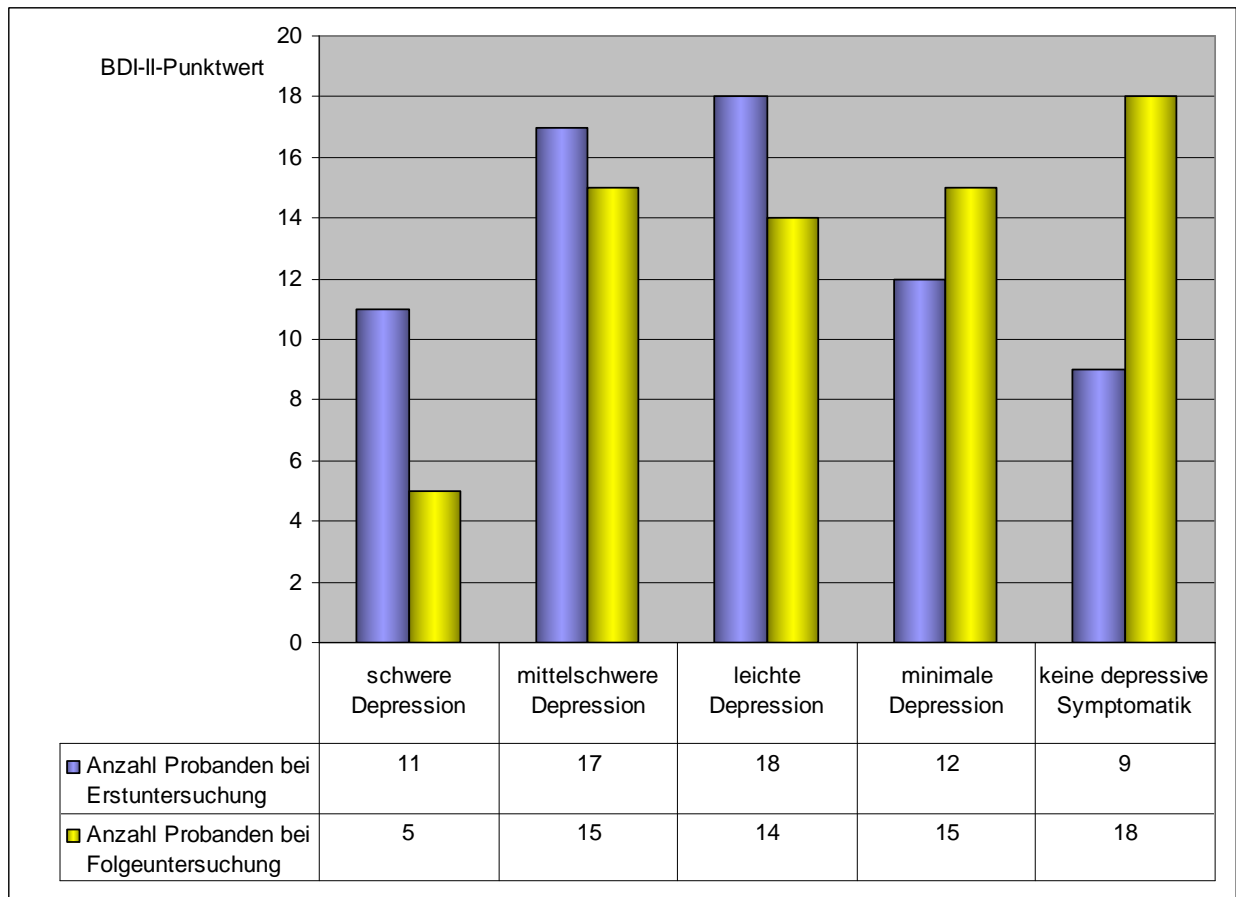


Abbildung 7: Verlaufsdarstellung der Depressions-Schweregrade im BDI-II

Die Grafik zeigt eine gesunkene Prävalenz der schweren Depressionsausprägungen zugunsten minimaler oder mit dem BDI-II-Instrument nicht nachweisbarer Depressivität.

Im Vergleich der BDI-II-Summenwerte der Follow-up-Gruppe mit 67 Häftlingen ist der Gesamtscore im Median von 18 auf 14 um 4 Punkte gesunken. Nach den vorgegebenen cut-off-Werten entspricht dies definitionsgemäß einer Abnahme der Depressivität aus dem oberen in den unteren Wertebereich einer leichten Depression.

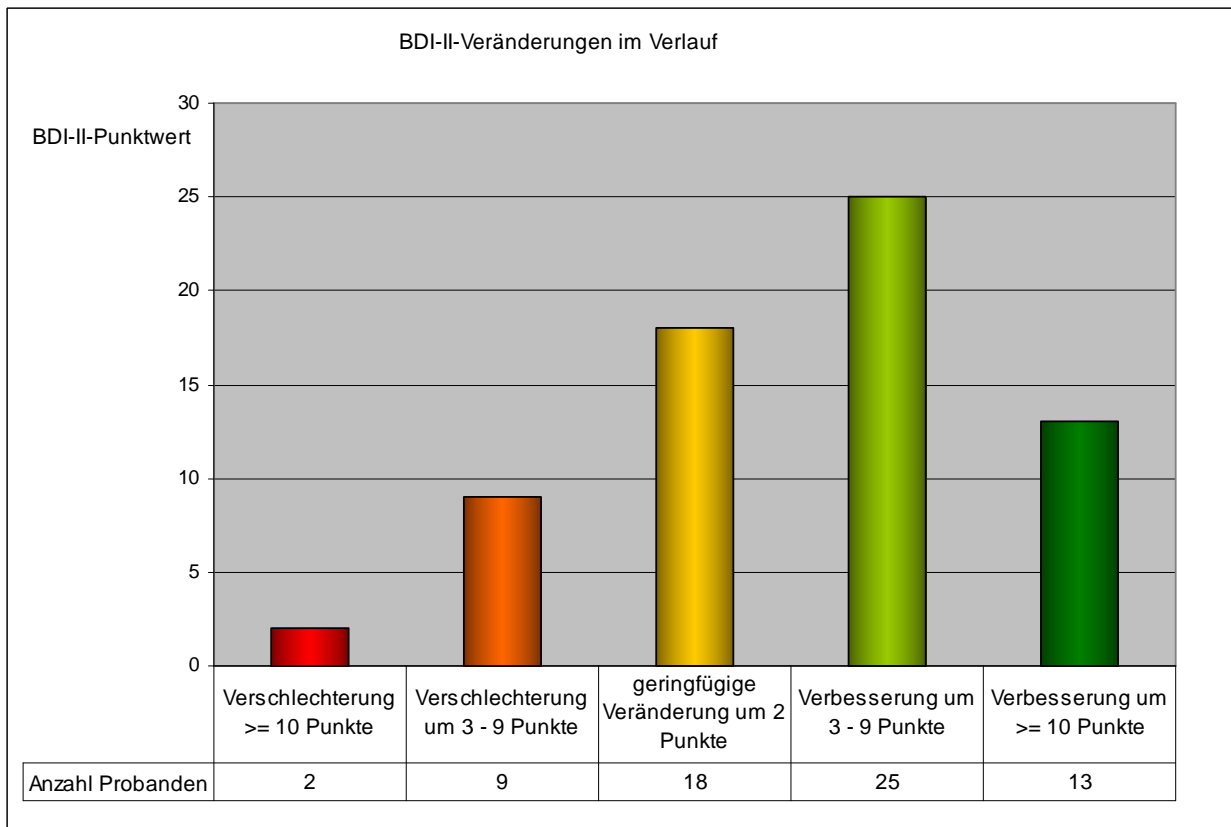


Abbildung 8: Grafische Darstellung der BDI-II-Veränderungen im Verlauf

Eine Abnahme des Summenwertes im BDI-II um mindestens 10 Punkte, einer deutlichen Besserung der Selbsteinschätzung entsprechend, fand sich bei 13 von 67 Insassen (19,4 %). Ein Anstieg des Wertes um mehr als 10 Punkte, mit einer Verschlechterung des psychischen Befindens einhergehend, ergab sich lediglich bei 2 Probanden (3,0 %).

Die größte gemessene Verbesserung betrug 29 Punkte, die größte Verschlechterung bildete sich mit 17 Punkten ab. Insgesamt lässt sich aus den Zahlen eine überwiegende Verbesserung des Depressions-Index im BDI-II ableiten.

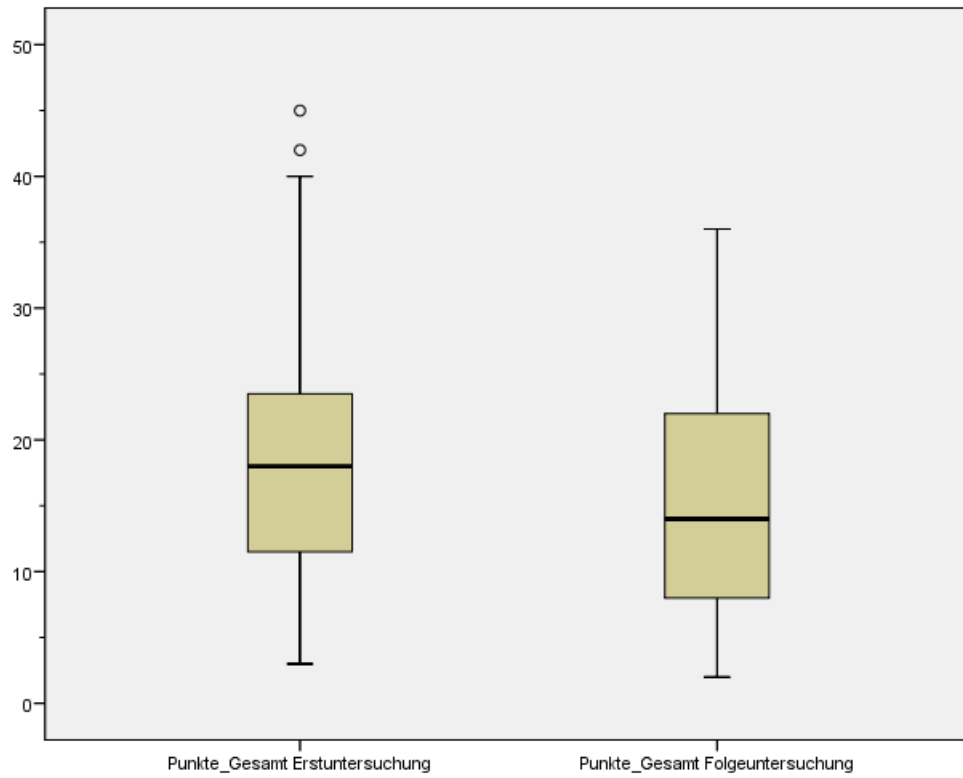


Abbildung 9: Darstellung der BDI-II-Verlaufswerte mittels Box-plots

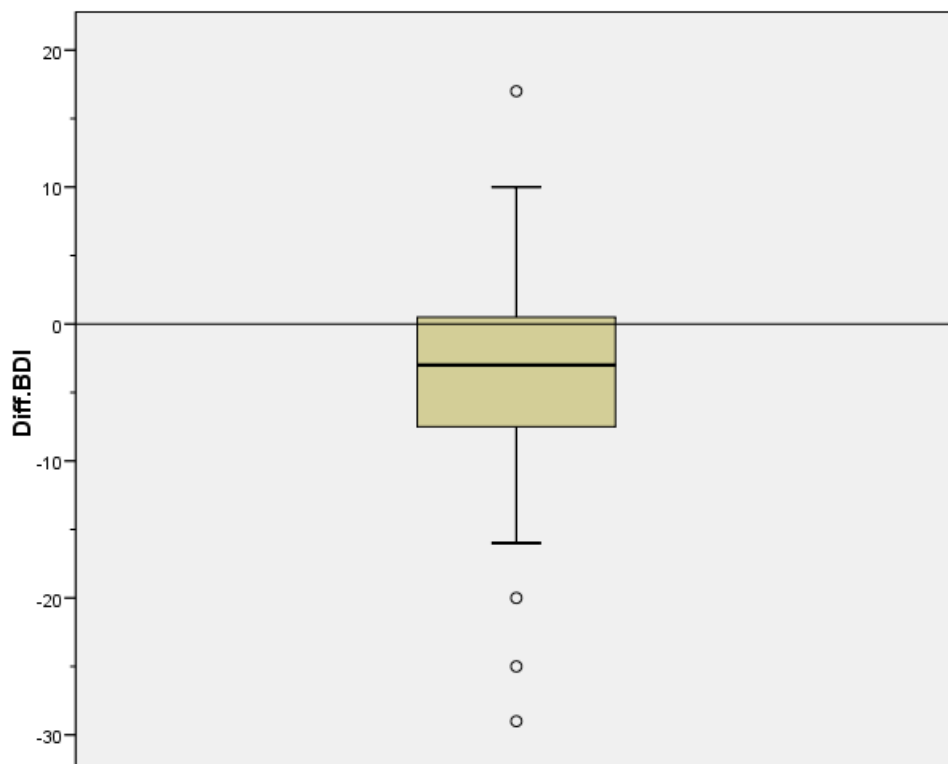


Abbildung 10: Darstellung der BDI-II-Wertedifferenzen mittels Box-plot

Nach diesem Messinstrument haben sich in Bezug auf Depressivität mehr Häftlinge verbessert als verschlechtert. Die Untersuchung der Signifikanz erfolgte mittels des Wilcoxon-Tests für abhängige Stichproben, der mit $p < 0.001$ eine signifikante Veränderung im Sinne einer Besserung ergab.

3.3. Auswertung der Hamilton-Depressions-Skala

Für den Summen-Score der HAMD-Fremdbeurteilungsskala wurden, gemäß der Anleitung zur Auswertung, die ersten 17 Items addiert. In der folgenden Tabelle sind die Summenwerte aus der Erstbefragung der Gesamtstichprobe (n=105) der späteren Follow-up-Gruppe (n=67) gegenübergestellt.

Tabelle 29: Verteilung der Summen-Scores in der HAMD-Fremdeinschätzung

Depressionsgrad	n=105		n=67		Abweichung	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
unauffällig / keine Depression	35	33,3 %	22	32,8 %	-13	-0,5 %
leichte Depression	34	32,4 %	20	29,9 %	-14	-2,5 %
ausgeprägte Depression	24	22,9 %	19	28,4 %	-5	5,5 %
besonders schwere Depression	12	11,4 %	6	9,0 %	-6	-2,5 %

Die auffällig hohen Werte im Sinne von psychopathologischer Auffälligkeit bei den Kriterien „depressive Stimmung“, „Schuldgefühle“, „Einschlafstörungen“, „Angst-psychisch“ und „Angst-somatisch“ werden bei Unterpunkt 3.6.2 detailliert betrachtet.

Suizidalität wurde bei 16,2 % der Insassen der Gesamtstichprobe durch spontane Äußerung oder gezielte Exploration festgestellt. Das HAMD-Item „Suizid“ wurde in 11,4 % („Todeswunsch, denkt an den eigenen Tod“) bzw. 4,8 % („Suizidgedanken oder entsprechendes Verhalten“) der Fälle auffällig beurteilt.

3.3.1. Verlaufsbeachtung der Ergebnisse des HAMD-Fragebogens

Analog zur statistischen Datenanalyse der BDI-II-Ergebnisse erfolgt auch die HAMD-Auswertung.

Tabelle 30: Auswertungs-Parameter zum HAMD-Fragebogen im Verlauf

	Ergebnisse HAMD Erst- untersuchung	Ergebnisse HAMD Folge- untersuchung
Median	11	8
25. Perzentil	5	5
75. Perzentil	19	14
Minimum	0	0
Maximum	33	32
Mittelwert	12,7	9,9
Standardabweichung	8,85	7,54
gültige N	N=67	N=67

Im Vergleich der Erst- und der Folgeuntersuchung ist der Summenwert bei der betrachteten Gefangenenpopulation im Median von 11 auf 8 Punkte gesunken. Diese Abnahme von 3 Punkten entspricht einer Besserung innerhalb des Wertebereiches der „leichten Depression“. Die größte gemessene Verbesserung in der Fremdbeurteilungsskala betrug 23 Punkte, die größte Verschlechterung 14 Punkte.

Nach den vorgegebenen Cut-Off-Werten für die HAMD-Ergebnisauswertung ergaben die Ratings mittels Fremdbeurteilungsskala im Vergleich der Erst- und Verlaufsuntersuchung folgende Summenwerte für die 67 Insassen:

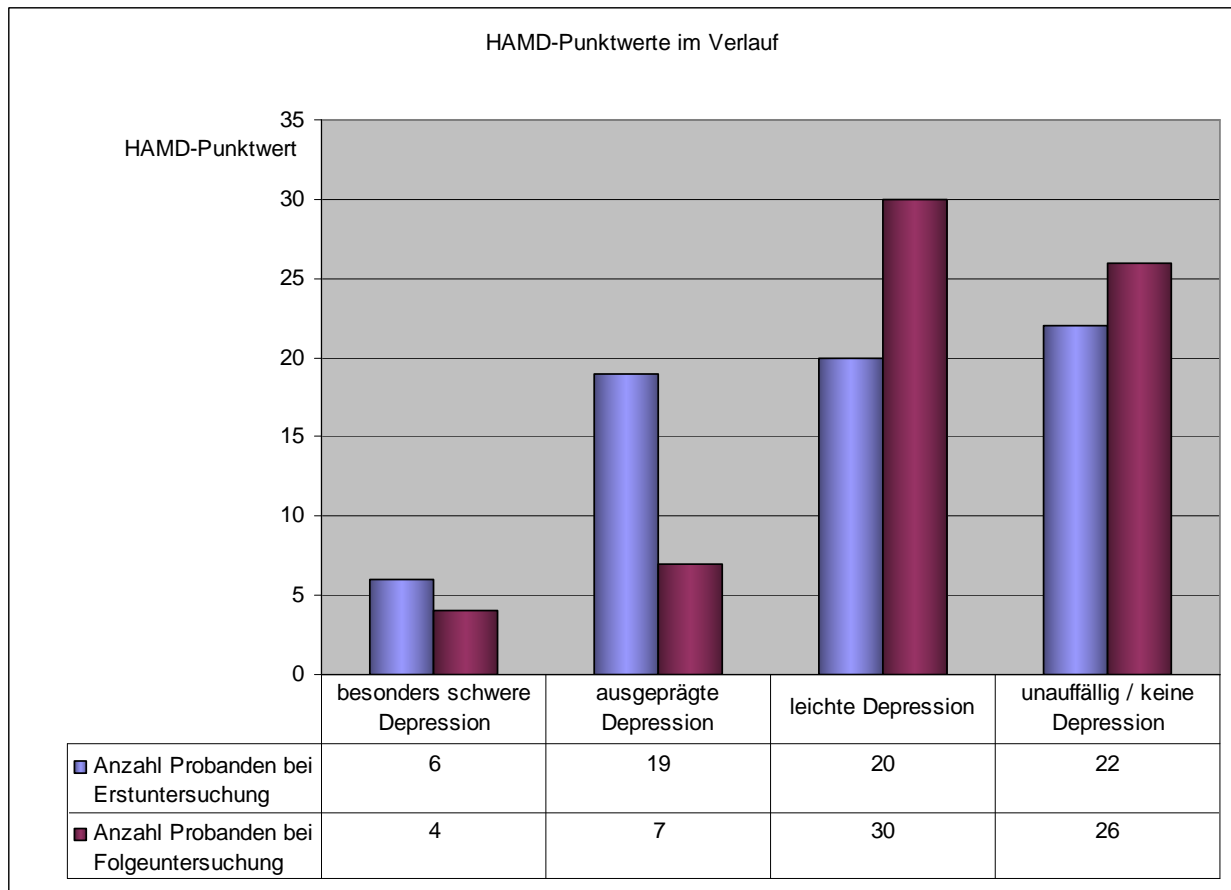


Abbildung 11: Verlaufsdarstellung der Depressions-Schweregrade im HAMD

Für die HAMD-Verlaufsbeurteilung kann bei Anwendung einer Depressionsbehandlung das sog. „Responder-Kriterium“ herangezogen werden. Dieses zeigt ein Ansprechen der Therapie an, wenn der HAMD-Summenwert im Verlauf um 10 Punkte oder mehr abgenommen hat oder alternativ eine mindestens 50-prozentige Besserung des initialen HAMD-Wertes vorliegt. Eine Besserung um 10 Punkte oder mehr liegt bei der betrachteten Stichprobe ohne spezifische Therapie bei 9 Probanden vor, ein Anstieg des Summenwertes um 10 Punkte oder mehr als Indikator zunehmender Depressivität war hingegen nur bei 2 Häftlingen nachweisbar. Die Veränderungen der Depressions-Indices anhand der HAMD-Werteveränderungen sind der folgenden Abbildung zu entnehmen.

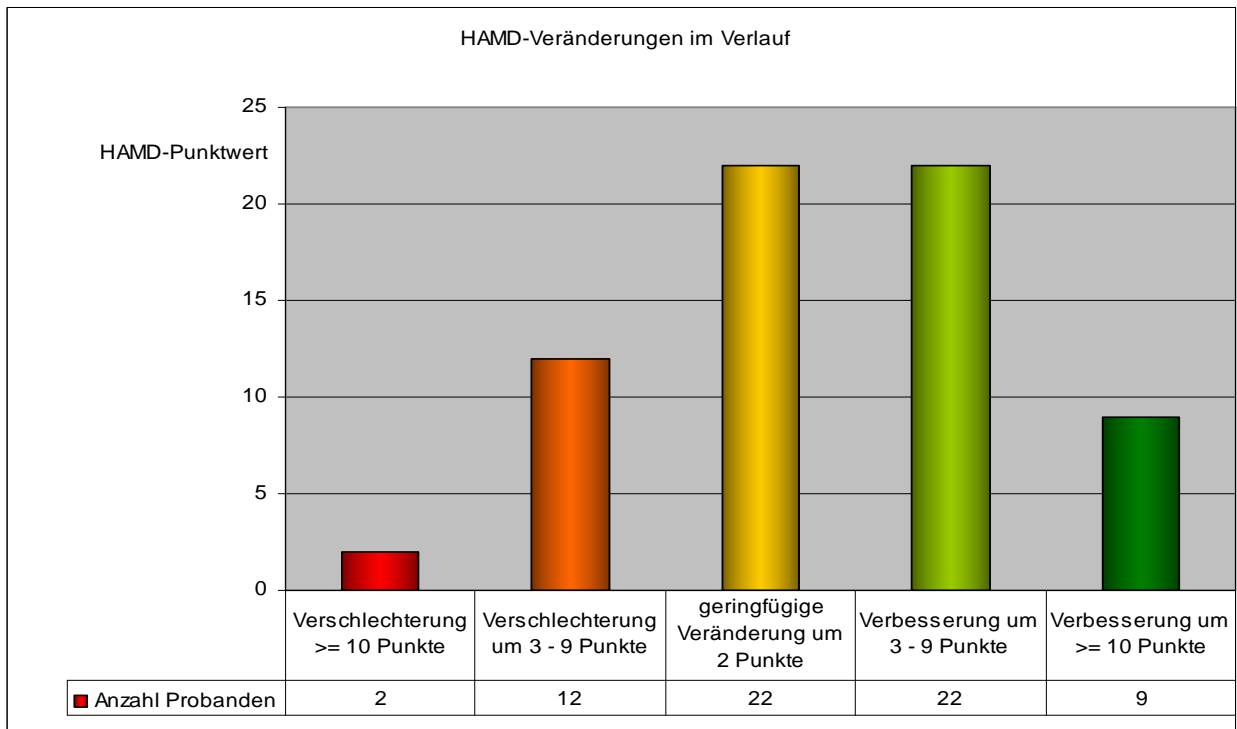


Abbildung 12: Grafische Darstellung der HAMD-Veränderungen im Verlauf

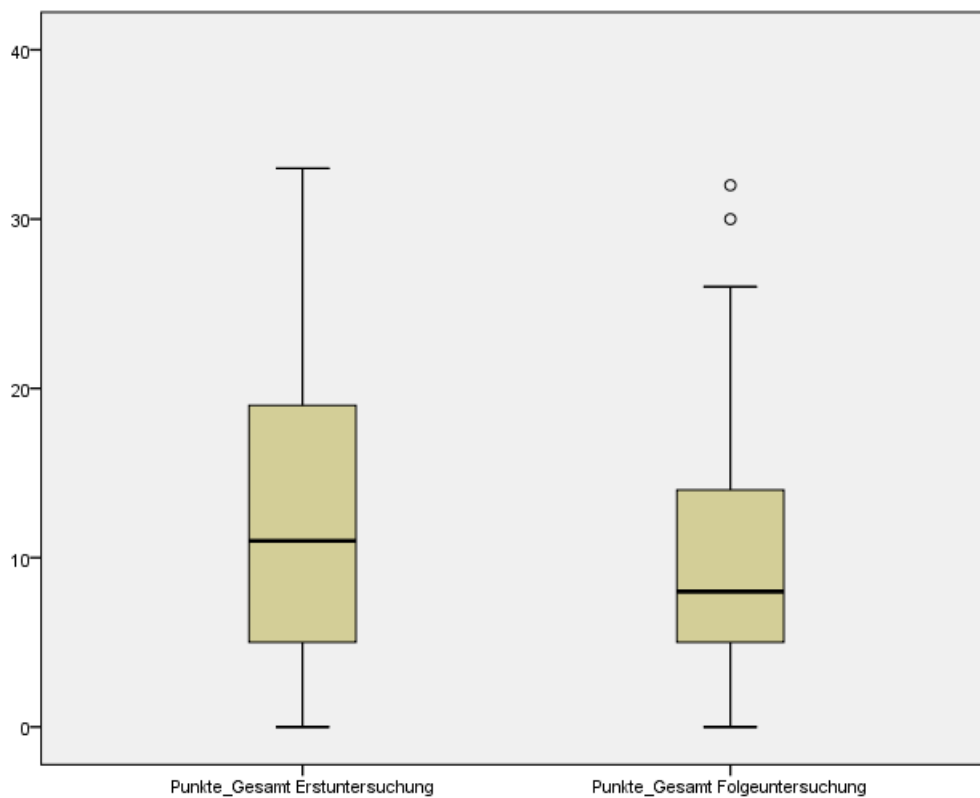


Abbildung 13: Darstellung der HAMD-Verlaufswerte mittels Box-plots

Die Abbildung verdeutlicht die Abnahme der HAMD-Summscores und des Medianwertes.

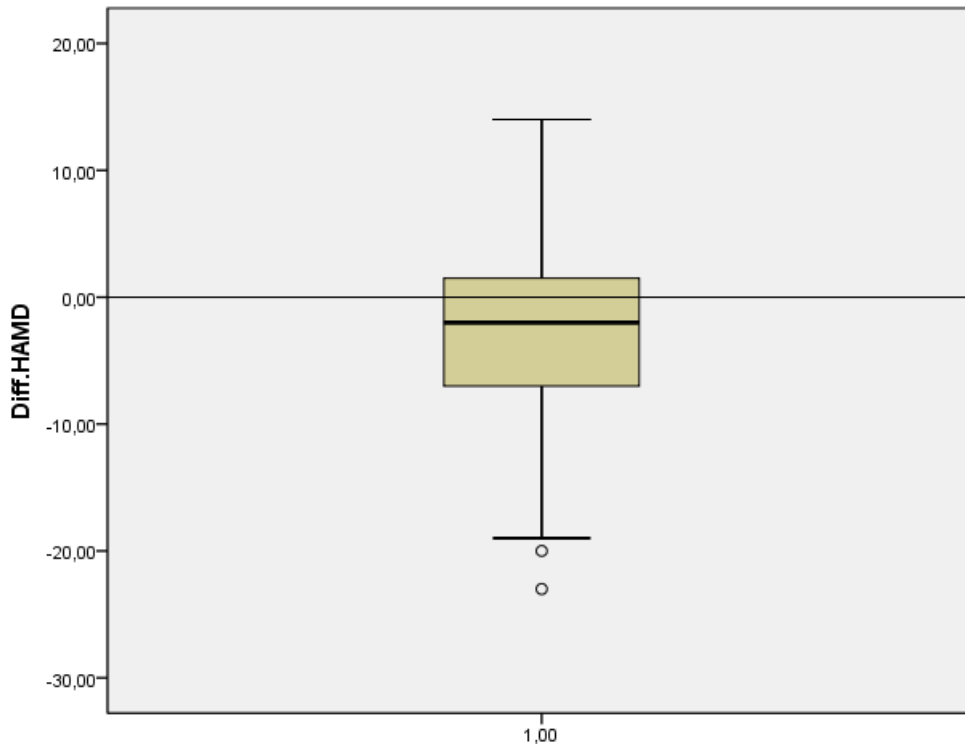


Abbildung 14: Darstellung der HAMD-Wertedifferenzen mittels Box-plot

Die überwiegende Verbesserung der HAMD-Wertedifferenzen wird mittels Wilcoxon-Test als signifikant bestätigt ($p = 0,001$).

3.4. Vergleichende Beurteilung der Ergebnisse von Selbst- und Fremdeinschätzungsinstrument (BDI-II und HAMD)

Bei der vergleichenden Beurteilung der erhobenen BDI-II- und HAMD-Ergebnisse fällt eine Korrelation im Sinne weitgehend übereinstimmender Selbst- und Fremdeinschätzungen der Depressivität auf. Die folgenden Diagramme und Tabellen erläutern dies im Einzelnen.

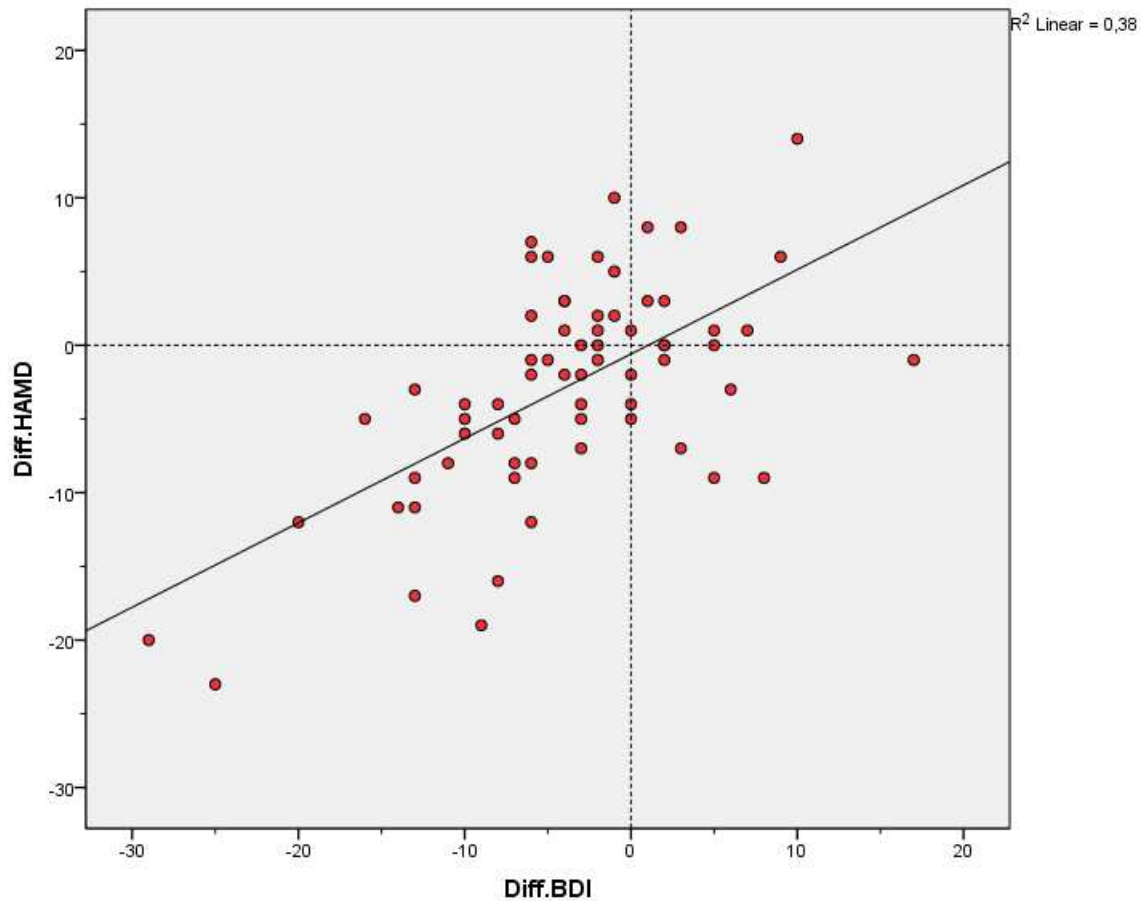


Abbildung 15: Streudiagramm

Das obige Streudiagramm bildet die Korrelation der Punktwertdifferenzen von Erst- zu Folgeuntersuchung im BDI-II im Vergleich zu den Punktwertdifferenzen im HAMD ab. Der Grafik ist im Wesentlichen eine relativ hohe Übereinstimmung der Punktwertdifferenzen der beiden Testverfahren zu entnehmen.

Tabelle 31: Gegenüberstellung Selbsteinschätzung (BDI-II) und Fremdeinschätzung (HAMD)

	Ergebnis BDI-II		Ergebnis HAMD		Delta	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Verschlechterung \geq 10 Punkte	2	3,0 %	2	3,0 %	0	0,0%
Verschlechterung um 3 - 9 Punkte	9	13,4 %	12	17,9 %	3	4,5 %
geringfügige Veränderung um 2 Punkte	18	26,9 %	22	32,8 %	4	6,0 %
Verbesserung um 3 - 9 Punkte	25	37,3 %	22	32,8 %	-3	-4,5 %
Verbesserung um \geq 10 Punkte	13	19,4 %	9	13,4 %	-4	-6,0 %
Summe	67	100,0 %	67	100,0 %		

3.5. Haftbedingungen und Belastungsfaktoren bei Verlaufsuntersuchung

Zu Beginn der Folgeuntersuchung wurden den 67 teilnehmenden Häftlingen im Rahmen des semistrukturierten Interviews haftbezogene Fragen in halboffener oder offener Form gestellt, um die individuellen Unterbringungsbedingungen und Belastungsfaktoren zu erfassen und zu den ermittelten Werten in BDI-II und HAMD in Relation zu setzen.

Die Frage, ob die „**aktuelle Stimmung schlechter als je zuvor**“ sei, beantworteten 11 der 67 Teilnehmer (16,4 %) mit „ja“, alle übrigen (83,6 %) mit „nein“.

Die Frage: „**Besteht aktuell bei Ihnen ein Gefühl der Aussichtslosigkeit?**“ ergab eine identische Verteilung (16,4 % „ja“, 83,6 % „nein“).

Suizidalität zum Zeitpunkt des Folgeinterviews und in den vorherigen Tagen wurde von der großen Mehrheit (60 Häftlinge, 89,6 %) verneint. Weitere 6 Befragte (9,0 %) gaben lebensmüde Gedanken an, 1 Insasse legte sich nicht fest.

Die folgende, allgemein formulierte halboffene Frage nach dem „**aktuellen psychischen Befinden im Vergleich zur Erstuntersuchung**“ wurde von 38 Probanden (56,7 %) mit einer Besserung beantwortet, 16 Befragte (23,9 %) gaben keine Veränderung an, weitere 13 (19,4 %) berichteten von einer Verschlechterung.

Die Probanden wurden zu einer **Selbstbeurteilung ihrer Angaben aus dem Erstinterview** aufgefordert. Die Mehrzahl (60 Personen, 89,6 %) bezeichneten ihre Selbsteinschätzung retrospektiv als korrekt, 3 Häftlinge (4,5 %) hätten sich schlechter gefühlt als angegeben, ebenfalls 3 (4,5 %) besser als angegeben. Ein Insasse konnte die Frage nicht schlüssig beantworten.

Die Frage nach **mehr psychiatrischem bzw. psychologischem Gesprächswunsch** verneinten 37 Personen (55,2 %), 24 Häftlinge (35,8 %) antworteten mit „ja“, in 6 Fällen (9,0 %) wurde hierzu keine eindeutige Aussage getroffen.

Analog zum Erstinterview wurden als Abschluss zwei offene und eine halboffene Frage gestellt. Die Antworten wurden, in Themengruppen zusammengefasst, statistisch ausgewertet. Die Antworten auf die erneute Frage „**Was würde Ihre Haftsituation verbessern?**“ sind, auf 12 Antwortkategorien verteilt, der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 32: Auflistung der Hauptanliegen und Wünsche der Häftlinge im Folgeinterview

Offen formulierte Frage: „Was würde Ihre Haftsituation verbessern?“		
Themenbereiche der Antworten	Anzahl	in Prozent
keine Wünsche	5	7,5 %
mehr Aufschluss, Haftlockerungen, Möglichkeiten zu Aktivitäten (z.B. Sport)	8	11,9 %
Wunsch nach mehr Informationen und Transparenz bezüglich der haftinternen Abläufe, weniger (Antrags-)Bürokratie	16	23,9 %
bessere sanitäre Bedingungen (Bauzustand der Zellen, Wunsch nach abgetrenntem WC-Raum)	3	4,5 %
bessere hygienische Bedingungen (z.B. häufiger Möglichkeit zu duschen)	1	1,5 %
mehr Kontaktmöglichkeiten zu Ärzten oder Sozialarbeitern, bessere akutmedizinische Betreuung	3	4,5 %
schnellerer / kostengünstigerer Zugriff auf TV / Radio	5	7,5 %
Verfügbarkeit von Taschengeld / Einkaufsmöglichkeit (v. a. Nahrungsmittel, verbunden mit dem Wunsch nach besserem Anstaltessen)	5	7,5 %
mehr Außenkontakte einschließlich der Möglichkeit zu telefonieren	8	11,9 %
Wunsch nach Arbeit in Haft	5	7,5 %
Wunsch nach weniger Beamtenwillkür	3	4,5 %
Wunsch nach Verlegung oder Zellenwechsel	5	7,5 %
Summe	67	100,0 %

Häufige, darüber hinaus genannte Zweit-Anliegen betrafen den Wunsch nach Haftlockerungen, Bereitstellung eines TV-Gerätes, Arbeit in Haft, besseren sanitären Bedingungen und weniger Beamtenwillkür (wie bereits von einigen Insassen als Hauptanliegen in der obigen Tabelle aufgeführt).

Im Zusammenhang mit der Frage: „**Was lässt Sie hoffen?**“ ergaben sich die in 11 Kategorien zusammengefassten Antworten. Analog zur Auswertung derselben Frage des Erstinterviews (Tabelle 25, S. 63) sind diese in der folgenden Tabelle aufgeführt.

Tabelle 33: Antworten auf die Frage „Was lässt Sie hoffen?“

Frage: "Was lässt Sie hoffen?" (Folgeinterview)		
Antwortkategorie	Anzahl	in Prozent
"Nichts" / keine konkrete Angabe	5	7,5 %
Zuwendung durch Vollzugsbeamte, gute Behandlung	2	3,0 %
Rückhalt durch Familie / Partner(in), Besuche	8	11,9 %
Sozialarbeiter- / Arztkontakt	2	3,0 %
TV / Radio / lesen	22	32,8 %
Kontakt mit Mithäftlingen (auch im Rahmen der "Freistunde")	9	13,4 %
Arbeit in Haft	4	6,0 %
Entzug geschafft	5	7,5 %
Verfügbares Taschengeld	3	4,5 %
Zellenwechsel / Verlegung in Haus III	6	9,0 %
Gespräch mit Geistlichem	1	1,5 %
Summe	67	100,0 %

Als weitere stützende und Hoffnung gebende Faktoren wurden (neben den oben genannten Wünschen) sehr häufig der Kontakt zu Mithäftlingen und die Beschäftigung durch TV, Radio und Zeitungen angegeben.

Als Abschluss des offenen Interviewteils und vor erneuter Bearbeitung des BDI-II-Fragebogens wurde jeder Häftling gefragt, ob bei ihm persönlich ein Anpassungsprozess an die Haft und die dadurch bedingten Restriktionen stattgefunden hat. Die Antworten stellen sich folgendermaßen dar:

- 53 Häftlinge (79,1 %) konnten sich, zum Teil aufgrund von Hafterfahrenheit, mit ihrer Haftsituation abfinden;
- 4 Insassen (6,0 %) gaben an, sich zwangsweise untergeordnet zu haben;
- 7 Häftlinge (10,4 %) verneinten einen Anpassungsprozess und konnten sich keinesfalls vorstellen, sich mit ihrer Inhaftierung abzufinden bzw. „sich zu fügen“;
- 3 Probanden (4,5 %) konnten oder wollten die Frage nicht mit ausreichender Deutlichkeit beantworten.

Die Teilnehmer der Follow-up-Befragung wurden erneut zu einer Aussage zu Stimmungslage und Gefühl der Hoffnungslosigkeit aufgefordert. Die folgende Abbildung bzw. Tabelle stellt die Selbsteinschätzungen beider Befragungszeitpunkte gegenüber:

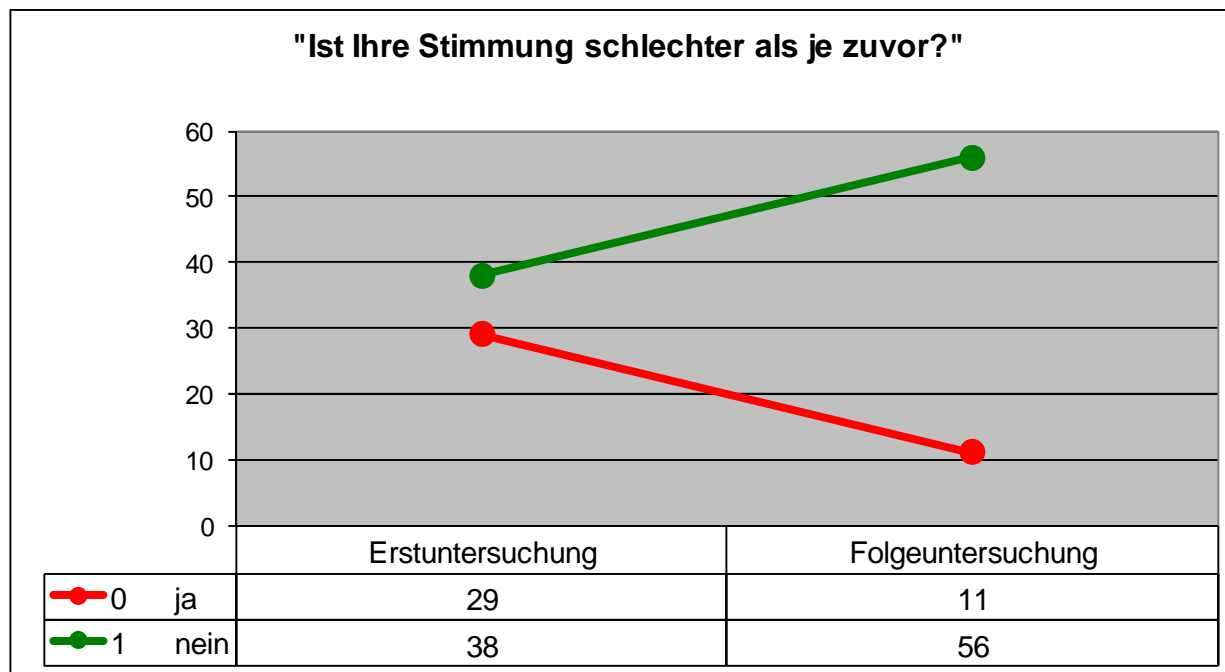


Abbildung 16: Veränderung der Selbsteinschätzung „aktuelle Stimmungslage“

Eine schlechtere Stimmung „als je zuvor“ gaben im Erstinterview 43,3 % an, bei der Folgebefragung antworteten nur noch 16,4 % mit „ja“. Eine Stimmungsverbesserung ergibt sich bei dieser allgemein formulierten Fragestellung somit in 18 Fällen (26,9 %)

Tabelle 34: Veränderung der Selbsteinschätzung „Gefühl der Aussichtslosigkeit“

"Gefühl der Aussichtslosigkeit?"	Erstuntersuchung		Folgeuntersuchung		Entwicklung	
	n	%	n	%	n	%
ja	20	29,9%	11	16,4%	-9	-13,4%
nein	47	70,1%	56	83,6%	9	13,4%

Das initial angegebene Gefühl der Aussichtslosigkeit ist bei 9 Häftlingen (13,4 %) abgeklungen.

Mit ihrer Antwort auf die Frage „**Wie ist Ihr psychisches Befinden im Vergleich zur Voruntersuchung?**“ bestätigten 38 Häftlinge (56,7 %) eine Besserung. Weitere 13 (19,4 %) gaben, in etwa übereinstimmend mit den zwei vorherigen Fragen, eine Verschlechterung und 16 Insassen (23,9 %) ein unverändertes psychisches Befinden an.

3.6. Differenzierte Betrachtung relevanter Untersuchungsparameter im Verlauf

Im Rahmen der Ergebnisbetrachtung der explorativen Datenanalyse wurden einzelne Items gesondert betrachtet. Innerhalb der je 21 Items aus BDI-II und HAMD wurden je 8 relevante Depressionssymptome, die speziell unter Haftbedingungen besonderer Aufmerksamkeit bedürfen, zur detaillierten Analyse ausgewählt.

BDI-II-Items	HAMD-Items
• Traurigkeit	• depressive Stimmung
• Pessimismus	• Schuldgefühle
• Schuldgefühle	• Suizid
• Selbstablehnung	• Schlafstörungen
• Selbstmordgedanken	• Angst - psychisch
• Unruhe	• Angst - somatisch
• Wertlosigkeit	• Hypochondrie
• Veränderungen der Schlafgewohnheiten	• Depersonalisation, Derealisation

3.6.1. Ausgewählte BDI-II-Items

Für jedes der im Folgenden betrachteten Items wurden drei Darstellungsmöglichkeiten zur Auswertung der Ergebnisse erstellt. Neben den auf SPSS-Basis erstellten Kreuztabellen, die eine differenziertere Ergebnisbetrachtung ermöglichen, wurden die prozentualen Verschiebungen im Vergleich beider Untersuchungszeitpunkte ermittelt und grafisch zur Darstellung gebracht. Beim ersten BDI-II-Item „Traurigkeit“ werden alle drei Darstellungsmöglichkeiten exemplarisch verwendet, in den weiteren Ergebnisbetrachtungen wird die jeweils aussagekräftigste Darstellungsform wiedergegeben. Der genaue Wortlaut der Antwortmöglichkeiten aller Items kann dem BDI-II-Fragebogen (s. Anhang VI.5.2) entnommen werden.

3.6.1.1. Traurigkeit

In der linken Spalte der folgenden Tabelle werden die Stufenbeschriftungen der einzelnen Antwortmöglichkeiten in gekürzter Form wiedergegeben. Die beiden mittleren Spalten geben die Verteilung innerhalb der Stichprobe (n=67) an, die rechte Spalte („Entwicklung“) bildet die Zu- oder Abnahme (ohne bzw. mit negativem Vorzeichen) der jeweiligen Stufe ab.

Tabelle 35: Verlauf des Items "Traurigkeit"

Traurigkeit	Erstuntersuchung		Folgeuntersuchung		Entwicklung	
	n	%	n	%	n	%
0 nicht traurig	20	29,9 %	29	43,3 %	9	13,4 %
1 oft traurig	30	44,8 %	33	49,3 %	3	4,5 %
2 ständig traurig	7	10,5 %	4	6,0 %	-3	- 4,5 %
3 unaushaltbar traurig	10	14,9 %	1	1,5 %	-9	- 13,4 %

Die Abnahme der Traurigkeitsstufen 3 und 2 und die proportionale Zunahme der Stufen 1 und 0 entsprechen einer deutlichen Verbesserung. Die Häftlinge haben ihre Stimmung im Selbst-Rating mittels BDI-II-Fragebogen als weniger traurig eingeschätzt.

Beispielsweise ist die schwerste Stufe („Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalte“) von 10 Häftlingen bei Erstbefragung und nur noch von 1 Häftling in der Folgeuntersuchung ausgewählt worden. Die Aussage fehlender Traurigkeit (Stufe 0, „Ich bin nicht traurig“) hatte im Follow-up einen Zuwachs von 9 Probanden.

Die Abnahme der Traurigkeit lässt sich auch grafisch anhand der Aussagehäufigkeiten im Verlauf darstellen:

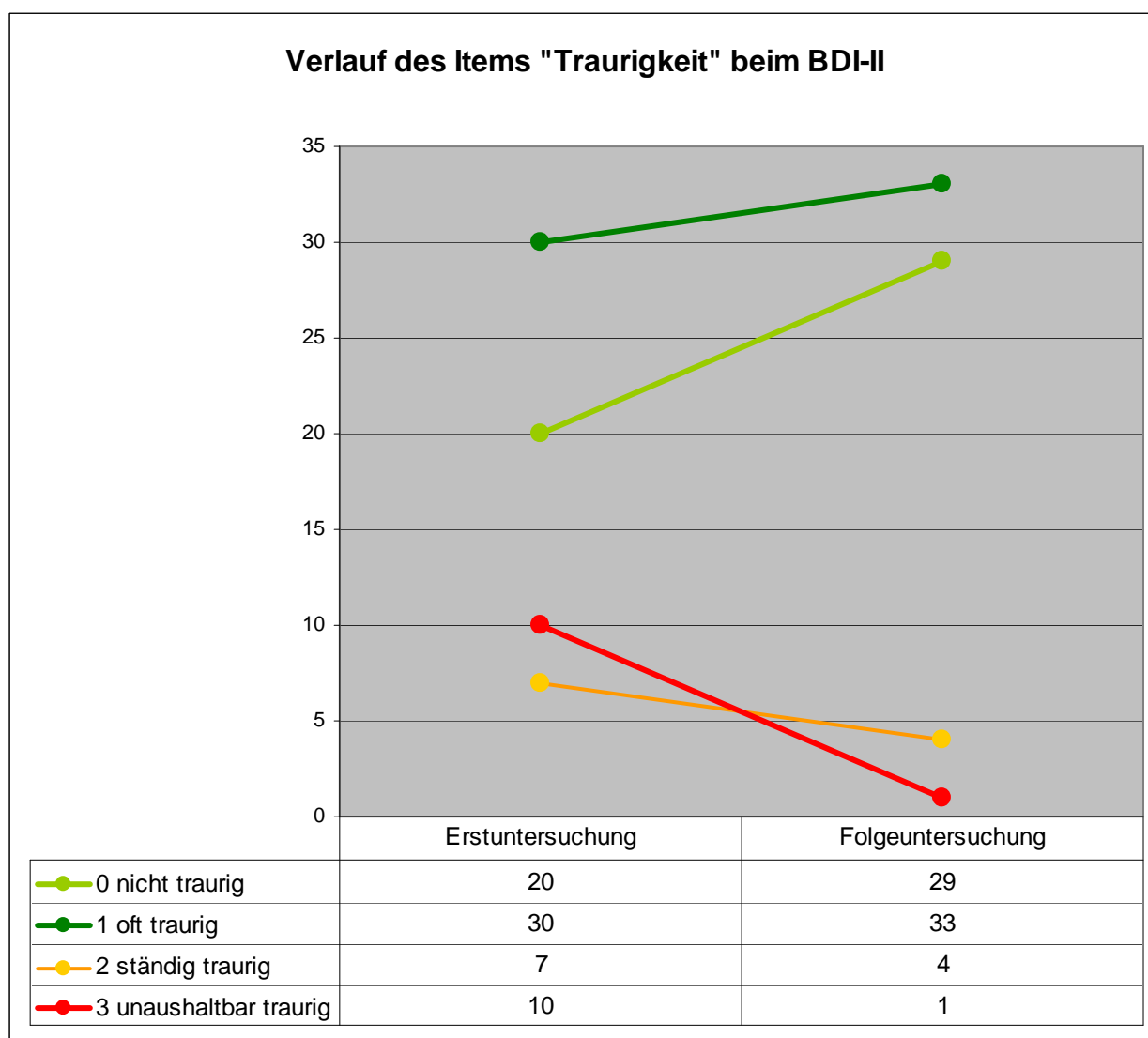


Abbildung 17: Verlauf des Items „Traurigkeit“ beim BDI-II

Detaillierte Analysen einzelner Item-Verläufe können probandenbezogen mithilfe des SPSS-Programms in Form von Kreuztabellen dargestellt werden. Diese ermöglichen die Beurteilung einer Verbesserung bzw. Verschlechterung des jeweils betrachteten Parameters.

Tabelle 36: Kreuztabelle „Traurigkeit“

Traurigkeit * Traurigkeit.2 Kreuztabelle

Anzahl		Traurigkeit.2				Gesamt
		0	1	2	3	
Traurigkeit	0	17	3	0	0	20
	1	9	19	2	0	30
	2	0	5	2	0	7
	3	3	6	0	1	10
Gesamt		29	33	4	1	67

In der Kreuztabelle werden die Summenwerte aller Antwortstufen des Erstinterviews („Traurigkeit“) denen des Folgeinterviews („Traurigkeit.2“) vergleichend gegenübergestellt. Die Zahlen in der Kreuztabelle stehen für die Summe der Häftlinge, die den entsprechenden Score erreicht haben. Zur Vereinfachung der Tabelleninterpretation lässt sich eine Diagonale über die Zahlen legen, die für die Häftlinge mit unverändert gebliebenen Ergebnissen in Erst- und Folgeuntersuchung steht. Diese Linie verläuft von oben links nach unten rechts und trennt die Verschlechterungen (im Feld rechts bzw. oberhalb der Diagonale) von den Verbesserungen (im Feld links unterhalb der Diagonale).

Die Analyse der vorstehenden Kreuztabelle zu „Traurigkeit“ belegt eine Verschlechterung bei 5 Häftlingen (7,5 % der Follow-up-Stichprobe) gegenüber einer Verbesserung bei 23 Häftlingen (34,3 %).

3.6.1.2. Pessimismus

Bei der Folgeuntersuchung fiel eine signifikante Besserung des Items „Pessimismus“ auf. Der Zuwachs bei der Stufe 0 („Ich sehe nicht mutlos in die Zukunft“), einer Beschwerdefreiheit in Bezug auf Pessimismus entsprechend, beträgt 13 Häftlinge (19,4 %). Dies entspricht einer Erhöhung von 37 auf 50 Probanden. Dennoch haben einzelne Häftlinge eine Zunahme ihres Pessimismus angegeben. Die Analyse der korrespondierenden Kreuztabelle ergibt eine Verschlechterung bei 6 Probanden (9,0 %) und eine Verbesserung bei 18 Häftlingen (26,9 %). Diese Entwicklung lässt sich auch grafisch abbilden:

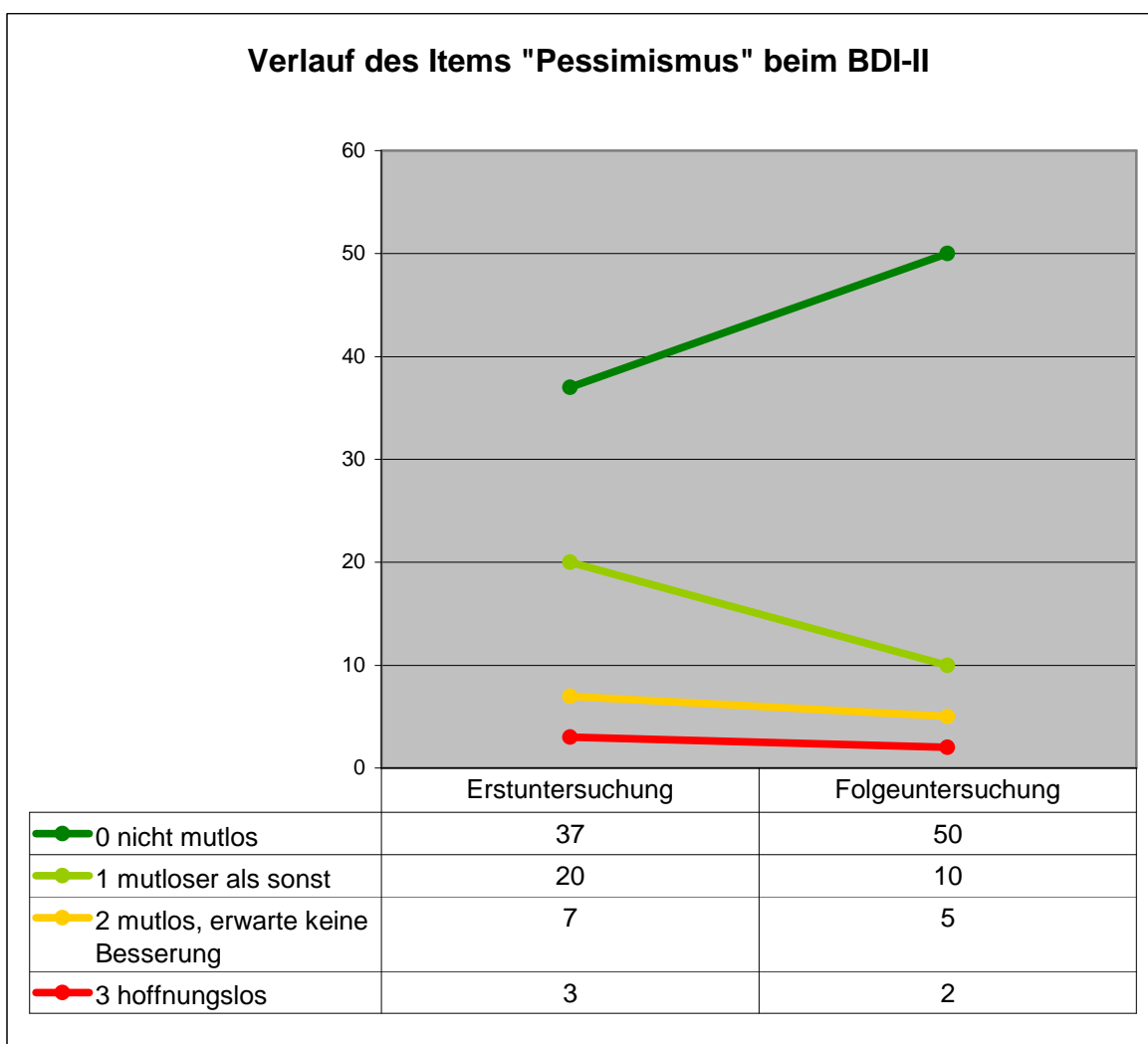


Abbildung 18: Verlauf des Items „Pessimismus“ beim BDI-II

3.6.1.3. Schuldgefühle

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Analyse des BDI-II-Items „Schuldgefühle“. Hier ist ebenfalls eine signifikante Besserung bei der Verlaufsuntersuchung erkennbar. Insgesamt 9 Häftlinge verbesserten sich von Stufe 1 auf Stufe 0. Andererseits ist das nahezu konstante Ergebnis bei den Antwortstufen 2 und 3 als Ausdruck persistierender Schuldgefühle in schwererer Ausprägung (mit Verbesserung nur eines einzigen Probanden) auffällig.

Tabelle 37: Verlauf des Items „Schuldgefühle“ beim BDI-II

Schuldgefühle	Erstuntersuchung		Folgeuntersuchung		Entwicklung	
	n	%	n	%	n	%
0 keine	14	21,0 %	23	34,3 %	9	13,4 %
1 oft	46	68,7 %	37	55,2 %	- 9	- 13,4 %
2 meistens	3	4,5 %	4	6,0 %	1	1,5 %
3 ständig	4	6,0 %	3	4,5 %	- 1	- 1,5 %

Die Detailbetrachtung der Kreuztabelle für das Item „Schuldgefühle“ verdeutlicht die Veränderungen in der Stufe 3 mit der Aussage „Ich habe ständig Schuldgefühle“. Von dieser initialen Selbsteinschätzung traten 2 Insassen im Verlauf zurück, lediglich 1 Befragter gab eine Zunahme dieses Symptoms hin zu Stufe 3 an. Insgesamt kam es bei 5 Häftlingen (7,5 %) zu einer Verschlechterung der initialen Aussage, 13 Häftlinge (13,4 %) verbesserten sich hingegen im Folgeinterview in Bezug auf das Erleben von Schuldgefühlen.

3.6.1.4. Selbstablehnung

Kein Proband traf die Aussage „Ich lehne mich völlig ab“ (Stufe 3). Bei insgesamt 17 Häftlingen (25,4 %) kam es zu einer Abnahme ihrer Selbstablehnung in der Selbsteinschätzung, demgegenüber gaben 6 Häftlinge (9,0 %) eine Zunahme dieses Gefühls an. Auffällig ist die rasche Besserung im Verlauf. Bei der Erstuntersuchung

gaben 28 Häftlinge (41,8 %) eine mittlere Ausprägung der Selbstablehnung an („Ich bin von mir enttäuscht“, Stufe 2). Im Verlauf weniger Wochen bis zum Folgeinterview kam es zu einer signifikanten Besserung dieser Selbsteinschätzung. Bei 13,4 % der Stichprobe klingt das Gefühl der Selbstablehnung vollständig ab. Die folgende Grafik gibt die Gesamtentwicklung wieder.

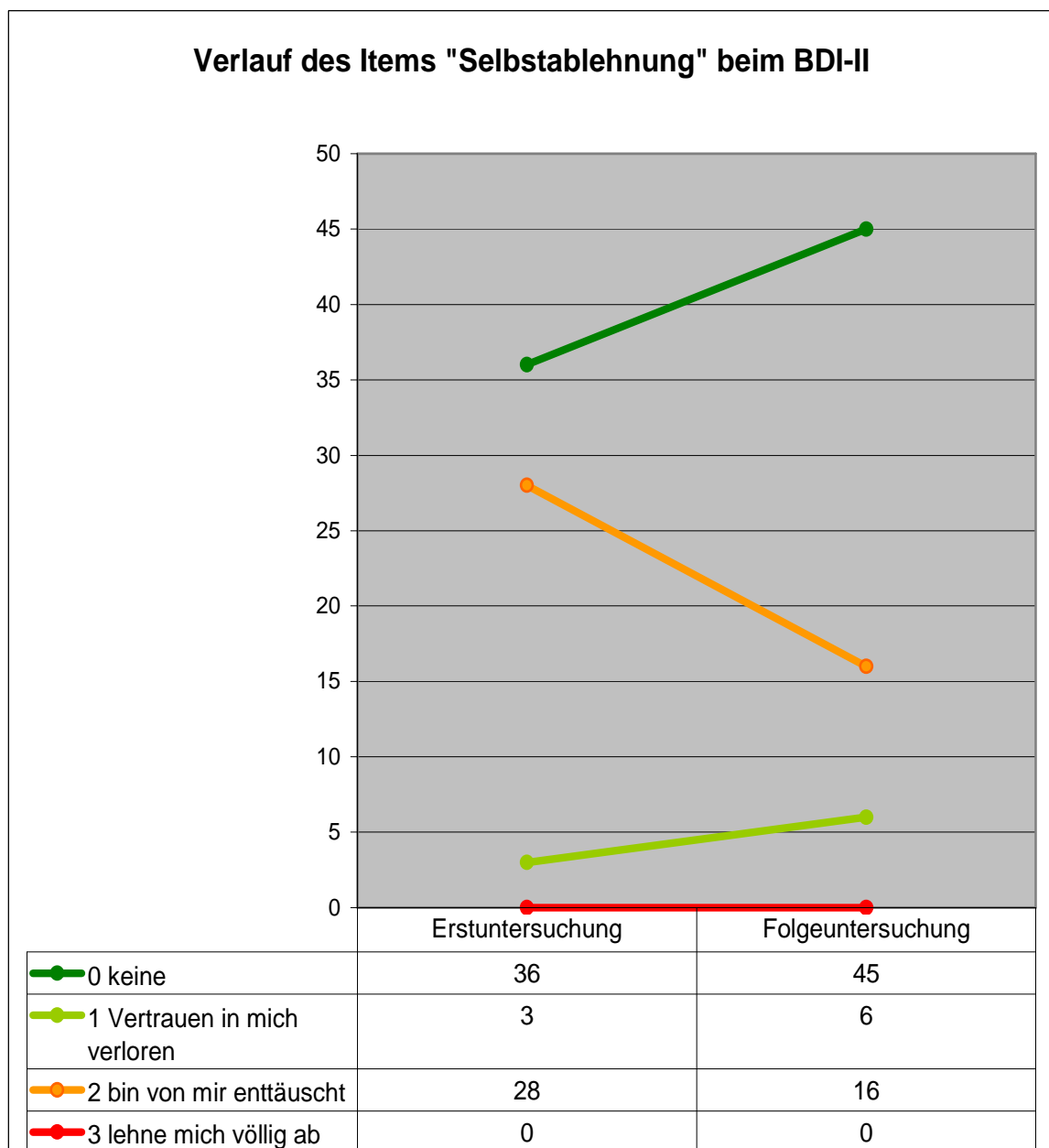


Abbildung 19: Verlauf des Items „Selbstablehnung“ beim BDI-II

3.6.1.5. Selbstmordgedanken

Eine ausgeprägte Suizidalität ließ sich bei den befragten Häftlingen mittels BDI-II-Instrument nicht ermitteln. Dies spiegelt sich im Fehlen der Stufen 2 und 3, einer stärkeren Symptomausprägung entsprechend, sowohl im Erst- als auch im Folgeinterview wider. Initial verneinten 80,6 % der befragten Insassen Selbstmordgedanken, in der Verlaufsbefragung erhöhte sich dieser Prozentsatz auf 85,1 %. Lediglich 1 Proband (1,5 %) verschlechterte sich um 1 Stufe. Alle 4 Probanden (6,0 %), die sich initial für die Aussagestufe 1 („Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun“) entschieden, verneinten im Folgeinterview Selbstmordgedanken.

3.6.1.6. Unruhe

Auffällig bei der Untersuchung des Items „Unruhe“ ist, dass sich 80,6 % der Insassen bei der Erstuntersuchung sowie 86,6 % der Häftlinge bei der Folgeuntersuchung in den Bereichen nicht vorhandener bzw. geringer Symptomausprägung befanden. Dennoch kam es im zeitlichen Verlauf zu Veränderungen. Eine zunehmende Unruhe gaben 10 Probanden (14,9 %) an, eine Symptombesserung mit nachlassender Unruhe trat bei 22 Probanden (32,8 %) ein.

Tabelle 38: Verlauf des Items „Unruhe“ beim BDI-II

Unruhe	Erstuntersuchung		Folgeuntersuchung		Entwicklung	
	n	%	n	%	n	%
0 keine	24	35,82%	35	52,24%	11	16,42%
1 unruhiger als sonst	30	44,78%	23	34,33%	-7	-10,45%
2 stark, stillsitzen fällt schwer	8	11,94%	6	8,96%	-2	-2,99%
3 sehr stark, ständiger Bewegungsimpuls	5	7,46%	3	4,48%	-2	-2,99%

3.6.1.7. Wertlosigkeit

Auch bei der Beantwortung der Frage nach dem Gefühl der Wertlosigkeit befanden sich über 80% der Stichprobe zu beiden Untersuchungsterminen in Stufe 0 und 1, wobei sich eine weitere Besserung im Verlauf ergab. Im Detail setzt sich dieser Effekt aus der Abnahme von „Wertlosigkeit“ bei 14 Probanden (21,0 %) und der Zunahme dieses Symptoms bei 6 Probanden (9,0%) zusammen.

3.6.1.8. Veränderungen der Schlafgewohnheiten

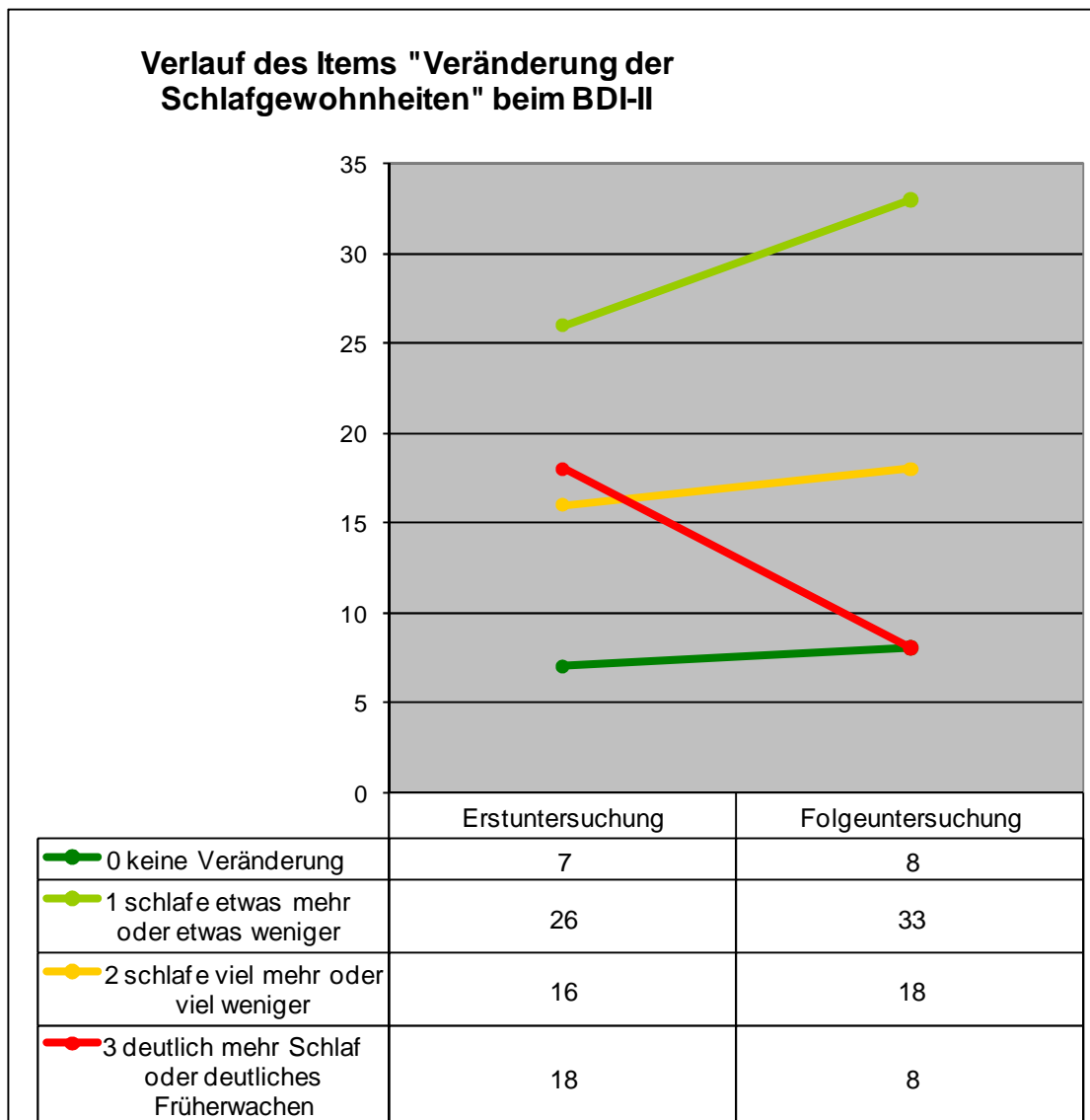


Abbildung 20: Verlauf des Items „Veränderungen der Schlafgewohnheiten“ beim BDI-II

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein Viertel der Probanden (16 Häftlinge, 23,9 %) im Verlauf eine Verschlechterung des Schlafes angab, eine an den Antwortstufen ablesbare Schlafverbesserung war im Verlauf bei 27 Personen (40,3 %) feststellbar.

Insgesamt liegt ein sehr gemischtes Bild vor, wobei es bei den Extremwerten in Stufe 3 zu einer deutlichen Verbesserung kommt.

3.6.2. Ausgewählte HAMD-Items

Im Folgenden werden einzelne Ergebnisse relevanter Items aus dem HAMD-Fremdeinschätzungsinstrument gesondert betrachtet. Der vollständige Wortlaut der Antwortmöglichkeiten kann dem Original-Fragebogen (s. Anhang VI.5.3) entnommen werden.

3.6.2.1. Depressive Stimmung

Tabelle 39: Verlauf des Items „Depressive Stimmung“ beim HAMD

Depressive Stimmung	Erstuntersuchung		Folgeuntersuchung		Entwicklung	
	n	%	n	%	n	%
0 keine	25	37,3%	31	46,3%	6	9,0%
1 nur auf Befragen	14	20,9%	17	25,4%	3	4,5%
2 spontan geäußert	8	11,9%	6	9,0%	-2	-3,0%
3 aus dem Verhalten erkennbar	17	25,4%	9	13,4%	-8	-11,9%
4 fast ausschließlich (verbal und nonverbal)	3	4,5%	4	6,0%	1	1,5%

Der voran stehenden Tabelle ist zu entnehmen, dass sich bei der Erstuntersuchung 58,2 % der Häftlinge in den Stufen 0 und 1 (keine bzw. geringfügige depressive Stimmung) befanden. Auffällig ist der dazu kontrastierende, mit 20 Häftlingen (29,9 %) relativ hohe Anteil stärker ausgeprägter Depressivität in den Antwortstufen 3 und 4. Innerhalb letzterer Gruppe befanden sich zum Zeitpunkt der Verlaufsuntersuchung nur

noch 13 Insassen (19,4 % der Stichprobe). Insgesamt nahm die depressive Stimmung auch in den leichten Ausprägungsformen ab, so dass sich 71,7 % der Gesamtstichprobe bei der Folgeuntersuchung im Bereich der Stufen 0 und 1 wiederfanden.

Die probandenbezogene Analyse der dazugehörigen Kreuztabelle belegt eine Besserung der depressiven Stimmung im Verlauf bei 26 Insassen (38,8 %). Dieser Gruppe steht mit 16 Insassen (23,9 %) rund einem Viertel der Stichprobe mit einer angegebenen Stimmungsverschlechterung gegenüber.

3.6.2.2. Schuldgefühle

Der folgenden Kreuztabelle zufolge haben sich 32 Häftlinge (47,8 %) in der Fremdeinschätzung mittels HAMD in Bezug auf ihr Erleben von Schuldgefühlen nicht verändert. Bei 21 Probanden (31,3 %) kam es zu einer Zunahme von Schuldgefühlen im Verlauf, während nur 14 Probanden (20,9 %) als gebessert eingeschätzt wurden. Dies stellt eine Besonderheit dar, weil das Ergebnis nicht dem allgemeinen Besserungstrend folgt.

Tabelle 40: Kreuztabelle „Schuldgefühle“

Schuldgefühle * Schuldgefühle.2 Kreuztabelle

Anzahl		Schuldgefühle.2				Gesamt
		0	1	2	3	
Schuldgefühle	0	12	7	1	0	20
	1	6	12	11	1	30
	2	2	4	6	1	13
	3	0	1	1	2	4
Gesamt		20	24	19	4	67

3.6.2.3. Suizidalität

Ernstzunehmende Suizidalität (Antwortstufen 2, 3 und 4 beim Item „Suizid“) lag zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung nur bei 8 Personen (11,9 %) vor. Diese Quote fiel in der Folgeuntersuchung auf 5 Personen (7,5 %). Der Großteil der Stichprobe mit einer Größenordnung von ca. 90,0 % lag in Bezug auf Suizidalität im eher unauffälligen Bereich (ohne Anhalt für Selbstgefährdung), wobei Lebensüberdruss-Gedanken ohne konkrete Ausformung und ohne Handlungsimpulse, der Antwortstufe 1 entsprechend, ebenfalls hierzu gerechnet wurden.

Aus der Kreuztabelle zum Item „Suizidalität“ ergeben sich in der Verlaufsbeurteilung 14 Verbesserungen (21,0 %) und 8 Verschlechterungen (11,9 %).

3.6.2.4. Schlafstörungen

Im HAMD werden die unterschiedlichen Schlafstörungen mit 3 Einzel-Items (Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, Schlafstörungen am Morgen) erfasst. Im Gegensatz zu allen anderen Items gibt es bei den 3 Fragen zu Schlafstörungen jeweils nur 3 Antwortstufen.

Alle erfragten Arten der Schlafstörungen waren insgesamt rückläufig. Es gaben jeweils mehr Häftlinge eine Besserung als eine Verschlechterung an. Eine anhand der korrespondierenden Kreuztabellen erstellte Übersicht über die Aussagen zum Schlafverhalten und die Störungen der einzelnen Schlafkomponenten gibt die folgende Tabelle wieder.

Tabelle 41: Schlafstörungen im Verlauf

Schlafstörungen im Verlauf				
	Verbesserungen		Verschlechterungen	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
Einschlafstörungen	23	34,3 %	11	16,4 %
Durchschlafstörungen	19	28,4 %	13	19,4 %
Schlafstörungen am Morgen	17	25,4 %	14	20,9 %

Die detaillierte Analyse ergibt eine Quote von 43,3 % der Insassen mit regelmäßigen Einschlafstörungen zu Haftbeginn. Bei der Folgebefragung gaben nur noch 28,4 % persistierende Einschlafstörungen an. Die Verteilung der Durchschlafstörungen und der Schlafstörungen am Morgen wies innerhalb der ersten Haftwochen nur geringe Veränderungen auf.

3.6.2.5. Angst – psychisch

Der Verlauf des Items „Angst – psychisch“ stellt sich in den einzelnen HAMD-Antwortstufen sehr heterogen dar, was die nachfolgende Abbildung veranschaulicht. Die deutlichsten Veränderungen im Sinne einer Besserung fanden sich bei Stufe 0 (Zunahme) sowie bei Stufe 3 (Abnahme).

Die korrespondierende Kreuztabelle der Follow-up-Gruppe sagt aus, dass zu Haftbeginn bestehende Angstgefühle bei 28 Probanden (41,8 % der Stichprobe) im Verlauf rückläufig waren bzw. abgeklungen sind. Bei 14 Probanden (20,9 %) wurden im Rahmen der Verlaufsuntersuchung neu aufgetretene oder verstärkte Ängste festgestellt.

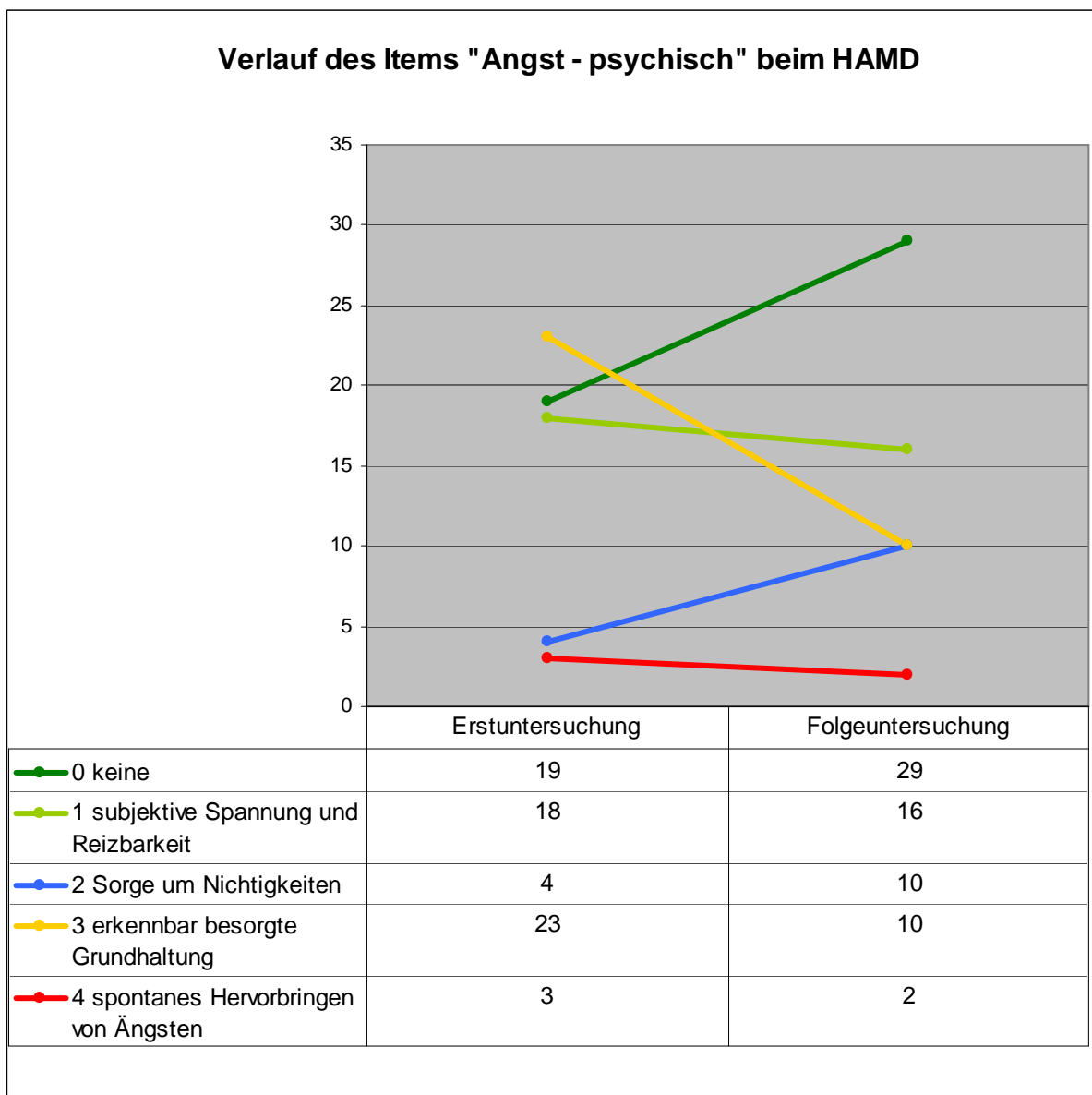


Abbildung 21: Verlauf des Items „Angst – psychisch“ beim HAMD

3.6.2.6. Ängste – somatisch

Körperliche Begleiterscheinungen wie gastrointestinale, kardiovaskuläre, respiratorische oder vegetative Symptome traten überwiegend in mäßiger Ausprägung auf. Massive Beeinträchtigungen wurden zu beiden Untersuchungszeitpunkten nicht festgestellt. Insgesamt kam es im Vergleich beider Untersuchungszeitpunkte allgemein zu einer Besserung des körperlichen Befindens. Im Detail ergibt sich aus der Analyse der dazugehörigen Kreuztabelle eine Verschlechterung bei 12 Häftlingen (17,9 %) und eine Verbesserung bei 22 Häftlingen (32,8 %).

Tabelle 42: Verlauf des Items „Ängste – somatisch“ beim HAMD

Ängste - somatisch	Erstuntersuchung		Folgeuntersuchung		Entwicklung	
	n	%	n	%	n	%
0 keine	36	53,7%	40	59,7%	4	6,0%
1 geringe	12	17,9%	17	25,4%	5	7,5%
2 mäßige	12	17,9%	5	7,5%	-7	-10,4%
3 starke	7	10,4%	5	7,5%	-2	-3,0%
4 extreme (Handlungsunfähigkeit)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

3.6.2.7. Hypochondrie

Hypochondrie wurde zu beiden Untersuchungszeitpunkten nur selten und in milder Ausprägung festgestellt. Bei Erstuntersuchung waren hypochondrische Symptome bei 15 (22,4 %) und bei der Folgeuntersuchung nur noch bei 11 Häftlingen (16,4 %) nachweisbar. Die Ausprägungsstufen 3 und 4 wurden nicht beobachtet. Im Einzelnen ergab die Verlaufsbeurteilung nur geringe Veränderungen in der Einschätzung, d.h. bei 5 Personen (7,5 %) trat eine Verschlechterung und bei 8 Personen (11,9 %) eine Verbesserung ein.

3.6.2.8. Depersonalisation, Derealisation

Die Symptome Depersonalisation und Derealisation, wie Unwirklichkeitsgefühle und nihilistische Ideen, traten ähnlich wie hypochondrische Symptome nur selten und in milder Ausprägung auf. Der Kreuztabelle ist zu entnehmen, dass bei der Erstuntersuchung 7 Häftlinge (10,5 %) auffielen, die bei der Folgeuntersuchung diesbezüglich beschwerdefrei waren. Hingegen traten entsprechende Symptome bei 2 Häftlingen (3,0 %) in der Folgeuntersuchung neu auf.

3.7. Gegenüberstellung der Follow-up- und der Lost-to-follow-up-Gruppen der Erstuntersuchung

Die Stichprobe der Verlaufsgruppe wird in den folgenden Tabellen den 38 Häftlingen der Lost-to-follow-up-Gruppe anhand der im Erstinterview erzielten Summen-Scores in BDI-II und HAMD vergleichend gegenübergestellt.

Tabelle 43: Vergleich der BDI-II-Werte der Follow-up-Gruppe und der Lost-to-follow-up-Gruppe

BDI-II	Follow-up-Gruppe (n=67)		Lost-to-follow-up (n=38)	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
Keine Depression	9	13,4%	12	31,6%
Minimale Depression	12	17,9%	3	7,9%
Leichte Depression	18	26,9%	5	13,2%
Mittelschwere Depression	17	25,4%	5	13,2%
Schwere Depression	11	16,4%	13	34,2%
Summe	67	100,0%	38	100,0%

Tabelle 44: Vergleich der HAMD-Werte der Follow-up-Gruppe und der Lost-to-follow-up-Gruppe

HAMD	Follow-up-Gruppe (n=67)		lost-to-follow-up (n=38)	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
Unauffällig	22	32,8%	13	34,2%
Leichte Depression	20	29,9%	14	36,8%
Ausgeprägte Depression	19	28,4%	5	13,2%
Besonders schwere Depression	6	9,0%	6	15,8%
Summe	67	100,0%	38	100,0%

Im Vergleich beider Gruppen weichen die Verteilungen der BDI-II-Werte nur unwesentlich voneinander ab. In den drei Stufen geringer Depressivität befinden sich 58,2 % der Follow-up-Gruppe und 52,7 % der Lost-to-follow-up-Gruppe. Der Probandenanteil ohne nennenswerte depressive Symptome ist somit vergleichbar groß. Auf die 2 Stufen der höheren Depressions-Indices entfallen somit 41,8 % bzw. 47,4 %. Geringfügig größer sind die Differenzen in der Gegenüberstellung der HAMD-Werte. Im Fremdbeurteilungsinstrument befanden sich 37,4 % der späteren Follow-up-Gruppe im Bereich ausgeprägter bzw. schwerer Depressivität, jedoch nur 29,0 % der Insassen aus der Lost-to-follow-up-Gruppe.

In der Auswertung des HAMD-Items „Suizid“ bei der Lost-to-follow-up-Gruppe bestand bei 4 Häftlingen ausgeprägte Suizidalität zum Zeitpunkt des Erstinterviews, in der Follow-up-Gruppe waren es 8 Probanden (s. 3.6.2.3).

3.8. Differenzierte Betrachtung einzelner Probanden-Untergruppen im Verlauf

Ziel dieser statistischen Auswertung ist die Erfassung soziobiografischer Einflüsse auf die Depressivität in Haft. Es wird der Frage nachgegangen, ob sich für die untersuchte Gruppe der männlichen Inhaftierten unter Untersuchungshaftbedingungen potenziell die Stimmungslage beeinflussende Faktoren identifizieren lassen. Hierfür wurden die Häftlinge der Follow-up-Gruppe nach bestimmten Kriterien zusammengefasst. Die zuvor ermittelten BDI-II- und HAMD-Werte wurden im Verlauf betrachtet und der jeweiligen Referenzgruppe gegenübergestellt.

In Rahmen der explorativen Datenanalyse wurden folgende 10 Aspekte betrachtet:

- Ausländer
- „Broken home“-Herkunft
- Junge Häftlinge
- Verheiratet bzw. in Partnerschaft lebend
- Realschulabschluss / POS oder Abitur
- Schulden über 50.000 €
- Alkoholabhängigkeit
- Heroinabhängigkeit
- Häftlinge ohne Hafterfahrung
- Häftlinge mit mind. 2 Jahren Hafterfahrung

3.8.1. Untergruppe „Ausländer“

Bei Betrachtung der Summen-Scores in BDI-II und HAMD sanken die Depressionsindices um 2 bzw. 3 Punkte mehr als in der Referenzgruppe der Nicht-Ausländer. Die kleine Gruppe der Ausländer (nicht-deutscher Muttersprache) mit 11 Probanden weicht somit in Bezug auf Depressivität nicht von der Häftlingsgruppe deutschsprachiger Herkunft ab. Auffällig ist die größere Varianz der Wertedifferenzen: Bei insgesamt 8 Verbesserungen im Verlauf sind 3 Fälle mit signifikant gesunkenen Depressionswerten (von je über 10 Punkten im BDI-II-Test) bemerkenswert. Demgegenüber stehen lediglich 3 moderate Verschlechterungen.

3.8.2. Untergruppe „Broken home“

Die 13 in massiven sozialen Benachteiligungssituationen (nicht bei Eltern, Großeltern, Adoptiv- oder Pflegeeltern) aufgewachsenen Probanden zeigten im BDI-II-Wert mit einer Abnahme um 6 Punkte (im Medianwert) einen etwas stärkeren Trend zur Stimmungsverbesserung als die Referenzgruppe mit einer Abnahme um 3 Punkte im Medianwert. Auffällig sind jedoch die voneinander abweichenden Ergebnisse in Selbst- und Fremdbeurteilung. Der ermittelte Besserungstrend im BDI-II stellt sich im Fremdbeurteilungsinstrument HAMD mit einer Abnahme um nur einen Punkt für die Untergruppe „Broken home“ bzw. um 2 Punkte in der Referenzgruppe nur minimal und sehr verhalten dar. Die korrespondierenden Werte sind der nachfolgenden statistischen Auswertungstabelle, die für alle Untergruppen erstellt und hier exemplarisch eingefügt wurde, zu entnehmen.

Tabelle 45: Häufigkeitstabelle für Untergruppe „Broken home“

		Diff. BDI	Diff. HAMD
Referenzgruppe	N	54	54
	Gültig	0	0
	Fehlend		
	Mittelwert	-3,3519	-3,0370
	Median	-3,0000	-2,0000
	Standardabweichung	8,28082	7,54849
	Minimum	-29,00	-23,00
	Maximum	17,00	14,00
	Perzentile		
	25	-8,0000	-8,0000
	50	-3,0000	-2,0000
	75	2,0000	2,0000
Untergruppe „Broken home“	N	13	13
	Gültig	0	0
	Fehlend		
	Mittelwert	-6,0000	-1,8462
	Median	-6,0000	-1,0000
	Standardabweichung	4,91596	5,85728
	Minimum	-20,00	-12,00
	Maximum	0,00	7,00
	Perzentile		
	25	-6,5000	-5,0000
	50	-6,0000	-1,0000
	75	-3,0000	2,0000

3.8.3. Untergruppe „Junge Häftlinge - Alter bis 22 Jahre“

Die 7 Häftlinge dieser Altersgruppe besserten sich in den Depressionswerten beider Messinstrumente deutlicher als die ältere Referenzgruppe (23 Jahre und älter).

3.8.4. Untergruppe „Häftlinge mit partnerschaftlichen Beziehungen“

Innerhalb der Follow-up-Gruppe lebten 55,2 % bis zu ihrer Inhaftierung in Partnerschaft, davon lediglich 4 Probanden in Ehe. Diese Untergruppe stellt sich bei großer Varianz der Wertedifferenzen sehr inhomogen dar. Im Vergleich zur Gruppe der Alleinlebenden ist innerhalb der Häftlingsgruppe mit partnerschaftlicher Beziehung eine geringfügig reduzierte Besserungstendenz der Depressionswerte feststellbar.

3.8.5. Untergruppe „Häftlinge mit Realschulabschluss bzw. POS oder Abitur“

Etwa ein Drittel der untersuchten Follow-up-Gruppe verfügte über einen entsprechenden Schulabschluss. Es ist, bei Vergleich mit der Referenzgruppe, in der Entwicklung der Medianwerte für BDI-II und HAMD, kein signifikanter Unterschied in Bezug auf die Besserung der Depressions-Scores abzuleiten.

3.8.6. Untergruppe „Häftlinge mit mehr als 50.000 € Schulden“

Von 12 Insassen wurde eine Verschuldung über 50.000 € angegeben. Die ermittelten Werte unterschieden sich nicht signifikant von der Referenzgruppe ohne bzw. mit niedrigeren Schulden, sodass sich aus der Datenanalyse kein direkter Einfluss einer höheren Verschuldung auf die Stimmungslage ableiten lässt.

3.8.7. Untergruppe „Häftlinge mit Alkoholabhängigkeit“

Untersucht wurden die Depressionswerte der 10 alkoholabhängigen Häftlinge, deren errechnete tägliche Konsummenge mind. 100 g Alkohol betrug. Auffallend war die deutlich positive Stimmungsentwicklung in der BDI-II-Selbsteinschätzung, die zudem durch die Werte der Fremdbeurteilung durch den Untersucher im HAMD bestätigt wurden.

3.8.8. Untergruppe „Häftlinge mit Heroinabhängigkeit“

Ebenso charakteristisch ist die aus den BDI-II- und HAMD-Werten ableitbare Abnahme der Depressivität bei den 11 heroinabhängigen Insassen. Es bilden sich auch hier keine größeren Differenzen zur nicht heroinabhängigen Referenzgruppe ab, aber der Trend zur deutlichen Stimmungsverbesserung ist durchgängiger als innerhalb anderer betrachteter Teilgruppen.

3.8.9. Untergruppe „Häftlinge ohne Hafterfahrung“

Innerhalb des Follow-up-Samples befanden sich 15 Insassen erstmalig in Haft. Entgegen den Erwartungen bildet sich dieses einschneidende und potenziell traumatisierende biografische Ereignis nicht in höheren Depressions-Indices dieses Kollektivs ab. In der Einzelanalyse fällt jedoch auf, dass sich 1 Häftling im BDI-II-Ergebnis bzw. 2 Probanden im HAMD-Score signifikant (um 10 Punkte oder mehr) verschlechtert haben.

3.8.10. Untergruppe „Häftlinge mit mindestens 2 Jahren Hafterfahrung“

Die mit 20 Personen (29,9 %) relativ große Untergruppe der hafterfahrenen Insassen mit bereits verbüßten Freiheitsstrafen von mind. 2 Jahren weicht in den ermittelten Werten nicht signifikant von der Referenzgruppe der haftunerfahrenen und weniger hafterfahrenen Probanden ab. Den Fällen minimal zunehmender Depressivität standen signifikant mehr Stimmungsverbesserungen, in 3 Fällen um mind. 10 Punkte im BDI-II, gegenüber.

4. Diskussion

4.1. Vergleich mit internationalen Untersuchungsergebnissen

In Studien zur psychischen Vulnerabilität von Häftlingen als besondere Population wurden neben dem „Gefängnis-Régime“ selbst weitere Risikofaktoren benannt, zu denen Substanzmissbrauch (Drogen, Alkohol), psychiatrische Vordiagnosen und Vorbehandlungen, Alter über 40 Jahre, Obdachlosigkeit, frühere Inhaftierungen und die Inhaftnahme wegen Gewaltdelikten zählen (Shaw et al. 2006, Blaauw et al. 2005).

Der Vergleich internationaler Untersuchungen ist durch abweichende Erhebungsinstrumente und -methoden erschwert. Zudem differieren die Diagnosekriterien, weil sich US-Untersuchungen an den DSM IV anlehnen, während in Europa meist die ICD-10-Nomenklatur zugrunde gelegt wird. Neben den methodischen und diagnostischen Schwierigkeiten sind in der überwiegenden Zahl internationaler Voruntersuchungen die meist nicht-randomisierte Stichprobenauswahl, die kleine Stichprobengröße sowie oftmals die fehlende Vergleichbarkeit zur Allgemeinbevölkerung problematisch (Teplin 1990).

Harding et al. (1989) haben in einer Population von 208 Untersuchungshäftlingen am 10. Hafttag hohe Scores an psychiatrischen Symptomen mit einem signifikanten Abfall der Werte bei einer Nachuntersuchung am 60. Hafttag ermittelt. Die initial gehäuften, jedoch nicht anhaltenden psychischen Beschwerden traten im Sinne kurz andauernder Anpassungsstörungen auf.

In der Literatur werden verschiedene Screening-Instrumente beschrieben. Steadman et al. (2005) haben in einer Untersuchung 10330 Häftlinge in US-amerikanischen jails den „Brief Jail Mental Health Screen“ (BJMHS) als Kurz-Evaluationsbogen ausfüllen lassen. Ford et al. (2007) berichteten vom „Correctional Mental Health Screen“ (CMHS) mit 8 abgefragten Items und beurteilten den Fragebogen als prädiktiv aussagekräftig in Bezug auf psychiatrische Achse-I-Störungen in der Nomenklatur des DSM-IV. Die Nachuntersuchung von Häftlingen einer britischen Untersuchungshaftanstalt, die initial mithilfe eines kursorischen Aufnahme-Screeningbogens befragt wurden, ergab eine

hohe Rate an psychischer Niedergestimmtheit, ohne dass die geforderten Depressionskriterien erfüllt gewesen wären. Hieraus wurde, allerdings bei einer kleinen teilnehmenden Häftlingspopulation, ein insgesamt geringer Verbesserungsbedarf der bestehenden psychiatrischen Versorgungssituation abgeleitet (Gavin et al. 2003).

Boothby et al. (1999) erhoben bei der BDI-Auswertung an 1494 Neuinhaftierten in US-Haftanstalten einen mittleren BDI-Wert von 12,67, was einer leichten Depressivität entspricht. Bei differenzierter Betrachtung der Ergebnisse und der Häftlingspopulation fielen signifikant höhere Summenwerte bei jungen Häftlingen im Alter von 20 Jahren oder jünger auf, ebenso bei Erstinhaftierten und bei Insassen mit verschärften Haftbedingungen („close-custody inmates“). Ferner bildete sich ein Unterschied bei der Rassenzugehörigkeit heraus, nach dem weiße Häftlinge höhere Scores als schwarze Insassen erzielten.

Als Risikofaktor für Anpassungsstörungen mit Ängsten, depressiven und psychosomatischen Symptomen benannten Andersen et al. (2000, 2003) in einer dänischen Follow-up-Untersuchung die Unterbringung in Einzelhaft. Die Depressionswerte im verwendeten HAMD fielen binnen 2 bis 3 Monaten nach Verlegung in einen Mehrpersonenhafttraum und zeigten eine ausbleibende Besserung bei Hafterfahrenen und fortbestehender Einzelhaft an. Weitere Einflussfaktoren stellten in dieser Studie auch psychiatrische Vorerkrankungen, das Alter sowie der Erwerbsstatus dar.

Eine in den Jahren 2003 / 2004 durchgeführte Studie an 800 in französischen Haftanstalten einsitzenden Männern durch zwei Untersucher mit unterschiedlichen Interview-Formen (strukturiert bzw. offen) ergab vergleichsweise hohe Prävalenzen für psychische Störungen in Haft. So wurden innerhalb dieses Samples 17,9 % bzw. 24 % majore Depressionen ermittelt (Falissard et al. 2006).

Im Rahmen einer altersbezogenen Auswertung von Teplin (1994) wurden im Altersvergleich für die jüngste Altersgruppe der untersuchten Häftlinge (16 – 21 Jahre) die niedrigsten Prävalenzraten für „major depressions“ ermittelt. Als mögliche Begründung wurde angeführt, dass sich Depressionen erst mit steigendem Alter

entwickeln und man diese „mit dem Altern“ eher erwarten kann. Die jüngste Gruppe wies jedoch die höchsten Werte für Angst- und somatoforme Störungen auf.

Weitere Studien hatten bei Inhaftierten hohe Zahlen an psychiatrischen Komorbiditäten ermittelt und das Vorliegen der Doppeldiagnosen als Abbildung der ernstzunehmenden und komplexen psychischen Beeinträchtigungen der Häftlingspopulationen gewertet. Eine Vergleichsstudie zwischen Sträflingen und der Allgemeinbevölkerung in Edmonton (Kanada) mit dem Diagnostic Interview Schedule (DIS) ergab deutlich erhöhte Lebenszeitprävalenzen für Suchtmittelmissbrauch, affektive Störungen, antisoziale Persönlichkeitsstörungen und Suizidversuche in der Häftlingsgruppe, bei der es sich um junge, alleinlebende Männer mit schlechter Schulbildung und mehreren Kurzstrafen wegen Wiederholungsdelikten handelte. Die Rate der „major depressions“ war bei den Häftlingen mit 16,7 % im Vergleich zur dortigen altersangepassten männlichen Bevölkerung (9,3 %) ebenso wie die Quote der Suizidversuche in der Anamnese (7,1-fach) signifikant erhöht (Bland et al. 1998).

4.2. Generelle Diskussion

Die vorliegende Studie belegt die erhöhte Prävalenz depressiver Syndrome bei inhaftierten Männern unter Untersuchungshaftbedingungen speziell zu Haftbeginn. Im Rahmen der Folgeuntersuchung unter identischen Bedingungen wurden insgesamt sinkende Depressions-Indices erhoben.

Die von den Probanden in dieser Stichprobe erzielten Summenwerte der BDI-II- und HAMD-Tests bewegten sich hauptsächlich im Wertebereich niedriger Depressionsstufen. Die differenzierte Ergebnisanalyse der verwendeten Fragebögen und der Interview-Ergänzungsfragen ergab für den Großteil der Stichprobe eine Besserungstendenz der depressiven Symptome im Verlauf. Die bei einem kleineren Teil des Samples weiterhin erhöhten Scores im BDI-II und im HAMD-Test belegten für diese Insassengruppe eine länger anhaltende depressive Symptomatik leichter Ausprägung. Die Mediane der BDI-II-Summenwerte verringerten sich von initial 18 auf 14 Punkte, einer Verbesserung vom oberen in den unteren Wertebereich einer leichten Depression entsprechend. Auch im HAMD-Instrument bildete sich die Besserungstendenz innerhalb

der leichten Depression mit einem von 11 auf 8 Punkte gefallenem Summen-Score bei der Follow-up-Gruppe ab.

Der ermittelte Besserungstrend der Depressionswerte ist als Hinweis auf das überwiegende Vorliegen leichter depressiver Episoden (bei Ausschlussvorbehalt organischer psychischer Störungen oder Abusus bzw. Abhängigkeit psychotroper Substanzen) zu werten. Hiervon differentialdiagnostisch schwer abzugrenzen sind kurz andauernde bzw. vorübergehende Anpassungsstörungen im Sinne unterschiedlich starker depressiver Reaktionen, zumeist in leichter oder mittelschwerer Ausprägung. Die hierfür in der ICD-10 geforderten Kriterien sind durch die Inhaftierungssituation als identifizierbare psychosoziale Belastung mit Symptomen einer affektiven Störung gegeben (Jäger et al. 2008), wobei in den Fällen des Abklingens der psychopathologischen Symptome binnen eines Monats eine Anpassungsstörung mit kurzer depressiver Reaktion vorliegt. Aufgrund der zeitnahen Nachuntersuchung im Abstand von etwa 4 Wochen war bei den Insassen mit persistierender Depressivität keine ausreichend lange Verlaufsbeobachtung möglich, sodass in diesen Fällen keine diagnostische Festlegung erfolgen konnte. Je nach Symptomausprägung wäre hier eine majore Depression von einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion abzugrenzen.

Die Aufarbeitung der soziobiografischen Daten ermöglichte die Unterteilung der Häftlingspopulation in verschiedene Subgruppen, die im Hinblick auf protektive oder depressiogene Faktoren betrachtet wurden. Die ermittelten Ergebnisse sind aufgrund der kleinen Fallzahlen innerhalb der jeweils betrachteten Stichprobe kritisch zu beurteilen und können allenfalls hinweisenden Charakter haben. Der Trend zur Stimmungsverbesserung im Haftverlauf ist in allen Untergruppen erkennbar, bleibt aber ohne statistische Signifikanz.

Unter anderem wurden Häftlinge aus „Broken home“-Verhältnissen als separate Subgruppe betrachtet. Hier begünstigten die nachteiligen Bedingungen mit fehlendem stabilisierendem Familien- und Sozialgefüge in der Jugendzeit (in mehreren Fällen auch mit einer frühen Vorgeschichte delinquenten Verhaltens assoziiert) das Entstehen antisozialer Kognitionen mit weitreichenden Folgen für den späteren schulischen und beruflichen Werdegang, die Freizeit- und Beziehungsgestaltung, das Drogen-

Konsumverhalten und schließlich auch die Entwicklung von Kriminalität. Die einem „Broken home“-Umfeld entstammenden Insassen bestätigten den allgemeinen Trend zur Abnahme der Depressions-Indices in der Selbstbewertung mit dem BDI-II-Instrument. In der Fremdbeurteilung mittels HAMD zeigte sich jedoch durch weiterhin erhöhte Werte eine hiervon abweichende Tendenz zu anhaltender Depressivität. Diese Diskrepanz kann ein Hinweis auf ein früh erlerntes, den Lebensumständen geschuldetes Verhaltens- und Verdrängungsmuster mit Dissimulierungsneigung und Verbergen von „Schwäche“ und „Angreifbarkeit“ sein.

Ein Einfluss höherer Schulbildung auf die Prävalenz oder den Verlauf depressiver Symptome ließ sich bei vergleichender Auswertung der entsprechenden Gruppe nicht belegen.

Die kleine Untergruppe der ausländischen Häftlinge nicht-deutscher Muttersprache erschien in Bezug auf Depressivität nicht anfälliger als die Referenzgruppe ohne Migrationshintergrund. Grund hierfür könnten die guten deutschen Sprachkenntnisse der Studienteilnehmer, die hieraus abzuleitende soziale Assimilation und die somit nicht anzunehmende Ausgrenzung innerhalb der Haftanstalt sein.

Junge Häftlinge bis zum Alter von 22 Jahren zeigten bei Folgebefragung eine rasche Besserung der erhobenen Depressions-Scores. Dies könnte als Hinweis auf eine initiale und zeitlich nur kurz andauernde Anpassungsstörung mit rascher Adaptation an die Haftsituation gewertet werden.

Häftlinge ohne Haft-Vorerfahrung wichen nicht vom generellen Besserungstrend ab, wobei es allerdings in 2 Einzelfällen zu einer signifikanten Symptomzunahme kam, die durch eine schwere depressive Reaktion im Sinne eines „Inhaftierungsschocks“ mit massiver Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit bei fehlender Hafterfahrung verursacht sein könnte. Innerhalb der Gruppe der hafterfahrenen Gefängnisinsassen ergaben sich keine Hinweise auf erhöhte bzw. persistierende Depressionssymptome. Die Begründung liegt sicherlich in einem „Vorteil“ aufgrund vergleichsweise schnell einsetzender Anpassungsvorgänge an die Haftbedingungen. Der Einfluss wiederholter Vor-Inhaftierungen auf die depressive Symptomatik der Häftlinge ergab bei Betrachtung einzelner Items ein sehr heterogenes Bild. Bei den hafterfahrenen Probanden ließen

sich beispielsweise nicht regelhaft weniger Unruhe, Schuldgefühle oder Schlafstörungen ableiten.

In der Untergruppe der in partnerschaftlicher Beziehung lebenden Häftlinge zeigten sich sehr unterschiedliche BDI-II und HAMD-Verlaufswerte. Im Vergleich zur Referenzgruppe der „Singles“ blieb die Besserungstendenz verhalten. Eine Erklärung hierzu könnte sein, dass dem partnerschaftlichen Rückhalt (als prinzipiell „protektivem“ Faktor) eine Belastung durch die - bei Folgebefragung schon wochenlang andauernde - zwangsweise Trennung gegenübersteht, die sich leichtgradig auf die BDI-II- und HAMD-Indices in Form persistierender (sub-)depressiver Symptome niederschlägt. Insgesamt lässt sich aus den insgesamt inhomogenen Daten jedoch keine prädiktive Aussage des Kriteriums „Familienstand“ ableiten.

Die vergleichende Betrachtung der Häftlingsgruppe mit Schulden über 50.000 € erfolgte unter der Hypothese, dass die haftbedingte Handlungsunfähigkeit und die existentiell bedrohlichen sozialen Folgen, insbesondere bei Mitbetroffenheit weiterer Angehöriger außerhalb der Gefängnismauern, depressionsfördernde Belastungsfaktoren darstellen. Diese Vermutung ließ sich jedoch nicht untermauern, da die erzielten Werte nicht signifikant von denen der Referenzgruppe ohne bzw. mit geringeren Schulden abwichen.

Erwartungsgemäß ließen sich über die Fragen des Suchtmittelkonsums und der Entgiftungen relativ hohe Inzidenzen von Abhängigkeitserkrankungen eruieren. Die Insassen mit prävalenter Substanzabhängigkeit zeigten im Verlauf dieser Studie eine deutliche Besserungstendenz der Depressionsindices, was bei den alkoholabhängigen Häftlingen sicherlich als Folge des verbesserten körperlichen Befindens nach notgedrungener und oftmals als „Erfolg“ empfundener Alkoholdetoxikation zu werten ist. Analog hierzu bildet sich die Besserung der Depressivität als niedriger Summen-Score in BDI-II und HAMD in der Folgeuntersuchung bei den heroinabhängigen Befragungsteilnehmern ab. Erklärend für die rasche Besserungstendenz ist neben der somatischen Stabilisierung nach erzwungenem Heroinentzug auch die psychische Entlastung und Stressminderung durch den entfallenden Drogen-Beschaffungsdruck. Innerhalb der Gefangenengruppe mit Suchterkrankungen könnte die Reduktion der Dysfunktionalität, die sich durch rasche Abnahme der untersuchten Scores zeigt, ein

Effekt vermehrter Struktur sein. In diesem speziellen Fall würde dem harten, unterordnenden Milieu der Untersuchungshaft durch den zwangsläufigen Wegfall des „Street stress“ eine protektive Funktion zukommen. Der Haftraum würde somit einen Schutzraum darstellen, in dem basale Bedürfnisse (regelmäßige Ernährung, u.U. bessere Unterbringung und Hygienebedingungen, bedarfsweise auch medikamentöse Unterstützung und Behandlung somatischer Leiden) sichergestellt sind.

Die Befragung der Häftlinge zu ihrer psychiatrischen Anamnese ergab insgesamt geringe Häufigkeiten psychiatrischer Vorerkrankungen und Vorbehandlungen. Die Inzidenz affektiver Störungen war auffällig niedrig. Selten nannten die Insassen auch Entwicklungsstörungen bzw. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

Wie in allen beschriebenen Studien der internationalen Literatur sind aufgrund des Settings mit zeitlicher Begrenzung der Interviews und teilweise limitierter Motivation der Insassen einschränkende Faktoren bei der Ergebnisinterpretation zu berücksichtigen. Auch psychiatrische Komorbiditäten, die hier z.B. in Form von Suchterkrankungen überproportional häufig vorlagen, sollten kritisch berücksichtigt werden. Bei vorherrschender Entzugsproblematik unterlagen psychopathologische Auffälligkeiten zum Teil raschen Fluktuationen, die eine depressive Symptomatik in den Hintergrund treten oder aber akut exazerbieren ließen.

In den Befragungen selbst entstand der Eindruck eines häufigen Vorliegens von Persönlichkeitsstörungen, deren Erfassung nicht Gegenstand der Studie war, die aber die Ergebnisse sicher mit beeinflusst haben. Bei den „punktuellen“ Kontakten im Rahmen der beiden Befragungen bestand, im Unterschied zu einer allgemein-psychiatrischen stationären Behandlung ohne forensischen bzw. juristischen Hintergrund, immer die Gefahr, eine aktuell bestehende psychische Störung oder das Ausmaß psychopathologischer Phänomene im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung nicht zu erfassen.

Die Erhebung des psychopathologischen Befundes beruhte ausschließlich auf Angaben der Häftlinge. Es ist davon auszugehen, dass vorbestehende psychiatrische Erkrankungen im Rahmen der zeitlich begrenzten Befragungen sicher nicht immer

eruiert bzw. exploriert werden konnten. Als Gründe hierfür sind Neigung zu Dissimulation und Bagatellisieren, Schamgefühl, konsequentes Verschweigen, lange zurückliegende Krankheitsepisoden oder phasischer Verlauf, Befürchten negativer Konsequenzen bzw. Stigmatisierung in Haft oder fehlendes Krankheitsbewusstsein denkbar. Dies gilt insbesondere für den Themenbereich Suizidalität bzw. Suizidversuche und die Diagnosegruppe psychotischer Erkrankungen, die z.B. im Rahmen eines Suchtmittelabusus aufgetreten und ohne ärztliche Behandlung abgeklungen sind.

Mit denselben Einschränkungen sind die freiwilligen Angaben zur forensischen Anamnese zu bewerten. Es wurden keine fremdanamnestic Angaben zu Tatvorwurf, forensischer und psychiatrischer Vorgeschichte hinzugezogen. Jeglichen Wünschen nach Hafterleichterungen und Vorteilsnahme durch die Teilnahme an der Befragung wurde durch den initialen Hinweis auf den externen und somit in Bezug auf JVA-interne Abläufe einflusslosen Status des Untersuchers begegnet. Hierdurch wurde ein „sekundärer Krankheitsgewinn“ innerhalb der Gefängnisstruktur weitestgehend vermieden. Zudem wurde die Schweigepflicht gegenüber den Studienteilnehmern betont. Ausnahmen hiervon bildeten zwei Häftlinge, deren ausgeprägt depressive Stimmung mit drängenden Suizidgedanken mit dem Einverständnis der Betroffenen selbst der zuständigen Arztgeschäftsstelle mitgeteilt wurde, um eine umgehende fachärztliche Vorstellung zu vermitteln. Die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Anwendung standardisierter Methoden und die systematische Wiederholung der zwei Rating-Skalen sowie die „machtlose“ Position des Untersuchers in Bezug auf Haftbedingungen, Haftverlauf und Haftdauer ließen zumeist nicht den Eindruck von Manipulation, Falschangaben, Simulation oder Dissimulation von Seiten der Probanden entstehen, wenngleich in Einzelfällen eine Aggravation bzw. willkommene Abwechslung vom Haftalltag nicht ausgeschlossen werden konnte.

Mehrere, in BDI-II und HAMD als Einzel-Items dargestellte Depressionssymptome wurden in der Verlaufsbeurteilung herausgestellt und gesondert betrachtet. Der probandenbezogene Vergleich der Verläufe beider Rating-Skalen ergibt für das HAMD-Fremdbeurteilungsinstrument eine geringfügig stärkere Ausprägung der Depressivität mit etwas verminderter Besserungstendenz gegenüber der Selbsteinschätzung im BDI-II. Die Abweichungen bewegten sich jedoch insgesamt im Bereich marginaler

Wertedifferenzen. Die im Rahmen der statistischen Datenaufarbeitung für einzelne BDI-II- und HAMD-Items erstellten Kreuztabellen ließen zumeist nur geringfügige Veränderungen der Werte erkennen. Insgesamt fanden die meisten Verschiebungen im Bereich niedriger Werte entlang der Hauptdiagonale statt und zeigten deutlich mehr Verbesserungen als Verschlechterungen für die jeweiligen Items an.

Die im BDI-II erfragte „Traurigkeit“ zeigte mit der Entwicklung hin zu leichteren Ausprägungsstufen eine Abnahme. Die mittels HAMD ermittelte „depressive Stimmung“ ergab in der Auswertung eine im Vergleich verhaltene Besserungstendenz. Der Gruppe von 38,8 % Verbesserungen stand rund ein Viertel der Stichprobe (23,9 %) gegenüber, bei dem die depressive Stimmung in der Fremdbeurteilung zugenommen hatte.

Mithilfe der Rating-Skalen wurde keine hohe Rate an Häftlingen mit akuter bzw. ausgeformter Suizidalität ermittelt. „Selbstmordgedanken“ in schwererer Ausprägung gaben die Probanden im BDI-II nicht an, die leichteren Formen zeigten eine dem Gesamtergebnis entsprechende Besserungstendenz. Analog hierzu ergaben sich im HAMD bei insgesamt 8 Häftlingen mit Suizidalität überwiegend Symptombesserungen. Verschlechterungen gab es jedoch bei zwei initial in Bezug auf Suizidalität im HAMD unauffällig beurteilten Probanden, die im Haftverlauf Suizidgedanken entwickelten. Bemerkenswert ist die Angabe aktueller Suizidgedanken von 6,7 % der Häftlinge bei Erstuntersuchung als Antwort auf die entsprechende, direkt formulierte Frage und die leicht angestiegene Quote (9,0 %) im Folgeinterview, die von den Besserungstrends der korrespondierenden Items beider Skalen abweicht.

Depressionsassoziierte Ängste, die im HAMD als „Angst-psychisch“ Berücksichtigung fanden, folgten dem allgemeinen Besserungstrend, was sich in einer Verschiebung von intensiveren Angstformen hin zu „Sorge um Nichtigkeiten“ abbildete. Neben persönlichkeitsgebundenen Faktoren wie z.B. der individuellen psychischen Vulnerabilität und evtl. Hafterfahrenheit ist kritisch zu berücksichtigen, dass bei der Entwicklung von Ängsten der juristische Kontext und die Inhaftierung per se eine Rolle spielen. Somit sind Ängste nicht zwangsläufig als depressive Symptome zu werten.

Die Entwicklung des Items „Unruhe“ im BDI-II belegt ebenfalls eine Besserung. In der speziellen Situation des Freiheitsentzuges ist zu diskutieren, ob eine Differenzierung

zwischen innerer Unruhe als Depressionssymptom und Unruhezuständen anderer Ursachen möglich und sinnvoll erscheint. Zustände innerer oder motorischer Unruhe können dem Zustand der „Zwangspassivierung“ durch Einschluss und der haftbedingten Handlungsunfähigkeit sowie der juristischen Ungewissheit geschuldet sein. Ferner kann das Empfinden der Rechtlosigkeit im Justizvollzug eine Wendung gegen die Justiz und die diensttuenden Beamten begünstigen und bei entsprechender Persönlichkeitsdisposition und expansiver Ausformung u.a. zu Unruhe führen. Zusammen mit Querulantentum, Verfolgungswahn, Angst und Hypochondrie wurden diese Symptome als „depressive Haftgefühle“ beschrieben (Elster et al. 1977).

Die zu beiden Interviewzeitpunkten erfragte aktuelle Unterbringung in einer Einzelzelle oder in einem Gemeinschaftshafttraum fand bei der Ergebnisauswertung keine Berücksichtigung. Grund hierfür waren die häufig berichteten Zellenwechsel der Probanden, die z.T. aus organisatorischen Gründen, aber in Einzelfällen auch auf Antrag der Häftlinge stattgefunden hatten und somit keine zuverlässige Beurteilung dieses potenziellen Belastungsfaktors während des Beobachtungszeitraumes zuließen.

Bei der Bewertung der berichteten Schlafstörungen als sensibler Depressionsindikator muss auch deren starke Abhängigkeit von den Umgebungsbedingungen berücksichtigt werden. Unter Haftbedingungen wird das Schlafverhalten von vielfältigen Faktoren negativ beeinflusst. Hierzu zählen insbesondere die Isolierung oder die auferlegte Häftlingsgemeinschaft, evtl. verordnete Sichtkontrollen (mit Einschalten des Lichts, u.U. auch mit Öffnen der Zellentür), ungewohnte Geräusche bzw. Abläufe, die Schlafpritsche selbst, die Passivierung mit verminderter körperlicher Aktivität sowie eine möglicherweise vorliegende Entzugssymptomatik. Die Auswertung der schlafbezogenen Items in BDI-II und HAMD zeigte dennoch eine Rückläufigkeit aller Formen von Schlafstörungen als deutlichen Hinweis auf eine Adaptation an die Haftbedingungen und eine rasche Besserung kurz andauernder Anpassungsstörungen mit überwiegend leichten depressiven Reaktionen.

Die Auswertung der in beiden Untersuchungsinstrumenten erfragten „Schuldgefühle“ war uneinheitlich. Entsprechende Emotionen wurden im BDI-II initial von 68,7 % berichtet, hatten aber zum Zeitpunkt der Folgebefragung bereits an Intensität verloren, was gut mit der gesunkenen Depressions-Prävalenz in der Stichprobe korreliert. Die

Fehlinterpretation im Sinne der juristischen Schuld mit daraus folgenden Selbstvorwürfen in Bezug auf das angelastete oder nachgewiesene Delikt wurde nur in Einzelfällen beobachtet. Entgegen der Besserung der Schuldgefühle im BDI-II ergaben sich im HAMD bei einem Teil der Stichprobe abweichende Ergebnisse mit einer Zunahme im zeitlichen Längsschnitt. Diese Divergenz ist möglicherweise mit einer vermehrten Reflexion der Häftlinge während der zurückliegenden Haftzeit und einer verstärkten Abwehr depressiver Symptome zu erklären, die sich im Negieren von Schuldgefühlen äußern. Ein anderer Teil des Samples wurde in Selbst- und Fremdbeurteilung kongruent als frei von derartigen Gedanken und Empfindungen eingeschätzt, sodass ein systematischer Beurteilungsfehler von Seiten des Untersuchers nicht vorzuliegen scheint.

Das Item „Bestrafungsgefühl“ erwies sich als schwierig in der Beantwortung, weil es von den Häftlingen oft im juristischen Sinn interpretiert und mit dem Begriff des „Schuldbewusstseins“ verknüpft wurde (etwa in dem Sinne, ob mittels Inhaftierung ein Bestrafungsgefühl für das angelastete oder nachgewiesene Delikt ausgelöst werde). Das Kriterium „Bestrafungsgefühl“ kann somit im speziellen Fall einer Häftlingsbefragung den Depressivitäts-Score als falsch positiver Wert erhöhen und sollte daher mit Vorbehalt beurteilt werden.

Die Selbsteinschätzung bezüglich des Empfindens von „Wertlosigkeit“ beim BDI-II folgte dem Gesamt-Trend zur Besserung. Auch hier sind überdurchschnittlich häufige narzisstische Persönlichkeitszüge und dissoziale Persönlichkeitsstörungen mit fehlendem Unrechtsbewusstsein als Erklärung des bemerkenswert „gesunden“ Ergebnisses kritisch zu sehen. Ähnliche Überlegungen fließen in die Beurteilung des Items „Selbstablehnung“ ein. Der rasche Besserungstrend der BDI-II-Scores bestätigt, in den Fällen initial erhöhter Werte, das Vorliegen einer nur kurz andauernden Anpassungsstörung an die Haftsituation mit spontanem Abklingen.

Bei differenzierter Analyse einzelner BDI-II-Items muss berücksichtigt werden, dass der BDI-II-Fragebogen nicht speziell als Frageinstrument für Haftbedingungen entwickelt wurde. Die Haft stellte mit ihren Restriktionen und Sanktionen per se eine Ausnahmesituation dar, die den vollständigen Verlust der persönlichen und individuellen Gestaltungsspielräume für Zeiteinteilung, Aufenthaltsort, Kontaktpersonen und

Kommunikationsformen (keine Verfügbarkeit von Fernseh- oder Radiogerät, Tageszeitung, Telefonmöglichkeit über Tage bis Wochen) impliziert und daher das Antwortverhalten beeinflusste. Dies kann bei der Beantwortung mehrerer Fragen des angewandten BDI-II-Kataloges zu höheren Werten geführt haben, die somit nicht ohne Einschränkung als rein depressive Symptome zu werten sind. Hiervon potenziell betroffene Items waren „Verlust von Freude“, „Interessenverlust“, „Entschlussunfähigkeit“ (die Haftsituation bedeutet auch Entzug aller Entscheidungsfreiheit) und „Energieverlust“ (z.B. bei Apathie als Reaktion auf „Zwangspassivierung“ durch Zelleneinschluss). Die Frage nach „Verlust an sexuellem Interesse“ im BDI-II-Test führte wiederholt zu Irritationen bei den Probanden, weil diese den Mangel an Gelegenheiten anführten oder fehlende sexuelle Aktivität mit Libidoverlust gleichsetzten. Ähnliche Aspekte sind bei der Beurteilung verschiedener HAMD-Items zu berücksichtigen (z.B. bei dem Item „Libido“ als Genitalsymptom der Depression oder der Einschätzung der Leistungsfähigkeit bzw. dem Interesse an Aktivitäten im Rahmen des Items „Arbeit und sonstige Tätigkeiten“). Das bei der HAMD-Verlaufsbeobachtung vergleichend herangezogene Responder-Kriterium ist nur bedingt auf die hier untersuchte Stichprobe übertragbar, da es sich nicht um gesicherte Depressions-Diagnosen und depressionsspezifische Therapien handelt. Dennoch erscheint die orientierende Verwendung des cut-off-Wertes (Veränderungen von mind. 10 Punkten) sinnvoll und mit 9 signifikanten Besserungen gegenüber 2 signifikanten Verschlechterungen aussagekräftig.

Die Auswertung der Fragen zur aktuellen Stimmungslage und dem Gefühl der Aussichtslosigkeit, die zu beiden Interview-Zeitpunkten gestellt wurden, ergab deutliche Verbesserungen der Selbsteinschätzungen in Bezug auf depressives Erleben. Dies lässt auf eine gewisse psychische Entlastung und Entaktualisierung der initial stärker ausgeprägten depressiven Symptomatik schließen. So gaben im Folgeinterview 56,7 % der Häftlinge eine Besserung ihres psychischen Befindens an, 19,4 % hingegen benannten eine Verschlechterung im Haftverlauf. Das Gefühl der Aussichtslosigkeit, initial von 29,9 % der Insassen angegeben, reduzierte sich auf 16,4 % zum zweiten Befragungszeitpunkt. Der große Anteil von 79,1 % der Häftlinge bestätigte im Rahmen der Folgebefragung einen Anpassungsprozess an die Haftsituation, weitere 6,0 % gaben an, sich untergeordnet und „gefügt“ zu haben. Lediglich 10,4 % konnten sich weiterhin nicht mit ihrer Inhaftierung und den damit verbundenen Sanktionen abfinden.

4.3. Schlussbetrachtung und Ausblick

Die im Rahmen dieser Studie untersuchte Häftlingspopulation wies zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung erhöhte Prävalenzen depressiver Syndrome mit überwiegend leichter Ausprägung auf, die bei der Folgebefragung eine Besserungstendenz der Summenscores von BDI-II und HAMD zeigten. Dieser Trend wurde in den Einzelauswertungen ausgewählter Items der angewendeten Befragungsinstrumente und in der Betrachtung einzelner Häftlingsuntergruppen bestätigt. Aus den Ergebnissen lässt sich eine spontane Besserung depressiver Syndrome ableiten. Die beschriebenen Symptome und deren Verlauf lassen sich als Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung vor dem Hintergrund der Inhaftierung als ätiologischem Faktor werten. Im Sinne eines eher syndromal orientierten Ansatzes können die erfassten depressiven Störungen mit leichter Ausprägung und Verlaufsbesserung auch den unterschwellig psychischen Störungen (Helmchen 2001) zugeordnet werden. Insassen mit Sucht-Diagnose zeigten einen deutlichen Besserungstrend. Spezifische Risikofaktoren ließen sich nicht identifizieren, sodass ein großer interpersonell variabler Anteil der Symptomatik individueller Prädisposition, Vulnerabilität und psychiatrischer Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen zugeschrieben werden muss.

Als Ableitung aus den hier vorliegenden Untersuchungsergebnissen lassen sich einige wünschenswerte Verbesserungen der Haftbedingungen formulieren, mit denen depressive Haftreaktionen vermindert werden könnten. Auch zur Erstdiagnose einer womöglich schon länger bestehenden, nicht erkannten und in der Folge unbehandelten psychischen Erkrankung ist ein wirkungsvolles und lückenloses Programm zur Früherkennung von Depressionssymptomen und Suizidalität bei allen Neuinhaftierten wünschenswert. Vor dem Hintergrund fließender, von den Betroffenen zumeist dissimulierter Übergänge von latentem Lebensüberdruß hin zu konkret ausgeformten Suizidgedanken und entsprechenden Handlungsimpulsen sind bei vermuteter oder vorliegender Depressivität oder Suizidalität besondere Aufmerksamkeit und dichte Betreuung von Seiten aller in der JVA tätigen Berufsgruppen, sowie engmaschige psychopathologische Befunderhebungen indiziert.

Als Basismaßnahme erscheint die Evaluation des psychischen Befindens der Neuinhaftierten bereits in der Zugangssituation am ersten Hafttag sinnvoll. Zur

frühzeitigen Symptomerkennung stellen Screening-Bögen oder Rating-Skalen geeignete Instrumente dar. Bei Detektion von Gefährdungsmomenten sollten sofortige Folgemaßnahmen eingeleitet werden. Zum Standard in der JVA Berlin-Moabit gehört hierbei die umgehende Vermeidung von Einzelhaft durch Unterbringung in einem Mehrpersonenhafttraum.

Nach fachgerechter Beurteilung des psychischen Befundes sowie der erhobenen Depressions-Indices könnte bei entsprechender Risikobewertung ein „psychisches Monitoring“ zur Suizidprophylaxe und Senkung der Depressionsraten durch fortgeführte engmaschige Kontakte mit geschultem Personal stattfinden.

In einem nächsten Schritt könnte die Implementierung frühzeitiger Behandlungsangebote in den Haftanstalten die Dauer und Schwere psychischer Störungen, die über passagere depressive Anpassungsstörungen hinausreichen, mildern. Hierzu sollten niederschwellige supportive Gesprächsangebote im Sinne einer psychiatrischen Krisenintervention, die Möglichkeit zu Tagesbeschäftigung oder Arbeit in Haft sowie die Bereitstellung eines Fernsehgerätes zählen. Bereits in der initialen Haftphase erscheint beispielsweise auch die Integration in Gruppen zur Eingliederung in den Haftalltag sinnvoll. Die Reorganisation des psychiatrisch-psychotherapeutischen Konsil- und Gesprächsangebotes sollte im Rahmen der Modernisierung der Haftanstalten oberste Priorität haben. Ob die Etablierung eines bedarfsangepassten fachpsychiatrischen Behandlungsangebotes zu einer Senkung der Prävalenzzahlen psychischer Störungen in Haft bewirken kann, könnte Gegenstand einer weiterführenden Studie sein.

Die soziobiografischen und haftassoziierten Faktoren, die bei der vorliegenden Studiauswertung Berücksichtigung fanden, regen zu weiteren Überlegungen in Bezug auf die Verbesserung der Haftbedingungen an. So könnten zumindest bei einem Teil der Insassen durch einfach umzusetzende, sinnvolle und effektive Maßnahmen Anpassungsstörungen mit depressiver Symptomatik gemildert werden, was sich in weniger auffälligen Depressions-Indices zeigen würde. Denkbare Untersuchungshaft-Erleichterungen könnten u.a. die vermehrte Transparenz haftinterner Abläufe, weniger hygienische Restriktionen, die kostenfreie und unbürokratische Bereitstellung eines Fernsehapparates in den ersten Haftwochen sowie die Gewährung von Telefonaten

zumindest bei minderschweren Deliktvorwürfen darstellen. Auch die Frage, ob sich entsprechende Veränderungen und Standards positiv auf das psychische Befinden der Häftlinge auswirken würden und somit einen positiven Effekt auf Depressions- und Suizidprophylaxe hätten, bliebe Gegenstand weiterführender Untersuchungen, die z.B. im Rahmen eines Modellversuches in einer oder mehreren ausgewählten Untersuchungshaftanstalten durchgeführt werden könnten.

Neben der Erfassung haftgebundener und potenziell depressiogener Faktoren ist auch die genauere Untersuchung der in den Haftkontext „importierten“ Risikofaktoren wünschenswert. Nachfolgende Studien könnten, wie in der vorliegenden Arbeit ansatzweise erfolgt, die Verlaufsbeurteilung depressiver Syndrome unter Berücksichtigung soziobiografischer Daten einer größeren Gefangenenpopulation fokussieren, um eine Risikobeurteilung in Bezug auf Depressivität und Suizidalität bei bestimmten Häftlingsgruppen (z.B. mit Herkunft aus einem „Broken home“) zu ermöglichen.

Die bislang vorliegenden internationalen Untersuchungen weisen stark differierende Settings, Populationen und Designs auf. Zur Verbesserung der internationalen Vergleichbarkeit von Studien zu psychischen Störungen in Haft erscheint eine in der Anwendung von Basisinstrumenten standardisierte Methodik sinnvoll.

Vor dem Hintergrund, dass 99 % der international veröffentlichten Studien über psychische Störungen in Haft aus westlichen Gesellschaften stammen, dort aber nur rund ein Drittel der weltweit inhaftierten Menschen einsitzen (Fazel et al. 2002), besteht ein großer forensisch-psychiatrischer Forschungs- und Datenerhebungsbedarf in den nicht-westlichen Ländern. Erst danach kann ein langwieriger Annäherungsprozess an die Forderungen der Europäischen Menschenrechtskonvention - einschließlich adäquater Therapiemöglichkeiten - beginnen. Im Iran, einem Land mit hoher und zudem weiterhin steigender Inhaftierungsquote, wurden bereits erste Studien durchgeführt und publiziert (Assadi et al 2006). Darin wird, bei ebenfalls hohen Prävalenzraten für Depressionen, die wachsende Bedeutung dieses internationalen Public Health-Problems evident.

Wünschenswert wäre die Umsetzung der Regeln, die vom Ministerkomitee des Europarates in den Europäischen Strafvollzugsgrundsätzen (Council of Europe 2006) festgeschrieben wurden: Bei der medizinischen Versorgung, auch bezüglich psychischer Störungen insbesondere bei längerfristigem Freiheitsentzug, sollten im Strafvollzug die gleichen Behandlungsstandards wie in Freiheit (Therapie in speziellen Einrichtungen, Suizidprävention u.a.) zur Anwendung kommen. Essentielle Grundlage hierfür ist zunächst die Diagnosestellung durch entsprechende Screening-Instrumente. In einem nächsten Schritt sollten die Häftlinge einem störungsspezifischen therapeutischen Angebot zugeführt werden, das neben pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten auch Einzelgespräche, Gruppentherapien, Anti-Aggressions-/Anti-Gewalt-Training, Sexualtäterbehandlung, soziales Training und Suchtberatung umfassen sollte. Ziel ist die Verminderung von Haftbelastungen und Rückfallrisiko (Konrad et al. 2007).

Zur Umsetzung weiterführender Ziele wäre ein länderübergreifendes, standardisiertes und die WHO-Vorgaben erfüllendes Programm zur Gewährleistung der frühzeitigen Zusammenarbeit von Justizvollzugsanstalten und psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungseinrichtungen ideal. Grundsätzliche Forderungen zur „Psychischen Gesundheit im Strafvollzug“ wurden bereits im Jahr 2007 in der Erklärung von Trencín / Slowakei (WHO 2008) formuliert. Derzeit existieren noch stark differierende, Bundesland-abhängige Erkennungs- und Versorgungsmodelle innerhalb Deutschlands und der EU-Länder.

Von der Safer Custody Group wurde der „ACCT Plan“, ein Betreuungs- und Handlungsplan für suizidgefährdete Häftlinge, entwickelt und bis 2007 in allen englischen Haftanstalten implementiert. Dieser beinhaltet ein Interview, das bei Verdacht auf Suizidalität von einem „trained assessor“ durchgeführt wird und von einem „care and management plan“ binnen 24 Stunden gefolgt ist (Shaw et al. 2006). Die Effizienz dieses Vorgehens zur frühen Erkennung und Behandlung von Suizidalität wird derzeit evaluiert.

Auch bei Längsschnittuntersuchungen von Langzeitsträflingen, deren Störungsbilder bei ausbleibender Behandlung zu chronifizieren und exazerbieren drohen, besteht Forschungsbedarf. Hierfür müssen verlässliche, international anerkannte Screening-Instrumente entwickelt werden, die zu frühzeitiger Diagnosestellung und therapeutischer Intervention, sowie zur Prävention und Rezidivprophylaxe beitragen.

5. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurden die Prävalenz und der Verlauf depressiver Syndrome bei männlichen Häftlingen (n = 67) einer Berliner Untersuchungshaftanstalt untersucht. Im semistrukturierten Erstinterview, das in den ersten Tagen nach Inhaftierung stattfand, wurden Daten zur soziobiografischen, psychiatrischen und forensischen Anamnese und zu haftbezogenen Belastungsfaktoren erhoben. Zusätzlich wurden Depressions-Indices mithilfe des Beck'schen Depressions-Inventars (BDI-II) als Instrument zur Selbsteinschätzung und des HAMD (Hamilton Depressions-Skala) zur Fremdbeurteilung ermittelt. Etwa 4 Wochen später erfolgte eine Nachuntersuchung mit analogem Procedere, bei der neben Fragen zur jeweiligen Haftsituation erneut beide Rating-Skalen zur Verlaufsbeurteilung eingesetzt wurden.

Die Erstbefragung ergab bei der BDI-II-Auswertung einen Anteil von 16,4 % mit schweren Depressionen, 25,3 % der Häftlinge erzielten Scores im Bereich mittelschwerer Depressionen. Im HAMD hatten 9,0 % eine besonders schwere Depression, im Wertebereich der ausgeprägten Depression lagen 28,4 % der Gefangenen.

Die Ergebnisse der Folgebefragung belegen die mehrheitliche Besserungstendenz depressiver Syndrome binnen weniger Wochen. Von wenigen schwereren Ausprägungsformen abgesehen, bildete sich die Symptomabnahme der initial großenteils leicht ausgeprägten Depressivität in sinkenden Verlaufswerten der verwendeten Rating-Skalen ab.

Eine signifikante Besserung der Depressivität im BDI-II-Wert mit Abnahme um 10 oder mehr Punkte lag bei 13 Probanden (19,4 %) vor, eine deutliche Symptomzunahme mit Verschlechterung um 10 oder mehr Punkte wurde nur in 2 Fällen (3,0 %) festgestellt. Einer leichten Besserungstendenz mit geringfügigen Veränderungen um 3 bis 9 Punkte im BDI-II bei weiteren 38 Häftlingen (56,7 %) stand ein Trend zur Verschlechterung um 3 bis 9 Punkte bei nur 11 Insassen (16,4 %) gegenüber.

Eine signifikante Stimmungsverbesserung mit Abnahme um 10 oder mehr Punkte im Fremdbeurteilungsinstrument HAMD war bei 9 Häftlingen (13,4 %) zu verzeichnen, lediglich 2 Insassen (3,0 %) verschlechterten sich im Verlauf ihrer Inhaftierung um 10 oder mehr Punkte. Der Besserungstrend (3 bis 9 HAMD-Punkte) erreichte mit 31 Probanden eine Quote von 46,3 %, ein Trend zu wachsender Depressivität mit entsprechender Zunahme des HAMD-Summenscores ergab sich bei 14 der befragten Teilnehmer (20,9 %).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Verläufe der Depressions-Scores in ihrer positiven Tendenz durch die Auswertung der ergänzenden Zusatzfragen bestätigt wurden. Nach einer initialen Phase vollständiger juristischer Ungewissheit bei weitgehender Isolation fanden Adaptationsvorgänge an die Haftsituation statt, die bei den überwiegend haftassoziiert aufgetretenen depressiven Syndromen zu spontaner Stimmungsverbesserung führten. Die depressiven Symptome sind somit zumeist als kurzdauernde Anpassungsstörungen mit depressiver Stimmung vor dem Hintergrund der Inhaftierung als belastendes Lebensereignis zu werten.

Individuelle Prädisposition und Vulnerabilität spielen bei Auftreten und Ausprägungsform von Depressionen und Anpassungsstörungen in Haft sicherlich eine bedeutsame Rolle, zumal sich die psychischen Symptome in den meisten Fällen ohne die Inhaftierung als belastendes Lebensereignis nicht manifestiert hätten. Dennoch ließen sich mit den verwendeten Untersuchungsinstrumenten und durch Betrachtung einzelner haftgebundener und soziobiografischer Aspekte innerhalb der hier untersuchten Stichprobe keine belastenden oder protektiven Faktoren mit spezifischer Aussagekraft oder prädiktiver Funktion im Hinblick auf die Entstehung psychischer Störungen herausstellen.

Eine Ausnahme hiervon bildet die Subpopulation der Insassen mit Abhängigkeitserkrankungen, bei der sich vornehmlich infolge der Detoxikation mit psychophysischer Stabilisierung eine deutlichere Besserung anfänglicher Depressivität zeigte.

Neben der erfolgten Entgiftung bei prävalenter Substanzabhängigkeit und allgemeinen Faktoren (Hoffnung auf Haftlockerungen, zeitnahe Haftentlassung oder Verlegung, Vorsatz der Verhaltensänderung) ist insbesondere die rasche Anpassung an die Untersuchungshaft-Situation als wesentliche Ursache für die beobachtete rasche Rückläufigkeit depressiver Reaktionen zu nennen.

Trotz der zumeist nicht spezifisch therapiebedürftigen Anpassungsstörungen sind insbesondere für die Initialphase der Untersuchungshaft Screening-Maßnahmen zur Erfassung von Depressivität und Suizidalität zu fordern, denen im Bedarfsfall intensivierete Betreuungsangebote folgen sollten. Den Auswertungen der Häftlings-Interviews zufolge könnte die Implementierung einiger Hafterleichterungen einen Beitrag zur Verminderung depressiver Haftreaktionen leisten.

VI. Anhang

VI.1. Literaturverzeichnis

- Andersen HS, Sestoft D, Lillebæk T, Gabrielsen G, Hemmingsen R, Kramp P. A longitudinal study of prisoners on remand: psychiatric prevalence, incidence and psychopathology in solitary vs. non-solitary confinement. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 19-25.
- Andersen HS, Sestoft D, Lillebæk T, Gabrielsen G, Hemmingsen R. A longitudinal study of prisoners on remand. Repeated measures of psychopathology in the initial phase of solitary versus nonsolitary confinement. *Int J Law Psychiatry* 2003; 26: 165-177.
- Andersen HS. Mental health in prison populations. A review – with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110: 5-59.
- Assadi SM, Noroozian M, Pakravannejad M, Yahyazadeh O, Aghayan S, Shariat SV. Psychiatric morbidity among sentenced prisoners: prevalence study in Iran. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 159-164.
- Beck-Depressions-Inventar. In: Testkatalog 2008/2009. Testzentrale Göttingen (Hrsg.) Hogrefe Verlag Göttingen, Deutschland 2008: 197.
- Birmingham L, Gray J, Mason D, Grubin D. Mental illness at reception into prison. *Crim Behav Ment Health* 2000; 10: 77-87.
- Birmingham L, Mason D, Grubin D. Prevalence of mental disorder in remand prisoners: consecutive case study. *Br Med J* 1996; 313: 1521-1524.
- Blaauw E, Kerkhoff JF, Hayes LM. Demographic, criminal and psychiatric factors related to inmate suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2005; 35: 63 – 75.
- Bland RC, Newman SC, Thompson AH, Dyck RJ. Psychiatric disorders in the population and in prisoners. *Int J Law Psychiatry* 1998; 21, 273-279.
- Boothby JL, Durham TW. Screening for depression in prisoners using the Beck Depression Inventory. *Crim Justice Behav* 1999; 26: 107-124.
- Braun, U. Der Gefängnisuizid in Europa. Dissertationsschrift. Freie Universität Berlin 2000.
- Coid J. How many psychiatric patients in prison? *Br J Psychiatry* 1984; 145: 78-86.

- Côté G, Lesage G, Chawky N, Loyer M. Clinical specificity of prison inmates with severe mental disorders. *Brit J Psy* 1993; 170: 571-577.
- Council of Europe. Europäische Strafvollzugsgrundsätze 2006. Bundesministerium der Justiz / Berlin, Bundesministerium für Justiz / Wien, Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement / Bern (Hrsg. der deutschen Übersetzung). Forum Verlag Godesberg, Mönchengladbach, Deutschland 2007.
- Cronbach L. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951; 16: 297-334.
- Diagnostische Kriterien DSM IV-TR. Deutsche Bearbeitung von Saß H, Wittchen HU, Zaudig M. Hogrefe Verlag Göttingen, Deutschland 2003.
- Elster A, Lingemann H, Sieverts R. Handwörterbuch der Kriminologie. Walter de Gruyter Berlin, Deutschland / New York, USA 1977.
- Falissard B, Loze JY, Gasquet I et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry* 2006; 6: 33.
- Fazel S, Danesh J. Serious mental disorders in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002; 359: 545-550.
- Foerster K. Psychisch Kranke im Strafvollzug. In: Hillenkamp T, Tag B: Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug. Springer Verlag Berlin / Heidelberg, Deutschland 2005: 143- 157.
- Ford JD, Trestman RL, Wiesbrock V, Zhang W. Development and validation of a brief mental health screening instrument for newly incarcerated adults. *Assessment* 2007; 14: 279-299.
- Frottier P, König F, Matschnig T, Seyringer ME, Frühwald S. Das Wiener Instrument für Suizidgefahr in Haft. *Psychiat Prax* 2008; 35: 21-27.
- Frühwald S, Matschnig T, König F, Bauer P, Frottier P. Suicide in custody. A case-control study. *Brit J Psychiatry* 2004; 185: 494-498.
- Gavin N, Parsons S, Grubin D. Reception screening and mental health needs assessment in a male remand prison. *Psychiatric Bulletin* 2003; 27: 251-253.
- Goffmann E. Über die Merkmale totaler Institutionen. In: *Asyle*. Suhrkamp Verlag Frankfurt, Deutschland 1973; 13-123.
- Gunn J, Maden A, Swinton M. Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. *Br Med J* 1991; 303: 338-341.
- Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23: 56-62.

- Hamilton M Development of a rating scale for primary depressive illness. *Brit J Soc Clin Psychol* 1967; 6: 278-296.
- Harding T, Zimmermann E. Psychiatric symptoms, cognitive stress and vulnerability factors: a study in a remand prison. *Br J Psychiatry* 1989; 155: 36-43.
- Helmchen H. Unterschwellige psychische Störungen. *Nervenarzt* 2001; 72: 181-189.
- Herrman H, McGorry P, Mills J, Singh B. Hidden severe psychiatric morbidity in sentenced prisoners: an Australian study. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 236-239.
- Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V.
Internet: <http://www.hls-online.org/alkoholgehalt.html>
- Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E (Hrsg.). 4. Aufl., Verlag Hans Huber Bern, Schweiz 2006.
- Internationale Skalen für Psychiatrie. Hamilton Depression Scale. CIPS (Hrsg.). 4.Aufl., Beltz Test Göttingen, Deutschland 1996.
- Jäger M, Frasch K, Becker T. Anpassungsstörungen – Nosologische Stellung und Therapieoptionen. *Psychiat Prax* 2008; 35: 219-225.
- Jenkins R, Bhugra D, Meltzer H et al. Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. *Psychol Med* 2005; 35: 257-269.
- Justizvollzugsanstalt Berlin-Moabit. Informationsschrift 2003.
- Kerner HJ. Strafvollzug als Prozess. In: Kaiser G, Kerner HJ, Schöch H: Strafvollzug. CF Müller Heidelberg, Deutschland, 5. Aufl. 1992; 399-570.
- Konrad N, Daigle MS, Daniel AE et al. Suizidprävention. Ein Leitfaden für Mitarbeiter des Justizvollzugsdienstes. WHO, Department of Mental Health and Substance Abuse 2007. Internet:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595506_ger.pdf
- Konrad N. Suicide prevention in penal institutions: validation and optimization of a screening tool for early identification of high-risk inmates in pretrial detention. *International Journal of Forensic Mental Health* 2004; 4: 53-62.
- Konrad N. Psychiatrie des Strafvollzuges. In: Kröber HL, Dölling D, Leygraf N, Sass H. (Hrsg.) Handbuch der forensischen Psychiatrie. Band 3: Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie. Steinkopff Verlag Darmstadt, Deutschland 2006; 234-242.

- Konrad N. Psychiatrie in Haft, Gefangenschaft und Gefängnis. In: Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Band 3, IV. Aufl. Springer Verlag Berlin, Deutschland 2000; 555-576.
- Lohner J. Haftspezifische autodestruktive Reaktionen im Männervollzug. Dissertationsschrift, Freie Universität Berlin 2007.
- Matschnig T, Frühwald S, Frottier P. Suizide hinter Gittern im internationalen Vergleich. Psychiat Prax 2006; 33: 6-13.
- Meyer-Goßner L. Strafprozessordnung. 52. Aufl., CH Beck München, Deutschland 2007.
- Missoni L, Konrad N. Beurteilung der Suizidgefährdung in Untersuchungshaft. Recht und Psychiatrie 2008; 26: 3-14.
- Missoni L, Utting FM, Konrad N. Psychi(atri)sche Störungen bei Untersuchungsgefangenen. ZfStrVo 2003; 6: 323-332.
- Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP. Psychiatrie und Psychotherapie. Springer Verlag Berlin, Deutschland, 3. Aufl. 2008.
- Monahan J, McDonough LB. Delivering community mental health services to a county jail population. Bulletin Am Acad Psychiatry Law 1980; 8: 28-32.
- NIAAA. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Internet: <http://www.niaaa.nih.gov/Publications/AlcoholResearch/>
- Petrich J. Psychiatric treatment in jail: An experiment in health-care delivery. Hosp Community Psychiatry 1976; 27: 1439-1444.
- Pratt D, Piper M, Appleby L, Webb R, Shaw J. Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study. Lancet 2006; 368: 119-123.
- Rasch W, Konrad N. In: Forensische Psychiatrie. Kohlhammer Stuttgart, Deutschland, 3. Aufl. 2004.
- Schlothauer R, Weider HJ. Untersuchungshaft. CF Müller Heidelberg, Deutschland 2001.
- Schöch H. Psychisch Kranke im Strafvollzug. In: Duncker H, Dimmek B, Kluttig T, Küper C, Wähler A (Hrsg.) Forensische Psychiatrie und Psychotherapie. Werkstattsschriften, Heft 1. Pabst Science Publishers, Lengerich / Berlin, Deutschland / Miami, USA 2008.
- Schönfeld v. CE, Schneider F, Schröder T, Widmann B, Botthof U, Driessen M. Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen. Nervenarzt 2006; 77: 830-841.

- Shaw J, Turnbull P. Suicide in custody. *Psychiatry* 2006; 5: 286-288.
- Shaw J, Turnbull P. Suicide in custody. *Psychiatry* 2009; 8, 265-268.
- Steadman HJ, Scott JE, Osher F, Agnese TK, Robbins PC. Validation of the Brief Jail Mental Health Screen. *Psychiatr Serv* 2005; 56: 816-822.
- Teplin LA. The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: comparison with the Epidemiologic Catchment Area Program. *Am J Public Health* 1990; 80: 663-669.
- Teplin LA. Psychiatric and substance abuse disorders among male urban jail detainees. *Am J Public Health* 1994; 84: 290-293.
- Testkatalog 2008/2009. Beck-Depressions-Inventar. Testzentrale Göttingen (Hrsg.). Hogrefe Verlag Göttingen, Deutschland 2008: 197.
- Trestman RL, Ford J, Zhang W, Wiesbrock V. Current and lifetime psychiatric illness among inmates not identified as acutely mentally ill at intake in Connecticut's jails. *J Am Acad Psychiatry Law* 2007; 35: 490-500.
- Utting F. Prävalenz psychischer Störungen bei Untersuchungsgefangenen. Dissertationsschrift, Freie Universität Berlin 2002.
- Walmsley R. World Prison Population List (eighth edition). International Centre for Prison Studies. King's College London 2009. Internet: http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/downloads/wppl-8th_41.pdf
- Watt F, Tomison A, Torpy D. The prevalence of psychiatric disorder in a male remand population: a pilot study. *J For Psych* 1993; 148: 236-239.
- Weyer, G. HAMD Hamilton Depression Scale Internationale Skalen für Psychiatrie. Beltz Test Göttingen, Deutschland, 5. Aufl. 2005; 261-268.
- World Health Organization (WHO). Psychische Gesundheit im Strafvollzug. Erklärung von Trecín 2008. Internet: <http://www.euro.who.int/Document/E91402.pdf>
- Zamble E, Porporino FJ. Coping, behavior and adaptation in prison inmates. Springer Verlag, New York 1988.

VI.2. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Neuaufnahmen in der JVA Berlin-Moabit im Untersuchungszeitraum	26
Tabelle 2:	Verteilung der Nationalitäten in der Stichprobe	38
Tabelle 3:	Berufliche Ausbildung.....	42
Tabelle 4:	Diagnosen ambulanter neurologisch-psychiatrischer Konsultationen	46
Tabelle 5:	Psychopharmaka-Verordnung in der Anamnese.....	47
Tabelle 6:	Tablettenkonsum ohne ärztliche Verordnung	50
Tabelle 7:	Cannabis-Konsum.....	51
Tabelle 8:	Täglicher Cannabiskonsum in Gramm pro Tag	51
Tabelle 9:	Kokain-Konsum	51
Tabelle 10:	Heroin-Konsum	52
Tabelle 11:	Täglicher Heroinkonsum in Gramm pro Tag.....	52
Tabelle 12:	Amphetamin-Konsum	53
Tabelle 13:	Konsum sonstiger Drogen	53
Tabelle 14:	Haftgrund bzw. aktueller Tatvorwurf	54
Tabelle 15:	Zusatzdelikte bzw. Deliktvorwürfe	55
Tabelle 16:	Länger zurückliegende Vorverurteilungen	56
Tabelle 17:	Dauer der Vorinhaftierungen der untersuchten Häftlinge (n=105)	57
Tabelle 18:	Belastung durch Freiheitsverlust.....	59
Tabelle 19:	Belastung durch Kommunikationseinschränkungen.....	59
Tabelle 20:	Belastung durch nächtliche Kontrollen	60
Tabelle 21:	Belastung durch Angst vor Strafe / Zukunft.....	60
Tabelle 22:	Belastung durch Schuldgefühle.....	61
Tabelle 23:	Belastung durch Probleme „draußen“.....	61
Tabelle 24:	Gesprächsbedarf mit Psychiater / Psychologen	62
Tabelle 25:	Antworten auf die Frage: „Was lässt Sie hoffen?“	63
Tabelle 26:	Auflistung der Hauptanliegen und Wünsche der Häftlinge im Erstinterview	64
Tabelle 27:	Verteilung der Summen-Scores in der BDI-II-Selbsteinschätzung	66
Tabelle 28:	Auswertungs-Parameter zum BDI-II-Fragebogen im Verlauf	67
Tabelle 29:	Verteilung der Summen-Scores in der HAMD-Fremdeinschätzung	71
Tabelle 30:	Auswertungs-Parameter zum HAMD-Fragebogen im Verlauf	72

Tabelle 31: Gegenüberstellung Selbsteinschätzung (BDI-II) und Fremdeinschätzung (HAMD)	77
Tabelle 32: Auflistung der Hauptanliegen und Wünsche der Häftlinge im Folgeinterview	79
Tabelle 33: Antworten auf die Frage „Was lässt Sie hoffen?“	80
Tabelle 34: Veränderung der Selbsteinschätzung „Gefühl der Aussichtslosigkeit“	81
Tabelle 35: Verlauf des Items "Traurigkeit"	83
Tabelle 36: Kreuztabelle „Traurigkeit“	85
Tabelle 37: Verlauf des Items „Schuldgefühle“ beim BDI-II.....	87
Tabelle 38: Verlauf des Items „Unruhe“ beim BDI-II.....	89
Tabelle 39: Verlauf des Items „Depressive Stimmung“ beim HAMD	91
Tabelle 40: Kreuztabelle „Schuldgefühle“	92
Tabelle 41: Schlafstörungen im Verlauf	94
Tabelle 42: Verlauf des Items „Ängste – somatisch“ beim HAMD	96
Tabelle 43: Vergleich der BDI-II-Werte der Follow-up-Gruppe und der.....	97
Tabelle 44: Vergleich der HAMD-Werte der Follow-up-Gruppe und der	97
Tabelle 45: Häufigkeitstabelle für Untergruppe „Broken home“	101

VI.3. **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1:	Wohnsituation vor Inhaftierung	39
Abbildung 2:	Familienstand bei Inhaftierung (absolut und in Prozent).....	40
Abbildung 3:	Schulabschluss.....	41
Abbildung 4 :	Jugendzeit der Probanden (in Klammern: prozentualer Anteil)	43
Abbildung 5:	Schulden bei Inhaftierung	44
Abbildung 6:	Angaben zum Alkoholkonsum	49
Abbildung 7:	Verlaufsdarstellung der Depressions-Schweregrade im BDI-II.....	68
Abbildung 8:	Grafische Darstellung der BDI-II-Veränderungen im Verlauf.....	69
Abbildung 9:	Darstellung der BDI-II-Verlaufswerte mittels Box-plots.....	70
Abbildung 10:	Darstellung der BDI-II-Wertedifferenzen mittels Box-plot	70
Abbildung 11:	Verlaufsdarstellung der Depressions-Schweregrade im HAMD	73
Abbildung 12:	Grafische Darstellung der HAMD-Veränderungen im Verlauf.....	74
Abbildung 13:	Darstellung der HAMD-Verlaufswerte mittels Box-plots	74
Abbildung 14:	Darstellung der HAMD-Wertedifferenzen mittels Box-plot	75
Abbildung 15:	Streudiagramm	76
Abbildung 16:	Veränderung der Selbsteinschätzung „aktuelle Stimmungslage“	81
Abbildung 17:	Verlauf des Items „Traurigkeit“ beim BDI-II.....	84
Abbildung 18:	Verlauf des Items „Pessimismus“ beim BDI-II	86
Abbildung 19:	Verlauf des Items „Selbstablehnung“ beim BDI-II.....	88
Abbildung 20:	Verlauf des Items „Veränderungen der Schlafgewohnheiten“ beim BDI-II	90
Abbildung 21:	Verlauf des Items „Angst – psychisch“ beim HAMD	95

VI.4. Einverständniserklärung zur Teilnahme**Informationsblatt**

In der Justizvollzugsanstalt Moabit wird in den Monaten Februar / März / April 2008 eine Befragung von Untersuchungshäftlingen durchgeführt.

Die Studie befasst sich mit dem Befinden der Häftlinge und soll helfen, die Haftbedingungen zu verbessern.

Die Untersuchung durch einen Arzt dauert etwa 1 Stunde und besteht aus Fragen, die zum Teil in einem Fragebogen anzukreuzen sind.

Die Teilnahme ist freiwillig.

Die Daten werden für die statistische Bearbeitung anonymisiert.

Die Gesprächsinhalte unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die Arzt-Geschäftsstelle 1.

Wir danken Ihnen für Ihre Bereitschaft, sich an dieser Untersuchung zu beteiligen.

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich bereit, an der o. a. Untersuchung teilzunehmen:

Berlin, den.....
(Unterschrift)

VI.5. **Untersuchungsinstrumente**

VI.5.1. **Semistrukturiertes Erstinterview**

Fragen im semistrukturierten Erstinterview

- Soziobiografische Daten:

- wievielter Hafttag?; U-Haft / Strafhaft?
- Alter
- Nationalität / wann Zuzug nach Deutschland?
- letzte berufliche Tätigkeit / Arbeitslosigkeit (Dauer)
- Wohnsituation (eigene Wohnung, bei den Eltern, WG, Wohnheim / Obdachlosigkeit)
- Ehe / Partnerschaft
- Kinder?
- Schulklassen / -abschluss
- Berufsausbildung
- Kindheit und Jugend (Primärfamilie / Adoption / Heim)
- Schulden?
- Lebensunterhalt zuletzt wie bestritten?

- Psychiatrische Vorgeschichte:

- jemals depressive Verfassung? (Alter, Dauer der Episode(n), führende Symptome?)
- stat.-psychiatrische Vorbehandlungen; Dauer, Häufigkeit, Entlassungsdiagnosen, auslösende Faktoren (vergleichbare Situation?),
- psychologisch-psychotherapeutische Vorbehandlung, ggf. auch in Kinder- und Jugendzeit
- ambulante nervenärztliche Kontakte
- psychopharmakologische Medikation (Antidepressiva, Neuroleptika, Tranquilizer, mood stabilizer)
- Drogenanamnese: Alkohol, Nikotin, Tabletten, Cannabis, Kokain, Heroin, Amphetamine, andere / illegale Drogen; Konsumverhalten
- Entzugsbehandlungen?
- Suizidgedanken / -versuche, vorbereitende Handlungen
- autodestruktives Verhalten
- fachspezifische Familienanamnese: neurologisch-psychiatrische Erkrankungen
- Suizide bei Verwandten / Bezugspersonen
- Selbsteinschätzung: Vergleich der aktuellen seelischen Verfassung mit anderen zurückliegenden Lebenskrisen
- aktuell: „Besteht das Gefühl der Aussichtslosigkeit?“
- aktuell: „Ist Ihre Stimmung schlechter als je zuvor?“

- Forensische Vorgeschichte:

- aktueller Tatvorwurf / Verstoß gegen Bewährungsaufgabe?
- aktuell erstmalige (Untersuchungs-)Haftsituation?
- vorherige Haftstrafen (Anzahl, Dauer), Bewährungsstrafen
- Vorstrafen, Vorverurteilungen? wegen welcher Delikte?
- Alter bei erster Straffälligkeit bzw. bei erster Haft
- frühere Wiedereingliederungsmaßnahmen nach Haftentlassung?
- Integration nach Entlassung aus der letzten Haft (Wohnen, Arbeit)

- Haftspezifische Situation:

- aktuell bestehende Sicherungsmaßnahmen
 - Dauer des täglichen Einschlusses (in Stunden)
 - Hand-zu-Hand-Verfahren (Kontaktsperre zu anderen Insassen)
 - Gemeinschaftsunterbringung / Einzelzelle?
 - Besuche - von wem, Frequenz? (Partner, Freunde, Familie)
- „Wie sehr belastet sind Sie durch...?“
 - Freiheitsverlust
 - Kommunikationseinschränkungen
 - nächtliche Kontrollen
 - Angst vor Strafe / Zukunft
 - Schuldgefühle
 - Probleme „draußen“ (Familie, Job etc.)
- „Was lässt Sie hoffen?“
- „Was würde Ihre Haftsituation verbessern?“
- „Haben Sie mehr Gesprächswunsch mit einem Psychiater oder Psychologen?“

VI.5.2. Beck'sches Depressions-Inventar (BDI-II)

BDI II

Name	Alter	Geschlecht m / w	Datum
------	-------	---------------------	-------

Anleitung: Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede dieser Gruppen von Aussagen sorgfältig durch und suchen Sie sich dann in jeder Gruppe **eine Aussage** heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich **in den letzten zwei Wochen, einschließlich heute, gefühlt haben**. Kreuzen Sie die Zahl neben der Aussage an, die Sie sich herausgesucht haben (0, 1, 2 oder 3). Falls in einer Gruppe mehrere Aussagen gleichermaßen auf Sie zutreffen, kreuzen Sie die Aussage mit der höheren Zahl an. Achten Sie bitte darauf, dass Sie in jeder Gruppe nicht mehr als eine Aussage ankreuzen, das gilt auch für Gruppe 16 (Veränderung der Schlafgewohnheiten) oder Gruppe 18 (Veränderungen des Appetits).

1. Traurigkeit

- 0 Ich bin nicht traurig
- 1 Ich bin oft traurig
- 2 Ich bin ständig traurig
- 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalte

2. Pessimismus

- 0 Ich sehe nicht mutlos in die Zukunft
- 1 Ich sehe mutloser in die Zukunft als sonst
- 2 Ich bin mutlos und erwarte nicht, dass meine Situation besser wird
- 3 Ich glaube, dass meine Zukunft hoffnungslos ist und nur noch schlechter wird

3. Versagensgefühle

- 0 Ich fühle mich nicht als Versager
- 1 Ich habe häufiger Versagensgefühle
- 2 Wenn ich zurückblicke, sehe ich eine Menge Fehlschläge
- 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein

4. Verlust von Freude

- 0 Ich kann die Dinge genauso gut genießen wie früher
- 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher
- 2 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich kaum mehr genießen
- 3 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich überhaupt nicht mehr genießen

5. Schuldgefühle

- 0 Ich habe keine besonderen Schuldgefühle
- 1 Ich habe oft Schuldgefühle wegen Dingen, die ich getan habe oder hätte tun sollen
- 2 Ich habe die meiste Zeit Schuldgefühle
- 3 Ich habe ständig Schuldgefühle

6. Bestrafungsgefühle

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, für etwas bestraft zu sein
- 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden
- 2 Ich erwarte, bestraft zu werden
- 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein

7. Selbstablehnung

- 0 Ich halte von mir genauso viel wie immer
- 1 Ich habe Vertrauen in mich verloren
- 2 Ich bin von mir enttäuscht
- 3 Ich lehne mich völlig ab

8. Selbstvorwürfe

- 0 Ich kritisiere oder tadle mich nicht mehr als sonst
- 1 Ich bin mir gegenüber kritischer als sonst
- 2 Ich kritisiere mich für all meine Mängel
- 3 Ich gebe mir die Schuld für alles Schlimme, was passiert

9. Selbstmordgedanken

- 0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun
- 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun
- 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen
- 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit dazu hätte

10. Weinen

- 0 Ich weine nicht öfter als früher
- 1 Ich weine jetzt mehr als früher
- 2 Ich weine beim geringsten Anlass
- 3 Ich möchte gern weinen, aber ich kann nicht

Summe Seite 1:

11. Unruhe

- 0 Ich bin nicht unruhiger als sonst
- 1 Ich bin unruhiger als sonst
- 2 Ich bin so unruhig, dass es mir schwer fällt, stillzusitzen
- 3 Ich bin so unruhig, dass ich mich ständig bewegen oder etwas tun muss

12. Interessenverlust

- 0 Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Tätigkeiten nicht verloren
- 1 Ich habe weniger Interesse an anderen Menschen oder an Dingen als sonst
- 2 Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Dingen zum größten Teil verloren
- 3 Es fällt mir schwer, mich überhaupt für irgend etwas zu interessieren

13. Entschlussunfähigkeit

- 0 Ich bin so entschlussfreudig wie immer
- 1 Es fällt mir schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen
- 2 Es fällt mir sehr viel schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen
- 3 Ich habe Mühe, überhaupt Entscheidungen zu treffen

14. Wertlosigkeit

- 0 Ich fühle mich nicht wertlos
- 1 Ich halte mich für weniger wertvoll und nützlich als sonst
- 2 Verglichen mit anderen Menschen fühle ich mich viel weniger wert
- 3 Ich fühle mich völlig wertlos

15. Energieverlust

- 0 Ich habe so viel Energie wie immer
- 1 Ich habe weniger Energie als sonst
- 2 Ich habe so wenig Energie, dass ich kaum noch etwas schaffe
- 3 Ich habe keine Energie mehr, um überhaupt noch etwas zu tun

16. Veränderungen der Schlafgewohnheiten

- 0 Meine Schlafgewohnheiten haben sich nicht verändert
- 1a Ich schlafe etwas mehr als sonst
- 1b Ich schlafe etwas weniger als sonst
- 2a Ich schlafe viel mehr als sonst
- 2b Ich schlafe viel weniger als sonst
- 3a Ich schlafe fast den ganzen Tag
- 3b Ich wache 1-2 Stunden früher auf als gewöhnlich und kann nicht mehr einschlafen

17. Reizbarkeit

- 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst
- 1 Ich bin reizbarer als sonst
- 2 Ich bin viel reizbarer als sonst
- 3 Ich fühle mich dauernd gereizt

18. Veränderungen des Appetits

- 0 Mein Appetit hat sich nicht verändert
- 1a Mein Appetit ist etwas schlechter als sonst
- 1b Mein Appetit ist etwas größer als sonst
- 2a Mein Appetit ist viel schlechter als sonst
- 2b Mein Appetit ist viel größer als sonst
- 3a Ich habe überhaupt keinen Appetit
- 3b Ich habe ständig Heißhunger

19. Konzentrationsschwierigkeiten

- 0 Ich kann mich so gut konzentrieren wie immer
- 1 Ich kann mich nicht mehr so gut konzentrieren wie sonst
- 2 Es fällt mir schwer, mich längere Zeit auf irgend etwas zu konzentrieren
- 3 Ich kann mich überhaupt nicht mehr konzentrieren

20. Ermüdung oder Erschöpfung

- 0 Ich fühle mich nicht müder oder erschöpfter als sonst
- 1 Ich werde schneller müde oder erschöpft als sonst
- 2 Für viele Dinge, die ich üblicherweise tue, bin ich zu müde oder erschöpft
- 3 Ich bin so müde oder erschöpft, dass ich fast nichts mehr tun kann

21. Verlust an sexuellem Interesse

- 0 Mein Interesse an Sexualität hat sich in letzter Zeit nicht verändert
- 1 Ich interessiere mich weniger für Sexualität als früher
- 2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sexualität
- 3 Ich habe das Interesse an Sexualität völlig verloren

Übertrag Seite 1:

Gesamt Seite 1+2:

Summe Seite 2:

VI.5.3. Hamilton Depressions-Skala (HAMD)

HAMD (Hamilton-Depressions-Skala)	
1. Depressive Stimmung (Gefühle der Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Wertlosigkeit)	7. Arbeit und sonstige Tätigkeiten
Keine ④	Keine Beeinträchtigung ④
Nur auf Befragen geäußert ①	Hält sich für leistungsunfähig, erschöpft oder schlapp bei seinen Tätigkeiten (Arbeit oder Hobbies) oder fühlt sich entsprechend ①
Vom Patienten spontan geäußert ②	Verlust des Interesses an seinen Tätigkeiten (Arbeit oder Hobbies), muß sich dazu zwingen. Sagt das selbst oder läßt es durch Lustlosigkeit und sprunghafte Entschlußänderungen erkennen ②
Aus dem Verhalten zu erkennen (z.B. Gesichtsausdruck, Körperhaltung, Stimme, Neigung zum Weinen) ③	Wendet weniger Zeit für seine Tätigkeiten auf oder leistet weniger. Bei stationärer Behandlung Ziffer 3 ankreuzen, wenn der Patient weniger als 3 Stunden an Tätigkeiten teilnimmt. Ausgenommen Hausarbeiten auf der Station. ③
Patient drückt FAST AUSSCHLIESSLICH diese Gefühlszustände in seiner verbalen und nicht verbalen Kommunikation aus ④	Hat wegen der jetzigen Krankheit mit der Arbeit aufgehört. Bei stationärer Behandlung ist Ziffer 4 anzukreuzen, falls der Patient an keinen Tätigkeiten teilnimmt, mit Ausnahme der Hausarbeit auf der Station, oder wenn der Patient die Hausarbeit nur unter Mithilfe leisten kann. ④
2. Schuldgefühle	8. Depressive Hemmung (Verlangsamung von Denken und Sprache; Konzentrationsschwäche, reduzierte Motanik)
Keine ④	Sprache und Denken normal ④
Selbstvorwürfe, glaubt Mitmenschen enttäuscht zu haben ①	Geringe Verlangsamung bei der Exploration ①
Schuldgefühle oder Grübeln über frühere Fehler und „Sünden“ ②	Deutliche Verlangsamung bei der Exploration ②
Jetzige Krankheit wird als Strafe gewertet ③	Exploration schwierig ③
Anklagende oder bedrohende akustische und optische Halluzinationen ④	Ausgeprägter Stupor ④
3. Suizid	9. Erregung
Keiner ④	Keine ④
Lebensüberdruß ①	Zappeligkeit ①
Todeswunsch, denkt an den eigenen Tod ②	Spielen mit den Fingern, Haaren usw. ②
Suizidgedanken oder entsprechendes Verhalten ③	Hin- und Herlaufen, nicht still sitzen können ③
Suizidversuche (jeder ernste Versuch = 4) ④	Händeringen, Nägelbeißen, Haarerauen, Lippenbeißen usw. ④
4. Einschlafstörungen	10. Angst – psychisch
Keine ④	Keine Schwierigkeit ④
Gelegentliche Einschlafstörungen (mehr als ½ Std.) ①	Subjektive Spannung und Reizbarkeit ①
Regelmäßige Einschlafstörung ②	Sorgt sich um Nichtigkeiten ②
5. Durchschlafstörung	Besorgte Grundhaltung, die sich im Gesichtsausdruck und in der Sprechweise äußert ③
Keine ④	Ängste werden spontan hervorgebracht ④
Patient klagt über unruhigen oder gestörten Schlaf ①	11. Ängste – somatisch Körperliche Begleiterscheinungen wie: Gastrointestinale (Mundtrockenheit, Winde, Verdauungsstörungen, Durchfall, Krämpfe, Aufstoßen) – Kardiovaskuläre (Herzklopfen, Kopfschmerzen) – Respiratorische (Hyperventilation, Seufzen) – Pollakisurie – Schwitzen
Nächtliches Aufwachen bzw. Aufstehen (falls nicht nur zur Ham- oder Stuhlentleerung) ②	Keine ④
6. Schlafstörungen am Morgen	Geringe ①
Keine ④	Mäßige ②
Vorzeitiges Erwachen, aber nochmaliges Einschlafen ①	Starke ③
Vorzeitiges Erwachen ohne nochmaliges Einschlafen ②	Extreme (Patient ist handlungsunfähig) ④

12. Körperliche Symptome – gastrointestinale	17. Krankheitseinsicht
Keine ①	Patient erkennt, daß er depressiv und krank ist ①
Appetitmangel, ißt aber ohne Zuspruch. Schweregefühl im Abdomen ①	Räumt Krankheit ein, führt sie aber auf schlechte Ernährung, Klima, Überarbeitung, Virus, Ruhebedürfnis etc. zurück ①
Muß zum Essen angehalten werden. Verlangt oder benötigt Abführmittel oder andere Magen-Darm-Präparate ②	Leugnet Krankheit ab ②
13. Körperliche Symptome – allgemeine	18. Tagesschwankungen a. Geben Sie an, ob die Symptome schlimmer am Morgen oder am Abend sind. Sofern KEINE Tagesschwankungen auftreten, ist 0 (keine Tagesschwankungen) ankreuzen
Keine ①	Keine Tagesschwankungen ①
Schweregefühl in Gliedern, Rücken oder Kopf, Rücken-, Kopf- oder Muskelschmerzen. Verlust der Tatkraft, Erschöpfbarkeit ①	Symptome schlimmer am Morgen ①
Bei jeder deutlichen Ausprägung eines Symptoms 2 ankreuzen ②	Symptome schlimmer am Abend ②
14. Genitalsymptome wie etwa: Libidoverlust, Menstruationsstörungen etc.	b. Wenn es Schwankungen gibt, geben Sie die Stärke der SCHWANKUNGEN an. Falls es KEINE gibt, kreuzen Sie 0 (keine) an.
Keine ①	Keine ①
Geringe ②	Gering ②
Starke ③	Stark ③
15. Hypochondrie	19. Depersonalisation, Derealisation wie etwa: Unwirklichkeitsgefühle, nihilistische Ideen
Keine ①	Keine ①
Verstärkte Selbstbeobachtung (auf den Körper bezogen) ②	Gering ②
Ganz in Anspruch genommen durch Sorgen um die eigene Gesundheit ③	Mäßig ③
Zahlreiche Klagen, verlangt Hilfe etc. ④	Stark ④
Hypochondrische Wahnvorstellungen ⑤	Extrem (Patient ist handlungsunfähig) ⑤
16. Gewichtsverlust (entweder a oder b ankreuzen) a. Aus Anamnese	20. Paranoide Symptome
Kein Gewichtsverlust ①	Keine ①
Gewichtsverlust wahrscheinlich in Zusammenhang mit jetziger Krankheit ②	Mißtrauisch ②
Sicherer Gewichtsverlust laut Patient ③	Beziehungsideen ③
b. Nach wöchentlichem Wiegen in der Klinik wenn Gewichtsverlust	Beziehungs- und Verfolgungswahn ④
weniger als 0,5kg/Woche ①	21. Zwangssymptome
mehr als 0,5kg/Woche ②	Keine ①
mehr als 1kg/Woche ③	Gering ②
	Stark ③

VI.5.4. Semistrukturiertes Folgeinterview

Fragen im semistrukturierten Folgeinterview

- wievielter Hafttag?
- anstaltsinterne Verlegung / Zellenwechsel?
- Entzug durchgemacht? (medikamentös gestützt?)

- aktuelle Haftbedingungen:
 - Einschlussdauer
 - Gemeinschaftsunterbringung / Einzelzelle?
 - Lockerungen (z.B. Wegfall von „schwarzem Punkt“)
 - Haftarbeit
 - Außenkontakte (Besuche, Telefonate)
 - Haftprüfungs- / Verhandlungstermin?

- „Was lässt Sie hoffen?“
- „Besteht das Gefühl der Aussichtslosigkeit?“
- „Ist Ihre Stimmung schlechter als je zuvor?“
- „Wie ist Ihr psychisches Befinden im Vergleich zur Voruntersuchung?“
- „Beurteilen Sie Ihre eigenen Angaben der Erstbefragung“ (z.B. ob das Befinden korrekt, besser oder schlechter als angegeben war)
- „Haben Sie mehr Gesprächswunsch mit einem Psychiater oder Psychologen?“
- „Was würde Ihre Haftsituation verbessern?“
- „Haben Sie Rückhalt von draußen?“
- „Hat bei Ihnen ein Anpassungsprozess an die Haftsituation stattgefunden?“

VI.6. Erklärung

Ich, Jan Sebastian Cassau, erkläre an Eides statt, dass ich die vorgelegte Dissertationsschrift mit dem Thema „Phänomenologie und Verlauf depressiver Syndrome unter Untersuchungshaftbedingungen“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.

VI.7. Curriculum vitae

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.