

VI. Diskussion

Mit der vorliegenden Untersuchung sollte anhand von initial erstellten Kriterien die Frage geprüft werden, ob eine eigene Entität des Störungsbildes „Haftpsychose“ herausgearbeitet werden kann. Auch sollten Hinweise für das Vorhandensein einer psychischen Störung geprüft werden, die in der Literatur als „Haftpsychose“ bezeichnet wird.

Die initial erarbeiteten Kriterien sollten ein wissenschaftlich begründbares und haltbares Konstrukt widerspiegeln, in das eigene Erfahrungen aus der klinischen Arbeit in der Psychiatrie im Berliner Justizvollzug, sowie die Auswertung einer Literaturrecherche miteingeflossen sind. Des Weiteren wurden auch wichtige, heute gültige Schizophreniekriterien mitberücksichtigt, wie sie sich zum Beispiel im AMDP- Manual oder in der WHO-Klassifikation (ICD 10) finden lassen. Die Schizophreniekriterien wurden in der Untersuchung unter der Massgabe mitaufgeführt, dass es sich bei den 91 im Zeitraum von 1970 bis 1996 diagnostizierten „Haftpsychose“- Fällen um in der Symptomatik fehlinterpretierte Schizophrenie- Diagnosen handeln könnte. Dieser Interpretationsspielraum ergab sich möglicherweise einerseits durch die unschärfere Schizophreniedefinition in der ICD 9, andererseits wurde die Diagnose „Haftreaktion“ in der Literatur, wie auch im untersuchten Datenmaterial, synonym für die Störung „Haftpsychose“ verwandt.

In diesem Zusammenhang ist auch die heutige Diagnose einer „wahnhaften Störung“ (ICD10 F22.0) zu diskutieren. Die wahnhafte Störung kam differentialdiagnostisch bei beiden Untersuchungsgruppen in Betracht. Nach der WHO- Klassifikation unterscheidet sich der Wahn des Schizophrenen von der wahnhaften Störung in der Heftigkeit der Symptomatik, bei der wahnhaften Störung bestehen keine völlig unmöglichen oder kulturell inakzeptablen Vorstellungen, verglichen mit dem Wahn des Schizophrenen. Der Wahn entsteht auf dem Boden einer allgemeinen Veränderung des Erlebens und imponiert als Fehlbeurteilung der Realität. Die Fehleinschätzung der Realität tritt mit erfahrungsunabhängiger Gewissheit auf, an ihr wird mit subjektiver Gewissheit festgehalten. An der Fehlbeurteilung der Realität wird auch festgehalten, wenn sie im Widerspruch zur Wirklichkeit und zur Erfahrung der gesunden Mitmenschen sowie zu ihrem kollektiven Überzeugungen und Glauben steht (AMDP 1995). Der Wahn gliedert sich in Teilbereiche auf. Die Wahnstimmung ist die erlebte Atmosphäre des Betroffenenenseins, der Erwartungsspannung und des bedeutungsvollen Angemetetwerdens in

einer verändert erlebten Welt. Diese Stimmung besteht in einem Bedeutungszumessen und Inbeziehungsetzen, Meinen, Vermuten und Erwarten, das von Gesunden nicht nachvollzogen werden kann (AMDP 1995). Bei der Wahnstimmung gibt es die verschiedensten Grundtönungen der Stimmung. Am häufigsten ist die Stimmung der Unheimlichkeit, des Misstrauens, des Verändertseins des Kranken selbst oder seiner Umgebung, der Bedrohung, der Angst, des Argwohns, der Ratlosigkeit, aber auch der Euphorie und Zuversicht. In der Wahnstimmung ist der Wahnhalt in der Regel nicht definiert, deshalb kann der Patient keine Gründe für sein Erleben angeben.

Die Wahnwahrnehmung ist eine reale Sinneswahrnehmung, die eine abnorme Bedeutung erhält, im Rahmen einer wahnhaften Fehlinterpretation einer an sich richtigen Wahrnehmung (AMDP 1995).

Wahneinfall nennt man das gedankliche Auftreten von wahnhaften Vorstellungen und Überzeugungen, meistens plötzlich und unvermittelt.

Der systematisierte Wahn beschreibt den Grad der Verknüpfung einzelner Wahnsymptome mit anderen Wahnphänomenen, Sinnestäuschungen, Ich- Störungen oder auch nicht krankhaft veränderten Beobachtungen und Erlebnissen. Zwischen den einzelnen Elementen werden Verbindungen hergestellt, die oft einen kausalen Charakter besitzen und vom Patienten als Beweise und Bestätigungen angesehen werden (AMDP 1995).

Der Beziehungswahn beschreibt die wahnhafte Eigenbeziehung, bei der selbst belanglose Ereignisse ich-bezogen gedeutet werden.

Beim Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn erlebt sich der Patient selbst als Ziel von Feindseligkeiten.

Er wähnt sich von seiner Umwelt bedroht, beleidigt, verspottet, die Umgebung trachtet nach seinem Hab und Gut, nach seiner Gesundheit oder Leben.

Der Eifersuchtswahn beinhaltet die wahnhafte Überzeugung, vom Lebenspartner betrogen zu werden, der Schuldwahn die Überzeugung, Schuld auf sich geladen zu haben. Der Verarmungswahn beschreibt die wahnhafte Überzeugung, nicht genug Mittel zum Lebensunterhalt zu haben. Der hypochondrische Wahn meint die wahnhafte Überzeugung, krank zu sein. Beim Grössenwahn leidet der Betroffene an wahnhafter Selbstüberschätzung und Selbstüberhöhung (AMDP 1995).

Die Kriterien für die Diagnose „Haftpsychose“ beziehen sich nur auf Betroffene männlichen Geschlechts, da in der Psychiatrisch- Neurologischen Abteilung der Justizvollzugsanstalt Tegel nur männliche Inhaftierte betreut wurden. Untersuchungen bei weiblichen Gefangenen liegen nicht vor, in der Literatur wird auf das Vorliegen einer „Haftpsychose“ bei Frauen nicht gesondert eingegangen.

Ausgangspunkt der Erörterungen war unter anderem die Vorstellung, dass es sich bei der Psychiatrie im Justizvollzug um einen sehr speziellen Bereich handelt. Die Inhaftierung, insbesondere die Untersuchungshaft, kann für den Betroffenen ein extremes Life- event als krankheitsauslösender Faktor bedeuten, mit den bei Veranlagung daraus resultierenden „haftpsychotischen“ Episoden. Diese Veranlagung wird in älteren Quellen, in denen bei einigen Betroffenen eine spezielle haftpsychotische Disposition angenommen wurde, die zu einer „degenerativen Haftpsychose“ auswächst, beschrieben (Birnbaum 1921). Genauso kann andererseits das extreme Life event, gemeint ist die Herausnahme aus allen bekannten sozialen Strukturen, die sensorische und emotionale Deprivation, aber auch die narzisstische Kränkung durch die Inhaftierung, neben einer erhöhten Suicidalität, die erstmalige Manifestation oder Exazerbation einer Schizophrenie auslösen.

In der ICD 10 oder im DSM IV lassen sich Diagnosen, die im direkten Zusammenhang mit einer Inhaftierung stehen und diese mit abbilden, nicht finden. Allenfalls in der ICD- 9 taucht die Diagnose einer Haftreaktion noch auf.

Psychische Störungen reaktiver Art können in der heutigen Justizvollzugspsychiatrie unter anderem mit den Diagnosen „akute Belastungsreaktion“ (ICD 10 F.43.0) oder „Anpassungsstörung“ (ICD 10 F.43.2) versehen werden. Des Weiteren findet die „wahnhaftige Störung“ (ICD 10 F.22.0) häufiger Berücksichtigung.

Allerdings wird mit der Diagnose einer „Anpassungsstörung“ (F43.2) nach der ICD 10 der wahnhaften Komponente der „haftpsychotischen“ Störung nicht gerecht. Die Anpassungsstörung ist definiert als identifizierbare psychosoziale Belastung von einem nicht aussergewöhnlichen oder katastrophalen Ausmass, der Beginn der Symptome liegt innerhalb eines Monats. Wahngedanken oder Halluzinationen dürfen nicht vorkommen.

Eine weitere Differentialdiagnose, die auch für beide Untersuchungsgruppen von Relevanz ist, liefert die ICD 10-Diagnose „akute vorübergehende psychotische Störung“ (F23.0). Hier wird

jede Art von Wahnideen oder Halluzinationen abgebildet, diese sind jedoch an ein bestimmtes Zeitintervall gebunden. Des Weiteren werden die spezifischen, die Inhaftierung betreffenden Umstände als vermeintliche Ursache der psychischen Störung nicht berücksichtigt.

Im Allgemeinen vertreten gerade auch viele Mitglieder der Jurisprudenz die Auffassung, dass eine „Haftpsychose“ existiert, wenngleich es sich bei der nicht- professionellen Vorstellung über das Bild einer Psychose meistens eher um eine überzogene psychische Reaktion handelt (Mechler 1981).

Die 91 Fälle, aus dem Archiv der ehemaligen Psychiatrisch-Neurologischen Abteilung (PN) des Krankenhauses der Berliner Vollzugsanstalten herausgearbeitet, dokumentieren zudem die Tatsache, dass die Diagnose „Haftpsychose“ von 1970 bis 1996 existierte, höchstwahrscheinlich auch schon seit der Gründung der Abteilung im Jahr 1968.

Da eine aktuelle, vergleichbare Studie zu diesem Thema fehlt, kann an dieser Stelle eine vergleichende Diskussion in bezug auf andere aktuelle Untersuchungen nicht durchgeführt werden. Die Diskussion der vorliegenden Untersuchungsergebnisse beinhaltet neben einer Auseinandersetzung mit den Literaturangaben zudem eine Erörterung der heute gültigen Differentialdiagnosen. Die Differentialdiagnosen umfassen in erster Linie andere psychotische Störungen. Hier sind neben der paranoiden Schizophrenie besonders auch die drogeninduzierten psychotischen Störungen anzuführen. Die Charakteristika einer paranoiden Schizophrenie sind weiter oben (Kapitel II) ausführlich beschrieben worden.

In der Auswertung der vorliegenden Studienergebnisse wurde deutlich, dass eine alleinige Konzentrierung auf die psychotischen Störungen in der Differentialdiagnose der „Haftpsychose“ nicht genügt. Die Herstellung eines Vergleichs zu Darstellungen aus forensischen Werken vom Ende des 19. und Beginn des 20. Jahrhunderts ist schwierig. Die Schwierigkeit fusst darauf, dass die Nomenklatur im Kontext der Epoche einzuordnen ist und dabei auch den Zeitgeist der jeweiligen Epoche widerspiegelt. Beispiele hierfür sind die schon erwähnten „Degenerativen Haftpsychosen“ Birnbaums, die „Schockpsychosen“ Lewins als Reaktion auf den 1. Weltkrieg, auch „Situationspsychose“ genannt.

Eine wichtige Ursache für die Schwierigkeiten in der Vergleichbarkeit basiert auf der Tatsache, dass die Definitionen im Laufe der Zeit eine Änderung erfuhren und dabei andere

Schwerpunkte massgebend wurden. Ein Beispiel für diese Änderung ist der Begriff der Psychose, der sich im Laufe der Zeit ausdifferenzierte. Die Definition des Begriffes wurde schärfer abgrenzbar von anderen Störungen, die im neurotischen Bereich angesiedelt waren. In den Literaturangaben wird in der Beschreibung der „Haftpsychose“ im Wesentlichen von einer heute populärwissenschaftlich anmutenden Definition ausgegangen. Die damals vermeintlich beobachtete „haftpsychotische“ Symptomatik lässt sich zu einem Teil als psychopathologische, für den Interviewer nicht mehr einfühlbare Reaktion auf die Haft verstehen. Da eine nationale oder internationale Konvention fehlte, die es ermöglichte, eine einheitlich gültige Klassifikationsform zu finden, liegt die Vermutung nahe, dass die behandelnden Ärzte der damaligen Zeit sich für ihr Spezialgebiet eine eigene schufen, auf ihren individuellen Erfahrungen im Justizvollzug basierend.

Da eine Psychopathologie bei den betroffenen Inhaftierten offensichtlich vorlag, ist es wichtig, sich dem dokumentierten psychopathologischen Befund zu widmen. Im psychopathologischen Befund der 91 Inhaftierten mit der Diagnose einer „Haftpsychose“ finden sich zum überwiegenden Teil Hinweise auf ein Wahngeschehen, in 28 Fällen spezifisch auf die Institution des Justizvollzugs ausgerichtet.

Insgesamt ist eine historische Entwicklung der Störungsbeschreibung in Bezug auf Nosologie, Prävalenz, Krankheitsbild sowie Ätiologie zu beobachten.

Ab Mitte des 19. Jahrhunderts beschrieben einige Autoren eine gefängnispezifische Störung, welche von den in der Allgemeinbevölkerung auftretenden psychotischen Störungen gut zu unterscheiden sei. Diese haftspezifische Störung wurde unter anderem „Verbrecherwahnsinn“ genannt oder „Gefängniswahnsinn“ (Mechler 1981). Auch hier wurde schon in der Ätiologie eine „degenerative Anlage“ beschrieben.

Ab Beginn des vorherigen Jahrhunderts wurde eine Aufteilung in „echte“ Psychosen und der „degenerativen Haftpsychose“ unternommen (Nitsche und Wilmanns 1911). Hierbei sind die als „echte“ Psychose bezeichneten Störungen dem „Dementia praecox Syndrom“ zuzuordnen, der heute als Schizophrenie bezeichneten Störung. Aus den Eindrücken des 1. Weltkrieges vermutlich entstandene „Schockpsychosen“ ebneten den Weg für die Entwicklung der Haftpsychose zur „Zweck- und Abwehrpsychose“ (Birnbäum 1921).

Kriterien, welche für und gegen eine Diagnose „Haftpsychose“ als eigenständige Entität sprechen, sollen gesondert diskutiert werden, diese beinhalten Kriterien, die aus der älteren forensisch- psychiatrischen Literatur stammen, wie auch aktuelle klinisch- psychiatrische Kriterien.

VI.1. Auf die Diagnose „Haftpsychose“ als eigenständige Entität hinweisende Merkmale

Wie im Ergebnisteil ausführlich dargestellt, liegen neun „Nullhypothesen“ vor, die auf die Existenz einer eigenen Entität einer psychischen Störung, die in der Literatur „Haftpsychose“ genannt wird, hindeuten. Nunmehr sollen diese Items im Zusammenhang interpretiert werden, mit dem Ziel, ein wissenschaftlich begründbares und fundiertes Konstrukt zu entwickeln.

Um Rückschlüsse aus den oben angeführten Items der vorliegenden Studie ziehen zu können, erschliesst sich bei einigen Items eine Aussage erst in der zusammenhängenden Betrachtung der Merkmale, so liefert zum Beispiel erst eine Korrelationsuntersuchung zwischen den Merkmalen „Jahr des Störungsbeginns“ und „Jahr der Erstaufnahme“ eine aufschlussreiche Aussage. Hier konnte in beiden Untersuchungsgruppen, sowohl in der Gruppe „Haftpsychose“ als auch in der Gruppe „Schizophrenie“, ein linearer Zusammenhang zwischen den beiden Merkmalen hergestellt werden.

In der Untersuchungsgruppe „Haftpsychose“ liegt ein sehr stark gleichgerichteter Zusammenhang zwischen den Merkmalen „Jahr der Erstaufnahme“ und „Jahr des Störungsbeginns“ vor. Der Pearson Korrelationskoeffizient lautet $r = +0,97$. Ursächlich hierfür kann die Vorstellung der diagnostizierenden Ärzte gewesen sein, dass die psychische Störung nur während der Inhaftierungszeit auftritt, quasi als psychische Reaktion eines weitgehend gesunden, jedoch prädisponierten Betroffenen auf die Haft. Diese Vorstellung deckt sich mit fast allen, weiter oben ausführlich dargestellten Autoren, die von einer stark reaktiven Ursache ausgehen, im Rahmen des extremen, krankheitsfördernden Umfeldes in der Justizvollzugsanstalt.

In der Vergleichsgruppe „Schizophrenie“ besteht auch ein stark gleichgerichteter, linearer Zusammenhang zwischen den Merkmalen „Jahr des Störungsbeginns“ und „Jahr der

Erstaufnahme“. Hier ist der lineare Zusammenhang jedoch nicht ganz so stark ausgeprägt, der Pearson- Koeffizient beträgt $r = +0,82$. Dabei könnten sich die in einigen aktuelleren Studien dargestellten Zusammenhänge zwischen einer Erstmanifestation einer Schizophrenie und einer Inhaftierung abbilden (Wolfowskij 2002). Weiter oben wurde schon das extreme Life event als Exazerbationsursache der Schizophrenie diskutiert.

Für beide Untersuchungsgruppen trifft sicherlich die Tatsache zu, dass bei einigen Betroffenen mit einer der beiden Diagnosen eine stationäre Aufnahme nicht stattfand, oder die Aufnahme nicht im zeitlichen Zusammenhang mit dem Beginn der Störung stand, da die Störung entweder gar nicht oder ambulant behandelt worden war.

An die schon angeführten Merkmale direkt anknüpfend, wird das Item „Vordiagnose einer Psychose“ diskutiert. Laut den vorliegenden Untersuchungsergebnissen besteht ein signifikanter Unterschied im Bereich der Anzahl der dokumentierten Fälle mit dem Merkmal „Vordiagnose einer Psychose“ zwischen den beiden Untersuchungsgruppen „Schizophrenie“ und „Haftpsychose“. Die Anzahl der Patienten mit dem Merkmal „Vordiagnose einer Psychose“ beträgt in der vorliegenden Studie in der Gruppe „Schizophrenie“ 63 von 87 Fällen (72,4%). Die Anzahl ist demnach signifikant höher als die Anzahl der Betroffenen in der Gruppe „Haftpsychose“ mit 16 von 70 Fällen (22,9%).

Da als vermeintlich „psychotische“ Reaktion auf die Haft entstanden, deutet der signifikante Unterschied auf das Vorliegen einer psychischen Störung hin, die nicht einer Schizophrenie entspricht. Jedoch führen auch aktuellere Untersuchungen an, dass ungefähr 33% der Erstdiagnosen einer Schizophrenie in Haft gestellt werden (Wolfowskij 2002), wie oben erwähnt. Der signifikante Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen unterstützt die konstruktionale Vorstellung einer „Haftpsychose“ als nicht- schizophrenen Störung einerseits, andererseits weist sie auf eine Störung hin, die in der Tendenz eher in der Haft auftritt.

Ein weiteres Indiz für das Bestehen einer früher „Haftpsychose“ genannten Störung, ist die unterschiedliche Häufigkeit des Auftreten des Items „Vorliegen von einer oder mehreren psychiatrischen Vorbehandlungen“ zwischen den beiden Untersuchungsgruppen. In der Vergleichsgruppe „Schizophrenie“ konnte bei 65 von 83 Patienten (78,3%) das genannte Merkmal ermittelt werden. Dagegen beträgt die Anzahl der Fälle in der Untersuchungsgruppe

„Haftpsychose“ 31 von 70 Patienten (44,3%). Somit besteht ein signifikanter Unterschied zwischen den untersuchten Gruppen.

In der Interpretation der erhobenen Daten kann man davon ausgehen, dass Betroffene aus der Vergleichsgruppe „Schizophrenie“ eher schon Kontakt zu therapeutischen Einrichtungen, sei es im ambulanten oder im stationären Setting, hatten. Diese Kontakte spiegeln sich im Vorliegen von einer oder mehreren Epikrisen über den Patienten wider. Schilderungen über den Krankheitsverlauf, sowie differentialdiagnostische Erwägungen ergeben sich aus der Krankengeschichte. Mit diesem Item werden auch Berichte aus anderen komplementären Einrichtungen, wie zum Beispiel aus Übergangswohnheimen oder psychiatrischen Begegnungsstätten abgebildet.

Bei „Haftpsychotikern“ liegen psychiatrische Vorbehandlungen aufgrund einer psychischen Störung signifikant seltener vor. Die allgemeinspsychiatrischen Vorbehandlungen der Untersuchungsgruppe „Haftpsychose“ fanden, wenn überhaupt, eher unter der Diagnose einer Anpassungsstörung statt, insbesondere neurotischer Genese. Die Anzahl der unterschiedlichen Vordiagnosen wurden mit der vorliegenden Studie nicht untersucht, wissenschaftliche Aussagen sind deshalb nicht möglich.

Ein interessanter Aspekt, der unter anderem das Konstrukt einer „Haftpsychose“ mit unterstützt, ist die Tatsache, dass sich laut den vorliegenden Untersuchungsergebnissen das Merkmal „Behandlung mit Neuroleptika“ signifikant zwischen den beiden Untersuchungsgruppen unterscheidet. In der Vergleichsgruppe „Schizophrenie“ trugen 84 von 91 Fälle (92,3%) dieses Merkmal, signifikant mehr als in der Untersuchungsgruppe „Haftpsychose“, in der 68 von 89 Patienten (76,4%) mit Neuroleptika behandelt worden waren. Erstaunlich ist bei diesem Untersuchungsergebnis der nicht erwartete hohe Anteil an mit Neuroleptika behandelten Betroffenen aus der Untersuchungsgruppe „Haftpsychose“. Eine Erklärungsmöglichkeit für diesen hohen Anteil bietet die fehlende Ausdifferenzierung des untersuchten Items. In der vorliegenden Studie wurde nicht zwischen hoch-, mittel- oder niedrigpotenten Neuroleptika unterschieden. Möglich wäre eine häufigere Gabe von, in ihrer Wirkung eher sedierenden, mittel- oder niedrigpotenten Neuroleptika im untersuchten Zeitraum, zumal ein Einsatz von Anxiolytika aus der Benzodiazepingruppe aufgrund des

Suchtpotentials in der Justizvollzugspsychiatrie traditionell in geringerem Umfang eingesetzt wird.

Die heute übliche Aufteilung in atypische und konventionelle Neuroleptika war in der Zeitspanne (1970 bis 1996) des erhobenen Datenmaterials in der Berliner Justizvollzugspsychiatrie nicht von Relevanz, abgesehen von einer seltenen Clozapingabe.

Eine das Item „Behandlung mit Neuroleptika“ betreffende, vergleichende Diskussion mit Angaben aus älteren Quellen ist nicht möglich, da vor Mitte vergangenen Jahrhunderts noch keine Neuroleptika zur Verfügung standen. In der weiter oben erläuterten „Nullhypothese“ wurde, unter einem retrospektiven Aspekt, davon ausgegangen, dass „Haftpsychosen“ eher zurückhaltend mit Neuroleptika behandelt wurden, da sie massgeblich reaktiv auf die Inhaftierung entstanden sind. Diese Vermutung bezieht sich auf die Zeit nach der Entdeckung und Implementierung der Neuroleptika Anfang der 50er Jahre des 20. Jahrhunderts. Da ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Untersuchungsgruppen besteht, wird an Hand des untersuchten Items als Rückschluss deutlich, dass es sich um zwei verschiedene Störungsbilder handeln kann, obwohl der Anteil an mit Neuroleptika behandelten Fällen aus der „Haftpsychose“ - Untersuchungsgruppe mit $n = 68$ erstaunlich hoch ist. Dies könnte daran liegen, dass Neuroleptika syndrom- und nicht diagnosebezogen eingesetzt wurden.

Insgesamt hat sich die in der „Nullhypothese“ beschriebene Aussage in den vorliegenden Untersuchungsergebnissen bestätigt.

Ein sehr interessantes und für die „Haftpsychose“ als eigenständige Entität sprechendes entscheidendes Kriterium ist der chronologische Ablauf der „Haftpsychose“ und ihr zeitlicher Bezug zum Stand des Verfahrens oder zum Ablauf des Vollzugs. Wie schon früher beschrieben, wurde in der „Haftpsychose“ ein Zweck- und Abwehrcharakter gesehen. (Birnbäum 1921). Der Autor stellte unter anderem dar, dass die „Haftpsychose“ immer dem Willen des Gefangenen entspringe, für krank gehalten zu werden. Dabei stand der Wunsch nach einer Verlegung in ein psychiatrisches Krankenhaus im Vordergrund, um so eine Hafterleichterung zu erzielen.

In dem aktuell vorliegendem Untersuchungsmaterial zeigt sich, dass ein signifikanter Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen besteht. Die Anzahl der Patienten aus der Gruppe „Haftpsychose“ weist bei 14 von 44 Fällen (31,8%) das Merkmal „Sistieren der

Symptomatik mit Haftende“ auf. In der Vergleichsgruppe „Schizophrenie“ tritt das Merkmal bei einem von 76 Patienten (1,3%) auf, wobei die Aussage aufgrund nicht zufälliger Stichprobe relativiert werden muss. Hier wird ein entscheidener Unterschied zwischen der Schizophrenie und der „Haftpsychose“ deutlich, wobei an dieser Stelle anzumerken ist, dass auch schizophrene Erkrankte in der Akuität der Erkrankung von einer Entlassung profitieren, jedoch nicht in dem Ausmass einer Sistierung. Eine Sistierung der psychopathologischen Symptome beinhaltet das gelegentliche Auftreten von affektfrei gewordenen Wahnresten, systematische katamnestiche Nachbeobachtungen wurden hierzu durchgeführt (v.a. Homburger 1912).

Ein anderer Aspekt, der für das Vorliegen einer „Haftpsychose“ als eigenständige Entität spricht, ist das signifikant häufigere Auftreten eines monothematischen Wahns. Insgesamt 17 von 81 Patienten (21,0%) mit der Diagnose „Haftpsychose“ weisen einen monothematischen Wahn auf. In der Vergleichsgruppe Schizophrenie sind es 4 von 90 Fälle (4,4%).

Der monothematische Wahn der „Haftpsychotiker“ unterscheidet sich eindeutig von dem zum grössten Teil durchsystematisierten Wahn der Schizophrenen. Gerade das Auftreten eines monothematischen Wahnes in Kombination mit, laut den vorliegenden Untersuchungsbefunden, dem Hinweis, dass dieser Wahn auch signifikant häufiger institutionsbezogen ist, untermauert die Aussage der Prämisse. Ein Beispiel hierfür ist die wahnhaftige Überzeugung des Inhaftierten, nur sein Taschengeldantrag werde nicht bearbeitet.

Die im historischen Überblick ausführlich dargestellten Untersuchungen aus dem 19. und beginnendem 20. Jahrhundert verweisen fast alle auf eine in der Regel monothematische, auf das unmittelbare Umfeld bezogene ausgeprägte Wahnsymptomatik (Birnbaum 1921). Der Inhalt der Haftpsychose sei stets aus dem Haftmilieu geschöpft und der Gegenstand der Sinnestäuschung entspreche den den Gefangenen beherrschenden Wünschen und Befürchtungen im Justizvollzug (Wilmanns 1927).

In der vorliegenden Untersuchung weisen 28 von 78 Patienten (35,9%) mit der Diagnose „Haftpsychose“ das Merkmal „Vorliegen eines institutionsbezogenen Wahns“ auf. In der Vergleichsgruppe „Schizophrenie“ waren es mit 5 von 90 Fällen (5,6%) signifikant weniger.

Die Entdeckung und Herausarbeitung des Zweckcharakters und der Abwehrfunktion ist mannigfaltig beschrieben (Birnbaum 1921). In Abgrenzung zur heute gültigen „wahnhaften

Störung“ (ICD 10 F 22.0) fehlt bei der Genannten der direkte Bezug zum forensischen Ablauf mit dessen Widerspiegelung im Wahngeschehen des Betroffenen. Der forensische Ablauf kann zum Beispiel bei Untersuchungsgefangenen der gegenwärtige Stand des Gerichtsprozesses sein, bei Strafgefangenen die Fortschreibung des Vollzugsplanes, aber auch alltägliche Abläufe, wie zum Beispiel das Einbringen von Geld in Jahrespaketen in die Haftanstalt.

Sollte es eine auf die Haft beschränkte, hauptsächlich Wahnsymptome mit monothematisch-forensischem Aspekten zum Inhalt habende Störung geben, ist der Begriff „Haftpsychose“ zu unscharf und missverständlich. Alternativ könnte man von einem „haftspezifischen Wahnsyndrom“ sprechen. Der Begriff der „Psychose“ sollte den psychotischen Störungen schizophrener oder drogeninduzierter Genese vorbehalten sein. Eine Nomenklatur, die den Psychosebegriff schärfer umfasst, wird den heute gültigen Klassifikationen, wie zum Beispiel der WHO- Klassifikation eher gerecht.

Ein weiteres, in der vorliegenden Untersuchung herausgearbeitetes mögliches Kriterium für das Vorliegen einer „Haftpsychose“, ist der anamnestisch beschriebene Hinweis auf das Entstehen der „psychotischen“ Symptomatik aus einer Simulation. In der Untersuchungsgruppe „Haftpsychose“ sind 11 von 88 Fälle (12,5%) beschrieben, die das Untersuchungsmerkmal „Hinweis auf Simulation“ aufweisen. In der Vergleichsgruppe „Schizophrenie“ ist bei keinem der Betroffenen das Merkmal zu eruieren gewesen. Die Aussagekraft dieses Items ist aufgrund der ausgeprägten Mächtigkeit hoch.

In einer wichtigen Arbeit aus den 20er Jahren mündet die Haftpsychose fast völlig in der Simulation (Wilmanns 1924). Danach ist die Haftpsychose bewusste Simulation, seltener ein aus ihr hervorgegangener autosuggestiv fixierter hysterischer Ausnahmezustand, liegt also bewusstseinsnäher als bei anderen Autoren beschrieben und erhält damit auch den Beigeschmack der aktiven Täuschung. Die aktive Täuschung deutet wiederum auf eine Verknüpfung mit einer dissozialen Entwicklung hin. Aktuell wird in diesem Zusammenhang die Verbindung einer paranoiden Schizophrenie mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung vermutet (Konrad 2000). Das Konstrukt der „Haftpsychose“ wird als Ergebnis einer negativ-besetzten Gegenübertragung des Interviewers auf die dissozialen Anteile eines schizophren Erkrankten gewertet.

Dieser Erklärungsansatz erscheint, auch bei der Menge von 91 dokumentierten Fällen, durchaus als näher in Betracht zu ziehen. In der vorliegenden Untersuchung lässt sich jedoch allenfalls anhand der Schwere der in der Vergangenheit stattgefundenen Delikte der Grad der Dissozialität ablesen. Eine anterograd stattgefundene Kriminalität ist nicht eruiert worden, zum Beispiel mittels eines aktuellen Bundeszentralregistrauszuges.

In der chronologischen Abfolge lassen sich bei Wilmanns erstmalig negativ besetzte Beschreibungen erkennen, die sich im weiteren Verlauf bei einigen anderen Autoren widerspiegeln. Es wird zunehmend von einer organischen Ursache abgegangen, hin zu einem reaktiven Geschehen, basierend auf einer prädisponierten Persönlichkeit.

Abschliessend kommt noch ein weiterer interessanter Aspekt zur Diskussion. Vergleicht man die beiden Untersuchungsgruppen bezüglich des Merkmals „Verlegung in das Krankenhaus des Massregelvollzugs“, lässt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen darstellen. In der Gruppe „Haftpsychose“ sind lediglich 5 von 90 beschriebenen Fälle (5,6%) in das Krankenhaus des Massregelvollzuges verlegt worden. In der Vergleichsgruppe „Schizophrenie“ sind es 37 von 91 Fällen (40,7%). Da die Schizophreniegruppe signifikant häufiger in das Krankenhaus des Massregelvollzuges (KMV) verlegt wird, lassen sich Rückschlüsse über einen Unterschied zwischen beiden untersuchten Gruppen ableiten. Die Rückschlüsse beinhalten die Tatsache, dass es sich bei der Schizophrenie um eine psychische Erkrankung im engeren Sinne (krankhafte seelische Störung) handelt, bei der der §20 oder §21 des StGB (verminderte Schuldfähigkeit) greifen kann, und die Betroffenen nach §63 StGB in das KMV zur Therapie und Sicherung untergebracht werden. Die „Haftpsychose“ hingegen wird von vielen Gutachtern nicht als eine psychische Erkrankung im engeren Sinne eingestuft; die Betroffenen werden verurteilt und gelangen in das Strafgefängnis. Zu beachten ist hierbei die Tatsache, dass die Haftpsychose im zeitlichen Verlauf nicht nur zu Beginn der Haftzeit zu finden ist, sondern auch in deren Verlauf. Da eine forensisch-psychiatrische Begutachtung in der Regel während der Zeit als Untersuchungshäftling stattfindet, werden psychische Störungen mit Beginn in der Straftat dadurch nicht erfasst.

Die Tatsache, dass 5 Fälle mit der Diagnose „Haftpsychose“ in das KMV verlegt worden sind, lässt sich am ehesten dadurch erklären, dass bei diesen Fällen eine Doppeldiagnose

„Haftpsychose“/ Polytoxikomanie vorlag und die Betroffenen nach §64 StGB in das KMV untergebracht worden waren oder durch die Gutachter eine andere Einschätzung erfolgte.

VI.2. Der Diagnose „Haftpsychose“ als eigenständige Entität widersprechende „Nullhypothesen“

Die hier zu diskutierenden „Nullhypothesen“ sollen belegen, dass es zwischen den beiden Untersuchungsgruppen Schizophrenie und „Haftpsychose“ keine signifikanten Unterschiede gibt. In der Annahme, dass eine eigenständige Entität einer „Haftpsychose“ nicht existiert, sollen die vorliegenden Untersuchungsergebnisse mit den Angaben aus älteren Quellen kritisch diskutiert werden.

Von den 33 untersuchten „Nullhypothesen“ deuten 14 darauf hin, dass kein signifikanter Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen besteht (siehe Tabelle 37). Als Resultat dieses Ergebnisses der untersuchten Merkmale kann die Vermutung stehen, dass es sich bei den Fällen in der „Haftpsychose“ - Gruppe um fehldiagnostizierte Schizophreniepatienten handeln könnte. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die Gruppenmächtigkeit aufgrund hoher Missingrate bei den untersuchten Items teilweise sehr unterschiedlich ist und damit die Aussagekraft auch dementsprechend niedriger ist.

In der vorliegenden Untersuchung wird deutlich, dass ein signifikanter Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen, bezogen auf einige der wichtigen, heutigen Schizophreniekriterien, nicht besteht. Bei der Auswertung des Merkmals „Auftreten von Halluzinationen“ zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen „Haftpsychose“ und „Schizophrenie“. In der Untersuchungsgruppe „Haftpsychose“ trat das Merkmal bei 56 von 88 Patienten (63,6%) auf. In der Vergleichsgruppe „Schizophrenie“ lag in 62 von 91 Fällen (68,1%) das Merkmal „Auftreten von Halluzinationen“ vor.

Im Item „Halluzinationen“ werden optische und akustische Halluzinationen, Körperhalluzinationen und Geruchs- und Geschmackshalluzinationen zusammengefasst.

In der Schizophreniegruppe tritt das Merkmal „Halluzinationen“ nicht signifikant häufiger auf. Sinnestäuschungen sind für Schizophrenien zwar nicht pathognomisch, sie sind jedoch eines

der Kriterien der ICD 10. Da die untersuchten Merkmale nicht zwischen anhaltenden und kurzzeitigen Sinnestäuschungen differenzieren, ist auch die Möglichkeit gegeben, dass bei der Untersuchungsgruppe „Haftpsychose“, gerade unter dem Aspekt eines Wahnsyndroms, nur kurzzeitige Halluzinationen aufgetreten sind. Kurzzeitige Halluzinationen, wie „Stimmen hören“, werden in der Literatur als Merkmal der „Haftpsychose“ beschrieben. Kurzzeitige Halluzinationen treten nach der WHO– Klassifikation bei der „wahnhaften Störung“ auf, sind demnach auch mit dem Bestehen eines Wahngeschehens vereinbar.

Bei der Betrachtung weiterer Variablen, welche die Schizophrenie definieren, wurden die Aussagen in den „Nullhypothesen“ auch bestätigt. Bezogen auf das Merkmal „Auftreten von formalen Denkstörungen“ lag kein signifikanter Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen vor. Laut den vorliegenden Untersuchungsergebnissen erschien das Merkmal in der Gruppe „Haftpsychose“ bei 72 von 90 Betroffenen (80,0%). In der Kontrollgruppe „Schizophrenie“ trat das Merkmal bei 82 von 91 Patienten (90,1%) auf. Demnach wiesen fast alle Schizophreniepatienten in der Kontrollgruppe eine formale Denkstörung auf. Auch das Ergebnis dieser „Nullhypothese“ legt den Rückschluss nahe, dass es sich bei der „Haftpsychose“ und der „Schizophrenie“ um ein und dieselbe Störungsentität handeln könnte. Schwierigkeiten bei der Erhebung der vorliegenden Ergebnisse bereitete unter anderem die Abgrenzung zwischen normalpsychischen und psychopathologischen Bereichen. Diese Schwierigkeiten sind zum Beispiel im Sinne des Auftretens einer gelockerten Assoziationskette zu verstehen, die nicht den Grad der Zerfahrenheit erreicht. Bei der Bearbeitung des Merkmals zeigten sich wiederum Unterschiede in der Zeitspanne des Bestehens der psychopathologischen Phänomene. Die Zeitspanne der bestehenden Symptome bildet sich im vorliegenden Merkmal nicht ab. Dabei erschien der Bereich der Untersuchungsgruppe „Haftpsychose“ auch schlechter dokumentiert, wie schon weiter oben erwähnt. Des Weiteren bestand der Eindruck, dass auch hier in der Gruppe „Haftpsychose“ die psychopathologischen Phänomene nur sporadisch auftraten, nicht durchgehend im Zusammenhang.

Im Rahmen der Diskussion eines weiteren Untersuchungsmerkmals spielte auch das Zeitkriterium eine mögliche wichtige oder gar entscheidende Rolle: das Vorliegen des Merkmals „Auftreten von Antriebsstörungen“. Laut den vorliegenden Untersuchungsergebnissen bestand kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen. In der Untersuchungsgruppe „Haftpsychose“ lag bei 80 von 90 Betroffenen

(88,9%) das Merkmal vor. In der Kontrollgruppe „Schizophrenie“ trat das Merkmal „Antriebsstörungen“ bei 83 von 91 Patienten (91,2%) auf. Die Antriebsstörung an sich stellt einen Oberbegriff dar, der Antrieb kann bei schizophrenen Störungen vermindert sein, dem entspricht etwa die katatone Verlaufsform, aber auch die chronifizierte Form der paranoiden Schizophrenie mit Ausbildung einer Negativsymptomatik. Auch wird bei der „Haftpsychose“ von gelegentlich auftretenden Antriebsminderungen ausgegangen, zum Teil auch „Haftstupor“ genannt, in Anlehnung an den „Ganserschen Dämmerzustand“. Beim gesteigerten Antrieb geht man von Phasen der paranoiden Schizophrenie aus, die sich am ehesten mit der in der Literatur dargestellten, sehr demonstrativ verlaufenden Formen der „Haftpsychose“ vergleichen lässt.

Bei den Merkmalen „Auftreten von Halluzinationen“, „Vorliegen einer formalen Denkstörung“, „Auftreten von Affektstörungen“ (in der Haftpsychosegruppe 79 von 90 Patienten (87,8%), in der Schizophreniegruppe 81 von 91 Patienten (89,0%)) sowie „Vorhandensein einer Antriebsstörung“ werden keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen deutlich. Diese Items verfügen über eine hohe Aussagekraft, da die Gruppenmächtigkeit sehr hoch ist, sie liegt bei den genannten vier Items zwischen 88 und 91. In der Erörterung ist nunmehr die Frage zu diskutieren, ob sich anhand der Merkmale Auftreten von Halluzinationen, Antriebsstörungen, Affektstörungen und formalen Denkstörungen, die Aussage der Prämisse widerlegen lässt. In der Gesamtschau der vorliegenden Untersuchungsergebnisse, gerade im Hinblick auf die Schizophreniekriterien, sowie auch aufgrund der anderen zahlreichen widerlegten Hypothesen, lässt sich die Aussage der Prämisse widerlegen. Demnach besteht zwischen den Gruppen kein Unterschied, die Diagnose „Haftpsychose“ ist dementsprechend eine nicht erkannte Schizophrenie. Die Fehlinterpretation ist möglicherweise getragen von einer negativ- geprägten Gegenübertragung auf die dissozialen Persönlichkeitsanteile des Schizophrenen oder bei Vorliegen von Komorbidität.

Widersprüchlich erscheint dahingegen, dass in sehr vielen Fällen der Grad der Ausprägung der Symptomatik, gerade bezogen auf die Heftigkeit des Wahngeschehens und auf die erforderlichen Zeitkriterien, für die Diagnose einer Schizophrenie nach den WHO- Kriterien nicht genügen dürfte. Diese Merkmale, die Heftigkeit der Symptomatik und die Zeitdauer des Bestehens, müssten näher untersucht werden, wie es sich in mehreren Zusammenhängen während der Auswertung der Untersuchungsergebnisse gezeigt hat. Andererseits bilden sich im

Bereich des Wahngeschehens interessanterweise Verknüpfungen aus, die noch detaillierter in der weiteren Abhandlung dargestellt werden.

In der Diskussion ist grundsätzlich anzumerken, dass schon bei älteren Veröffentlichungen zum Thema „Haftpsychose“ das Auftreten von Schizophreniekriterien beschrieben wurde, die Differentialdiagnose deshalb schwer fallen kann, insbesondere bezogen auf katatone Verlaufsformen der Schizophrenie. Das Erscheinungsbild der Haftpsychose sei sehr variabel.

In der vorliegenden Untersuchung wurden übertriebene, theatralische mit stürmischer Sinnfälligkeit dargebotene Symptome in beiden Untersuchungsgruppen gefunden, unabhängig von der Nosologie. Auch Schizophrene können nicht immer die angegebenen „Stimmen“ näher erläutern, gerade bei ausgeprägten Wahnsystemen, in die der Interviewer mit einbezogen ist. Beispielsweise setzt auch ein Schizophrener seine Zelle unter Wasser, kann sich aber im Einzelfall in seiner Symptomatik auch schnell wieder zurücknehmen, wenn er mit seinem Verhalten wenig Eindruck macht. Hier ist es wichtig zu erörtern, dass im Spezialgebiet der Justizvollzugspsychiatrie neben einer erwiesenen Komorbidität Schizophrenie/Polytoxikomanie auch die Nebendiagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung klinisch stark ins Gewicht fällt (Utting 2002). Viele der in der Vergangenheit als „Haftpsychose“ beschriebenen Auffälligkeiten deuten nach heutigen Kriterien auf eine dissoziale Persönlichkeitsstörung hin, welches noch zu untersuchen wäre, weil mit der vorliegenden Untersuchung keine näheren Rückschlüsse zulässig sind, da Kriterien für eine dissoziale Störung nicht gesondert untersucht worden sind.

Keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen bestehen hinsichtlich des Untersuchungsmerkmals „Behandlungsdauer in der Justizvollzugspsychiatrie in Monaten“. In der Untersuchungsgruppe „Haftpsychose“ lag die Behandlungsdauer im Durchschnitt bei 3 Monaten und 27 Tagen (3,96 Monate). Die längste Behandlungsdauer betrug hier 36 Monate, die Kürzeste lag bei 1 Tag (0,04 Monate). In der Vergleichsgruppe „Schizophrenie“ zeigte sich eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 5 Monaten und 19 Tagen (5,69 Monaten), bei einer minimalen Dauer von 7 Tagen (0,25 Monate), der Maximalwert betrug 84 Monate. Hier wäre ein Unterschied dahingehend zu erwarten gewesen,

dass die Haftpsychose- Gruppe eine signifikant niedrigere Behandlungsdauer aufweist, dementsprechend ein Hinweis auf das Fehlen einer eigenständigen Entität.

Das Item „Wiederaufnahme in den Vollzug nach Haftentlassung“ soll belegen, dass der an einer Haftpsychose Leidende signifikant häufiger in den Vollzug wiederaufgenommen wird, in Anlehnung an die Beschreibung des „typischen grossstädtischen Gewohnheitsverbrechers“ (Wilmanns 1924). Hier zeigen sich, bei nur geringer Gruppenstärke (N=16 für Haftpsychose), (N=37 für Schizophrenie) keine signifikanten Unterschiede. Laut den vorliegenden Untersuchungsergebnissen sind nach erfolgter Haftentlassung in der Untersuchungsgruppe „Haftpsychose“ 12 von 16 Patienten (75,0%) wieder in den Vollzug aufgenommen worden. In der Kontrollgruppe „Schizophrenie“ lag das Merkmal bei 32 von 37 Betroffenen (86,5%) vor. Die hohe Missingrate lässt eine weitergehende Interpretation der erhobenen Daten eher nicht zu. Es ergibt sich jedoch der Hinweis, dass die Hypothese bestätigt ist. Demnach tritt das Merkmal „Wiederaufnahme in den Vollzug“ in der Kontrollgruppe „Schizophrenie“ häufiger auf als in der Untersuchungsgruppe „Haftpsychose“. Das Ergebnis spricht gegen die konstruktionale Entität einer „Haftpsychose“, die, wie weiter oben geschildert, vom Bild des „Gewohnheitsverbrechers“ ausgeht.

In diesem Zusammenhang wird an mehreren Stellen in der Literatur auf das besonders jugendliche Alter derjenigen Betroffenen verwiesen, die an einer „Haftpsychose“ erkranken. Laut den vorliegenden Untersuchungsergebnissen bestand zwischen den Untersuchungsgruppen „Haftpsychose“ und „Schizophrenie“ im Merkmal „Alter der Person zum Zeitpunkt der Erstaufnahme in die Abteilung“ kein signifikanter Unterschied. In der Untersuchungsgruppe „Haftpsychose“ betrug das Durchschnittsalter 31,0 Jahre. Der jüngste Inhaftierte war hier 18 Jahre alt, der Älteste 61 Jahre. In der Kontrollgruppe „Schizophrenie“ lag das Durchschnittsalter diskret niedriger, bei 30,8 Jahren. Das minimale Alter war, genau wie in der Gruppe „Haftpsychose“ bei 18 Jahren, das maximale Alter betrug in der Vergleichsgruppe „Schizophrenie“ 65 Jahre. Anhand dieser Ergebnisse lässt sich die Aussage in der Literatur bezüglich des „besonders auffallend jugendlichen Alters“ der an einer „Haftpsychose“ erkrankten Delinquenten widerlegen. Laut den vorliegenden Untersuchungsergebnissen war der ermittelte Altersdurchschnitt in der Untersuchungsgruppe „Haftpsychose“ sogar etwas höher (0,2 Jahre).

Der in der Literatur benutzte Begriff des „Gewohnheitsverbrechers“ als Ausdruck gehäuft auftretenden delinquenten Verhaltens durch den Betroffenen sollte sich auch in der höheren Vorstrafenanzahl in der Untersuchungsgruppe „Haftpsychose“ abbilden lassen. In der vorliegenden Studie zeigte sich, dass der Anteil der nicht vorbestraften Patienten mit der Diagnose „Haftpsychose“ mit 20 von 59 Fällen (33,9%) grösser ist als in der Kontrollgruppe.

In der Kontrollgruppe „Schizophrenie“ waren demnach in 15 von 57 Fällen (26,3%) die Patienten ohne Vorstrafeneintrag. Dahingegen lag in der Untersuchungsgruppe „Haftpsychose“ der Durchschnitt der Vorstrafenanzahl mit 2,2 Vorstrafen höher als in der Vergleichsgruppe mit 1,6 Vorstrafen. Dieses Ergebnis würde wieder für die Hypothese des „Gewohnheitsverbrechers“ sprechen. Eine weitere Differenzierung in der Betrachtung des Untersuchungsmerkmals ist notwendig. So lag genau eine Vorstrafe in der Gruppe „Haftpsychose“ bei 9 von 59 Patienten (15,3%) vor, in der Vergleichsgruppe „Schizophrenie“ aber in 20 von 57 Fällen (35,1%), möglicherweise als Ausdruck der geringeren Delinquenzbereitschaft in der Vergleichsgruppe. Auch bei der Untersuchung des Merkmals hinsichtlich des Vorliegens von genau 3 Vorstrafen, zeichnete sich ab, dass in der Untersuchungsgruppe „Haftpsychose“ 12 von 59 Patienten (20,3%) dieses Merkmal trugen, wenn man beim Vorliegen von 3 Vorstrafen von erhöhter Delinquenz ausgeht. In der Schizophreniegruppe traten bei 10 von 57 Patienten (17,5%) 3 Vorstrafen auf.

Ein weiterer interessanter soziodemographischer Aspekt, der die initialen Überlegungen zum Thema „Haftpsychose“ nicht unterstützt, ist das Untersuchungsmerkmal „Muttersprache deutsch“. In der Annahme, dass eine zusätzliche Isolation aufgrund fehlender kultureller und sprachlicher Anbindung an die Gemeinschaft der Inhaftierten die Exazerbation einer „Haftpsychose“ begünstigen könnte, wurde von einer erhöhten „Haftpsychotikerrate“ unter ausländischen Inhaftierten ausgegangen. Laut den vorliegenden Untersuchungsergebnissen trat in der Untersuchungsgruppe „Haftpsychose“ das diskutierte Merkmal in 49 von 91 Fällen (53,9%) auf. Der ermittelte Wert für die Gruppe der ausländischen Häftlinge mit der Diagnose „Haftpsychose“ betrug 42 von 91 Fälle (46,2%).

In der Vergleichsgruppe „Schizophrenie“ lag das Merkmal „Muttersprache deutsch“ bei 58 von 91 Patienten (63,7%) vor. In 33 von 91 Fällen (36,3%) trat das Merkmal nicht auf.

Der χ^2 -Anpassungstest und der Binomialtest bestätigen, dass zwischen den Ergebnissen kein signifikanter Unterschied besteht. Somit ist die Aussage der „Nullhypothese“ bestätigt, dass die Diagnose „Haftpsychose“ bei ausländischen Inhaftierten nicht häufiger auftritt.

Als wichtige Differentialdiagnose ist bei beiden Untersuchungsgruppen der Einfluss durch illegale Drogen zu werten. Dazu wurden die 91 dokumentierten Fälle mit der Diagnose „Haftpsychose“ und die Vergleichsgruppe auf Angaben bezüglich des Konsums von THC, Opiate und Kokain hin untersucht. Entsprechend den vorliegenden Ergebnissen war in der Untersuchungsgruppe „Haftpsychose“ bei 42 von 83 Betroffenen (50,6%) ein Drogenkonsum festzustellen. Bei 41 von 83 Patienten (49,4%) bestand kein Kontakt zu Drogen. In 8 Fällen konnten zum Untersuchungsmerkmal keine Ergebnisse ermittelt werden.

In der Vergleichsgruppe „Schizophrenie“ lag der Missingwert mit 3 Fällen deutlich niedriger. Kontakt zu illegalen Drogen bestand hier bei 67 von 88 Inhaftierten (76,1%), bei 21 Betroffenen lag ein Drogenkonsum nicht vor. Laut den durchgeführten Korrelationsuntersuchungen besteht zwischen den prozentualen Unterschieden eine statistische Signifikanz, demnach trifft die Aussage der „Nullhypothese“, dass der Drogenkonsum auf die Diagnosen keinen Einfluss hat, nicht zu. Damit wird anhand der vorliegenden Ergebnisse die Vermutung einer gehäuften Komorbidität im Rahmen einer Polytoxikomanie und Schizophrenie belegt. In der Literatur lassen sich Angaben über einen Drogeneinfluss auf Inhaftierte mit der Diagnose „Haftpsychose“ nicht finden. Ursächlich hierfür mag die Tatsache sein, dass vor 100 Jahren die psychischen Auswirkungen des Drogenkonsums generell noch nicht intensiver wissenschaftlich untersucht worden waren, aber auch, dass der Drogenkonsum noch nicht so weit verbreitet war wie in der heutigen Zeit.

Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse ermöglichen, neben den bisher diskutierten soziodemographischen Merkmalen, auch Aussagen zum vollzuglichen Status des Patienten. In der Annahme, dass gerade die erste Zeit der Inhaftierung, wie in der Literatur beschrieben, zur Exazerbation der „Haftpsychose“ führt, wurde davon ausgegangen, dass das Merkmal „Untersuchungshäftling“ in der Untersuchungsgruppe „Haftpsychose“ signifikant häufiger auftritt. Laut den Auswertungen der vorliegenden Studie betrug die Anzahl der Untersuchungsgefangenen in der Gruppe „Haftpsychose“ 29 von 87 Fälle (33,3%), ein unerwartet niedriger Wert. In 4 Fällen handelte es sich um Abschiebehäftlinge, die in der statistischen Auswertung nicht berücksichtigt wurden. Strafgefangene, also verurteilte Delinquente, waren demzufolge 58 von 87 Patienten (66,7%). In der Vergleichsgruppe „Schizophrenie“ trat das Untersuchungsmerkmal „U - Gefangener“ in 55 von 91 Fällen (60,4%) auf, deutlich häufiger als in der „Haftpsychose“- Gruppe. Den Status eines Strafgefangenen besaßen lediglich 36 von 91 Patienten (39,6%). Der prozentuale Unterschied

zwischen den beiden Untersuchungsgruppen bezogen auf das diskutierte Merkmal ist, laut den Korrelationsberechnungen, als signifikant anzusehen, die zugrunde liegende „Nullhypothese“ ist demnach nicht bestätigt. Das Untersuchungsergebnis spiegelt die Angaben in der Literatur dahingehend wieder, als dass dort unter anderem auch von einer Entstehung der „Haftpsychose“ im Verlauf der Haftzeit als zweiter „Häufigkeitsgipfel“ berichtet wird, wie in der historischen Abhandlung dargestellt. Die Vorstellung, dass eine „Haftpsychose“ in erster Linie als eine Reaktion auf die Inhaftierung zu verstehen sei, scheint jedoch mit dem Ergebnis dieses Merkmals nicht zu korrespondieren. Interessanterweise lag die Schizophrenierate bei diesem Untersuchungsmerkmal weitaus höher, Rückschlüsse auf beschriebene, hohe Erstmanifestationsraten der Schizophrenie in der Haft erscheinen möglich.

Ein weiteres, die Entität der „Haftpsychose“ widerlegendes Merkmal, stellte die Frage nach der Länge der Haftstrafe dar (siehe Tabelle 43). Unter der Vorstellung, dass bei Strafgefangenen mit einer höheren Strafdauer eher die Tendenz zur Ausbildung einer „Haftpsychose“ besteht, wurden Untersuchungsgefangene und Abschiebehäftlinge, die dem Gesetz nach nicht verurteilt sind, von diesem Untersuchungsabschnitt ausgenommen. Damit erniedrigte sich die Gruppenmächtigkeit erheblich, da von der ursprünglichen Anzahl von 91 Fällen, neben den schon erwähnten U - Gefangenen und Abschiebehäftlingen, auch noch eine Anzahl an Fällen zu berücksichtigen ist, bei denen eine Angabe zum Merkmal nicht eruiert werden konnte.

In der Untersuchungsgruppe „Haftpsychose“ lagen Angaben zur Straflänge bei 48 Strafgefangenen vor. In der Vergleichsgruppe „Schizophrenie“ waren es 32 Patienten, bei denen ein entsprechender Wert ermittelt werden konnte. Hier zeigt sich wiederum das schon diskutierte Ergebnis bezüglich des unterschiedlichen Auftretens des Merkmals „Untersuchungsgefangener“ in den beiden Gruppen. Laut den vorliegenden Untersuchungsergebnissen betrug die durchschnittliche Straflänge in der Untersuchungsgruppe „Haftpsychose“ 39 Monate und 20 Tage (39,7 Monate). In der Vergleichsgruppe „Schizophrenie“ lag sie bei 47 Monaten und 7 Tagen (47,3 Monate). Für beide Untersuchungsgruppen trafen der minimale Wert von einem Monat Straflänge und der maximale Wert von 180 Monaten (= lebenslänglich) zu. Um die vorliegenden Ergebnisse noch differenzierter betrachten zu können, wurden die Straflängen in drei Klassen unterteilt.

In die Straflängenkategorie der „Kurzstraffer“ (1 bis 23 Monate) konnten aus der Untersuchungsgruppe „Haftpsychose“ nur 20 von 48 Patienten (41,7%) eingruppiert werden. In

der Kontrollgruppe „Schizophrenie“ waren es hingegen 18 von 32 Betroffenen (56,3%). Als „Langstrafer“ wurden Patienten mit einer Straflänge von 24 bis 119 Monaten bezeichnet. In der Vergleichsgruppe „Schizophrenie“ lagen 8 von 32 Fällen (25,0%) in der Straflängenkategorie „Langstrafer“, in der Gruppe „Haftpsychose“ hingegen 25 von 48 Fällen (52,1%). In die Straflängenkategorie „über 10 Jahre Haftdauer“ konnten in der Untersuchungsgruppe „Haftpsychose“ 3 von 48 Betroffenen (6,3%) eingruppiert werden, in der Vergleichsgruppe „Schizophrenie“ 6 von 32 Fällen (18,8%). Die prozentualen Unterschiede in dieser Klasse erwiesen sich in der statistischen Auswertung als nicht signifikant. Dieses Ergebnis widerspricht der in der Literatur postulierten grösseren Hafterfahrung bei „Haftpsychotikern“, die die Institution als solche wahnhaft umdeuten, quasi als unbewusster Wunsch als krank zu gelten. In der dialektischen Erörterung ist die Tatsache nicht ausser Acht zu lassen, dass 18,8% der Patienten aus der Vergleichsgruppe „Schizophrenie“ eine mehr als 10 jährige Haftdauer zu verbüßen hatten, ungleich mehr als in der Gruppe „Haftpsychose“ mit 8,3%. In der Strafkategorie der „Kurzstrafer“ war naheliegend, dass sich hier der Grossteil an schizophrenen Ersatzfreiheitsstrafen abgebildet hat, nach aktuellen Untersuchungen beträgt die Rate an psychotisch erkrankten Ersatzfreiheitsstrafen 10% (Dubielczyk 2002).

VI.3. Überlegungen zum „haftspezifischen Wahnsyndrom“

Ausser den bisher diskutierten Ergebnissen, die sich einzeln an den zuvor aufgestellten Items orientierten, ist es auch sehr interessant, die Items untereinander vergleichend zu betrachten.

Diese Betrachtung soll vor dem Hintergrund der fakultativen Existenz eines „haftspezifischen Wahnsyndroms“ stattfinden, resultierend aus den vorliegenden Untersuchungsergebnissen. Hier sollen gerade die Kriterien miteinander verglichen werden, die den Bereich des Wahngeschehens beinhalten und die für das Vorliegen einer „Haftpsychose“ im Sinne eines Wahnsyndroms sprechen, welches nur in Haft auftritt und weitgehend die Abläufe und Themen der Inhaftierung zum Inhalt hat.

Wenngleich die Wertigkeit der aus der Literatur ermittelten Ergebniskriterien für das Vorliegen einer Psychose nach den heutigen Massstäben nicht ausreicht (mangelnde Heftigkeit der Wahnsymptomatik, unzureichende Dauer der Symptomatik), ist es jedoch möglich, dass es sich bei der Diagnose „Haftpsychose“ im untersuchten Krankengut um eine eigenständige Entität

im Rahmen eines Wahngeschehens und nicht um eine Psychose mit schizophrener Genese handelt, insbesondere da das Zeitkriterium nicht eingehalten wird. Dieses Wahngeschehen mag weitgehend Symptome einer haftspezifischen wahnhaften Störung beinhalten, die in der Literatur als „Haftpsychose“ bezeichnet wird, stammend aus einer Zeit, in der der Psychosebegriff unschärfer definiert war.

In den Erörterungen werden wiederum einige Aussagen zur „Haftpsychose“ von Nervenärzten des beginnenden 20. Jahrhunderts herangezogen, diese Aussagen wurden oben schon ausführlich diskutiert.

Dabei kommen die Merkmale bezogen auf den „Wahn“, den „monothematischen Wahn“, den „institutionsbezogenen Wahn“ und dem „Fehlen einer Wahnprojektion auf Mitinhaftierte“ zur Anwendung (Nitsche und Wilmanns 1911).

Bei der Fragestellung nach einer Korrelation zwischen dem Auftreten des Merkmals „Vorliegen eines Wahns“ und des Merkmals „Vorliegen eines monothematischen Wahns“ zeigen sich laut den vorliegenden Untersuchungsergebnissen in der Untersuchungsgruppe „Haftpsychose“ eine schwache und gleichgerichtete Korrelation nach Pearson mit $r = 0,25$. Ein statistischer Zusammenhang zwischen den beiden Items untermauert die empirischen Äusserungen einiger Autoren in der Literatur, die den „monothematischen Wahn“ als ein besonderes Charakteristikum einer „Haftpsychose“ ansahen, anhand dessen sich auch eine Unterscheidung zur „Dementia praecox“, der heutigen Schizophrenie, ermöglichen liess. Ein konkretes Beispiel für einen monothematischen Wahn, wäre die irrealen Überzeugung des Gefangenen, an einem bestimmten Tag entlassen zu werden, bei sonstiger psychiatrischer Unauffälligkeit.

Die empirischen Äusserungen in der älteren Literatur werden auch durch die Ergebnisse der Vergleichsgruppe bekräftigt. In der Untersuchungsgruppe „Schizophrenie“ besteht zu 93,7% kein statistischer Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Merkmale „Vorliegen eines Wahns“ und „Vorliegen eines monothematischen Wahns“. Dieses Ergebnis ist in Anlehnung an die WHO-Klassifikation zu erwarten, da hier die Schizophrenie in der Regel ein ausgeprägteres, durchsystematisiertes Wahnsystem aufweist, in dem mehrere Aspekte ineinander verwoben sind.

Auf einen möglichen statistischen Zusammenhang hin untersucht wurden auch die Merkmale „Vorliegen eines Wahns“ und „Vorliegen eines institutionsbezogenen Wahns“. In der Untersuchungsgruppe „Haftpsychose“ korreliert das Merkmal „institutionsbezogener Wahn“ mit dem Item „Wahn“ gleichgerichtet miteinander bei einem Pearson-Korrelationskoeffizienten von $r = 0,37$. Hierbei wird eine mittelstarke Ausprägung abgebildet. Das Ergebnis des Vergleiches entspricht den Vorstellungen der Autoren in den älteren Literaturangaben, die in der „Haftpsychose“ eine wahnhafte Widerspiegelung des Haftablaufes oder des Verfahrensstandes beschrieben. Ein Beispiel hierfür wäre die wahnhafte Ausdeutung der Äusserungen des Sozialarbeiters bezüglich der Fortschreibung des Vollzugsplanes durch den Betroffenen.

In der Vergleichsgruppe „Schizophrenie“ besteht zu 20,87% kein statistischer Zusammenhang zwischen den beiden Items. In diesem Ergebnis wird unter anderem die Tendenz des Schizophrenen erkennbar, durchaus den Vollzug betreffende, alltägliche Abläufe mit in das Wahngeschehen einzuarbeiten, in der vergleichenden Betrachtung jedoch auffallend seltener.

Neben den bisher erwähnten Zusammenhängen kann auch eine weitere statistische Korrelation beschrieben werden, die den Vorstellungen einiger älterer Autoren zur „Haftpsychose“ entsprechen. Beim Vergleich der Häufigkeit des Auftretens der Merkmale „Vorliegen eines Wahns“ und „Fehlen einer Wahnprojektion auf Mitgefangene“ wird deutlich, dass in der Untersuchungsgruppe „Haftpsychose“ die beiden Merkmale zu 69,5% nicht miteinander korrelieren. Hier muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass in der Auswertung des Untersuchungsmaterials auch Fälle mit dem Merkmal „Fehlen einer Wahnprojektion auf Mitinhaftierte“ versehen wurden, die ein Wahngeschehen, gleich welcher Art, nicht aufwiesen. Demnach war die Aussagekraft des Vergleiches der beiden Merkmale deutlich eingeschränkt.

In der Gesamtschau liess sich in der Untersuchungsgruppe „Haftpsychose“ in 5 Fällen in den Untersuchungsmerkmalen „Wahn“, „Institutionsbezogener Wahn“, „Monothematischer Wahn“ und „Fehlen einer Wahnprojektion auf Mitgefangene“ ein positives Ergebnis herausarbeiten (siehe Tabelle 40 und Tabelle 41). In der Vergleichsgruppe „Schizophrenie“ traten die das Wahnerleben beschreibenden Merkmale bei einer Person auf. Interessanterweise wiesen die Gefangenen eine eher lange Haftstrafe auf. Ein Patient befand sich in Abschiebehaft, hatte also keine Haftstrafe zu verbüssen. Zwei inhaftierte Patienten befanden sich aufgrund eines Sexualdelikts in Strafhaft von drei und sechs Jahren Dauer. Bei einem Inhaftierten lag ein

Verstoss gegen das Betäubungsmittelgesetz vor (1 Jahr Straflänge), in einem Fall ein Raubdelikt mit 3 Jahren und 9 Monaten Strafdauer. Das niedrige Alter lag zwischen 22 und 34 Jahren. In 2 Fällen waren die Inhaftierten schon dreimal wegen anderer Delikte vorbestraft, in 2 Fällen war die Vorstrafenanzahl nicht bekannt. Ein Gefangener wies eine Vorstrafe auf.

Der in der Vergleichsgruppe „Schizophrenie“ herausgearbeitete Patient war Ersatzfreiheitsstraffer; er hatte zudem keine Vorstrafen.

Da die Gruppenmächtigkeiten zu gering sind (n=5 und n=1) lassen sich hier natürlich keine statistischen Aussagen treffen.

In der Untersuchungsgruppe „Haftpsychose“ lag in vier Fällen eine formale Denkstörung vor (siehe Tabelle 40), dieses Ergebnis widerspricht der Annahme eines „haftspezifischen Wahnsyndroms“ im Rahmen einer wahnhaften Störung, da formale Denkstörungen hier untypisch wären.

Diverse interessante Fragestellungen ergeben sich zum Abschluss der Diskussion aus dem bisher Gesagtem:

- Können auch Schizophrene an einem „Haftspezifischem Wahnsyndrom“ erkranken?
- Wie sieht das Krankheitsbild aus?
- Was macht man mit den Gefangenen, die am „Haftspezifischen Wahnsyndrom“ leiden?
- Welche therapeutischen Möglichkeiten der Intervention gibt es?
- Sind Medikamente sinnvoll oder nicht?
- In welchen Fällen ist eine Begnadigung sinnvoll?
- Tritt ein „haftspezifisches Wahnsyndrom“ auch im KMV auf?
- Ist es sinnvoll diese Patienten dorthin zu verlegen?
- Ist die Suizidalität erhöht?