

Aus dem Institut für Forensische Psychiatrie (CBF)  
der Medizinischen Fakultät der Charité -Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Die Auswirkungen langer Haftstrafen auf die psychische Gesundheit**

**- Eine Längsschnittstudie -**

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

Vorgelegt der Medizinischen Fakultät der Charité –  
Universitätsmedizin Berlin

von

Elisabeth Katharina Dettbarn

aus Nancy/Frankreich

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

Datum der Promotion: 08. 04. 2011

*„Die Tür ging hinter mir zu. [...] So begegnen wie hier in der Zelle 432: nackt, hilflos, konzentriert auf nichts als auf sich selbst, ohne Attribut und Ablenkung und ohne die Möglichkeit einer Tat. Und das ist das Entwürdigendste: Ganz ohne die Möglichkeit zu einer Tat zu sein. Keine Flasche zum Trinken oder zum Zerschmettern zu haben, kein Handtuch zum Aufhängen, kein Messer zum Ausbrechen [...] -nichts zu haben als sich selbst. [...]*

*Die Zellentür war so zu wie eine Nuß. [...] So zu war die Tür. Und ich stürzte, mit mir allein gelassen, ins Bodenlose. [...]*

*[...] ich verlor in der langen Zeit den Zusammenhang mit allem, mit dem Leben, mit der tätigen Welt. Die Tage tropften schnell und regelmäßig von mir ab. Ich fühlte, wie ich langsam leer lief von der wirklichen Welt und voll wurde von mir selbst. [...]*

*Die Wände waren so kalt und tot, daß ich krank wurde vor Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit. Man schreit wohl einige Tage seine Not raus -aber wenn nichts antwortet, ermüdet man bald. Man schlägt wohl ein paar Stunden an Wand und Tür - aber wenn sie nicht auf tun, sind die Fäuste bald wund [...].*

*[...] alles [...] was ihn belastete: die Gefangenschaft, das Alleinsein, den Hunger nach Liebe, die Hilflosigkeit seiner zweiundzwanzig Jahre, die Gegenwart und die Zukunft [...].“(1)*

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>5</b>
<b>1. EINLEITUNG .....</b>	<b>6</b>
1.1 Verschiedene wissenschaftliche Konzepte zu Folgen der Langzeithaft ....	7
1.2 Vorstellung von empirischen Studien zu Folgen langer Haftstrafen .....	8
1.3 Theorien zur sogenannten „Gefängniskultur“ .....	9
1.4 Rechtliche Hintergründe .....	10
1.5 Historische Betrachtungen.....	12
1.6 Herleitung der Fragestellung.....	13
<b>2. METHODEN.....</b>	<b>14</b>
2.1 Ein- und Ausschlusskriterien .....	14
2.2 Vorstellung der Vergleichsparameter und Gruppenbildung.....	15
2.3 Psychologische Testverfahren.....	17
2.3.1 Der Hamburg-Wechsler Intelligenztest für Erwachsene (HAWIE).....	18
2.3.2 Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI).....	20
2.3.3 Der 16-Persönlichkeitsfaktorentest (16-PF) .....	22
2.3.4 Statistische Auswertung der psychologischen Testverfahren .....	24
<b>3. ERGEBNISSE.....</b>	<b>25</b>
3.1 Allgemeine Beschreibung der Stichprobe .....	25
3.2 Spezielle Beschreibung der Stichprobe .....	25
3.2.1 Verteilung der Delikte auf die Stichprobe .....	25
3.2.2 Verteilung der unterschiedlichen Gutachtenfragestellungen auf die Stichprobe .....	26
3.3 Gegebenheiten und Veränderungen während der Haft.....	27
3.3.1 Berufliche, soziale und gesundheitliche Veränderungen während der Haft .....	27
3.3.2 Anpassungs- und Belastungsstörungen in direktem Haftzusammenhang sowie Suizidversuche während der Haft.....	27
3.3.3 Entwicklung der testpsychologischen Ergebnisse des FPI .....	29
3.3.4 Entwicklung der testpsychologischen Ergebnisse des 16-PF .....	33

3.3.5 Entwicklung der IQ-Test-Ergebnisse.....	37
3.3.6 Zusammenfassende Betrachtung der Testergebnisse .....	38
3.4 Psychisch gestörte Inhaftierte und ihre Diagnoseentwicklung während der Haft .....	39
3.4.1 Zusammenfassende Betrachtungen der Entwicklung psychischer Störungen während der Haft .....	53
<b>4. DISKUSSION DER ERGEBNISSE.....</b>	<b>57</b>
4.1 Auftreten von manifesten psychischen Erkrankungen.....	57
4.2 Diskussion der Anpassungs- und Belastungsstörungen.....	58
4.3 Diskussion affektiver und somatoformer Störungen und emotionaler Labilität.....	59
4.4 Auswirkungen auf den Intellekt.....	63
4.5 Auswirkungen auf die sozialen Kontakte der Gefangenen.....	65
4.6 Auswirkungen auf die Aggressivität, Disziplin und Lebenstauglichkeit ..	67
4.7 Entwicklung von Drogenmissbrauch während der Langzeithaft .....	69
4.8 Auswirkungen von langen Haftstrafen auf die körperliche Gesundheit...	70
4.9 Störfaktoren der Untersuchung .....	71
<b>5. ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>74</b>
<b>6. LITERATUR:.....</b>	<b>76</b>
<b>ANHANG .....</b>	<b>80</b>
<b>I. ERKLÄRUNG AN EIDES STATT .....</b>	<b>80</b>
<b>II. DANKSAGUNG .....</b>	<b>81</b>
<b>III. LEBENS LAUF .....</b>	<b>82</b>

## **Abkürzungsverzeichnis**

**BVerfG: Bundesverfassungsgericht**

**EGMR: Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte**

**EKMR: Europäische Konvention für Menschenrechte**

**FPI: Freiburger Persönlichkeitsinventar**

**HAWIE: Hamburg Wechsler Intelligenztest für Erwachsene**

**ICD- 9: International Classification of Diseases 9**

**ICD- 10: International Classification of Diseases 10**

**SPSS: Statistical Package for Social Sciences**

**StGB: Strafgesetzbuch**

## 1. Einleitung

Sind lange Haftstrafen schädlich für die psychische und körperliche Gesundheit der Häftlinge? Dies ist die zentrale Fragestellung, die diese Arbeit zu erörtern sucht.

Innerhalb der Gefangenschaft sind die Häftlinge ganz spezifischen Stressoren unterworfen, die sich zusammenfassend in den sogenannten „Pains of Imprisonment“ wiederfinden. Sie wurden von Sykes (2) postuliert. Hiernach leiden die Gefangenen am Verlust der Freiheit, der damit verbundenen Trennung von Familien und Freunden, also dem Verlust von emotionalen Bindungen und Einsamkeit sowie dem Verlust des Status des mündigen Bürgers. Als weiterer „pain“ wird der Entzug von materiellen Gütern und Dienstleistungen genannt. Außerdem erleben die Gefangenen den Verlust von normalen, sexuellen Kontakten. Des Weiteren verlieren sie ihre Autonomie. Und letztlich sehen sie sich mit einem erhöhten Sicherheitsrisiko konfrontiert. Denn sie müssen mit Mitgefangenen zusammenleben, deren Verhalten unvorhersehbar erscheint. Die Hypothese, dass die Betroffenen unter solchen Bedingungen unterschiedlichste Schäden entwickeln, liegt sehr nahe.

Die beiden Hauptstränge in der Diskussion um die Haftfolgen sind erstens die schädigenden Auswirkungen auf die Psyche und zweitens die körperliche Verfassung der Gefangenen und die Entwicklung einer autonomen Gefangenengesellschaft. Beides wird im Hinblick auf eine verbesserte Resozialisierung und Prävention sowie auf die Vereinbarkeit mit der Verfassung beleuchtet. Der Grundtenor der Diskussion in der Zivilgesellschaft hat sich im letzten Jahrzehnt allerdings verändert, so dass der Sicherheitsgedanke und Straferhöhung wieder wichtiger erscheinen als der in den 60er und 70er Jahren vorherrschende Resozialisierungsgedanke (3).

## 1.1 Verschiedene wissenschaftliche Konzepte zu Folgen der Langzeithaft

Gefangenschaft gehe mit vermehrten Depressionen, Apathie, emotionaler Labilität, stärkeren psychosomatischen Beschwerden, psychopathologischen Reaktionen (akute Anpassungs- und Belastungsstörungen), Persönlichkeitsstörungen, seelischer und geistiger Abstumpfung bis hin zur verfrühten Senilität oder Degeneration einher (4). Daneben führe Langzeithaft zu Unselbständigkeit, Lebensuntauglichkeit, Introversion, verstärkt aggressivem Verhalten bei gleichzeitig geringer Frustrationstoleranz (5). Außerdem versetze die hohe Zahl von Substanzabhängigen die Gefangenen in eine schwierige Ausgangslage, um eventuell vorhandene eigene Suchterkrankungen zu bekämpfen oder drogenfrei zu bleiben (6).

Diese Symptome werden zum Teil in den Konzepten von Institutionalisierung, „Deterioration“ und dem Ganser-Syndrom aufgegriffen.

Institutionalisierung kann bei Menschen auftreten, die sich in einer künstlichen Umgebung, einer abgeschlossenen Institution wie z.B. in einem psychiatrischen Krankenhaus oder eben einem Gefängnis, befinden. Die Betroffenen entwickeln eine totale Abhängigkeit gegenüber der Institution, ihren Abläufen, ihren Einrichtungen und ihrem Personal (7). Sie gehen mit ihrer Person vollkommen in der Institution auf. Die Betroffenen funktionieren deshalb innerhalb dieser Institutionen gut. Sie zeigen weder psychische noch physische Defizite. Dies führt dazu, dass die Betroffenen keine Krankheitseinsicht haben (7).

Personen hingegen, die unter „Deterioration“ leiden, zeigen schon innerhalb der Institution Auffälligkeiten. Die Betroffenen sind so abgestumpft, lethargisch und humorlos, dass sie keine affektiven Reaktionen mehr auf Reize zeigen. Ihre Reaktion beschränkt sich lediglich auf das Körperliche. Aufgrund dieser Anzeichen besteht bei den Betroffenen auch ein gewisser Grad an Krankheitseinsicht (7).

Das von Ganser 1898 beschriebene Syndrom (Ganser-Syndrom), das in Zusammenhang mit Langzeithaftierung stehen soll, zeichnet sich durch einen Zustand „geistiger Umnachtung“ der Betroffenen aus. Sie reagieren nur mit kurzen, knappen Antworten auf Fragen und leiden öfter unter psychosomatischen Beschwerden, die auf einer Konversionsproblematik beruhen (8). Teilweise verliert der Betroffene für die Periode der Haft auch sein Erinnerungsvermögen (8). Dieses Syndrom ist allerdings seit seiner Beschreibung umstritten (9). Außerdem ist es



schwierig zu diagnostizieren, da die Symptomatik auch oft von Gefangenen vorgetäuscht wird (9).

## **1.2 Vorstellung von empirischen Studien zu Folgen langer Haftstrafen**

In den auf diesem Gebiet wichtigen empirischen Untersuchungen von Banister (10-12), Rasch (4), Zamble (13), Laubenthal (14), und Lapornik (15) ergaben sich hierzu folgende Ergebnisse: In Banisters Querschnittsuntersuchung (10-12) an 175 Gefangenen zeigte sich bezogen auf die einzelnen Untersuchungsgruppen kein Rückgang der intellektuellen Kapazitäten, aber eine Zunahme von Hostilität, Minderwertigkeitsgefühlen und Introversionsneigung. Eine erneute Untersuchung nach 19 Monaten Haft (16) zeigte eine Abnahme der Hostilität, eine Zunahme der verbalen Intelligenz und emotionalen Reife. Eine weitere Querschnittsuntersuchung an 52 Gefangenen konnte ebenfalls keine unmittelbaren Haftschäden nachweisen (4). So entwickelten die Gefangenen keine psychotischen Symptome, zeigten keine intellektuelle Beeinträchtigung und auch der Gesundheitszustand wurde als normal befunden, wobei 15% frühzeitig gealtert erschienen. Rasch (17) beschreibt allerdings im Gegensatz zu Bolton (16) eine generelle emotionale Unreife unter den Gefangenen. Seine Hypothese, dass mit der Gefangenschaft eine generelle Verschlechterung des Zustandes der Gefangenen eintrete, sieht er nicht bestätigt. Im Gegenteil, er diskutiert schlussendlich ein spezifisches Syndrom der Adaptation. Laubenthal (14), der ebenfalls eine Querschnittsuntersuchung durchgeführt hat, kommt zu der Feststellung, dass es keinen Zusammenhang zwischen der Haftzeit und der Introversionsneigung gibt. Nervosität und Depressivität verändern sich zum Positiven, aber liegen immer außerhalb der Normbereiche. Die reaktive Aggressivität nimmt nicht zu, wie teilweise angenommen, sondern ab. Inwieweit dies eine Tendenz der Abstumpfung darstellen könnte, sei dahingestellt. Zamble (13) findet in seiner Längsschnittuntersuchung mit einem Zeitintervall von durchschnittlich 7,1 Jahren Haft an 25 Gefangenen auch keine schädlichen Folgen der Haft. Seine Ergebnisse zeigen eine Abnahme an emotionaler Gestörtheit, sowie an medizinischen Problemen und disziplinarischen Maßnahmen. Des Weiteren sind Isolationstendenzen der Gefangenen anhand des stabilen Kontakts nach „draußen“

nicht zu bestätigen. Die Gefangenen strukturierten mit der Zeit ihren Tagesablauf außerdem mehr.

In seiner Längsschnittuntersuchung mit einem zeitlichen Intervall von 42 Monaten an 23 Probanden stellt Lapornik (15) eine Verschlechterung des Konzentrations- und des Gedächtnisvermögens, aber keinen Einfluss der Haftzeit auf Persönlichkeits- oder Intelligenzstruktur fest.

### **1.3 Theorien zur sogenannten „Gefängniskultur“**

Verschiedenen Theorien der sogenannten „Gefängniskultur“ versuchen den schädlichen Einfluss des Gefangenenlebens auf den Häftling zu erklären. Die bedeutendsten Theorien stammen von Clemmer: (18) Prisonierungstheorie und Wheeler (19) (U-kurvenförmiger Verlauf der Prisonierung). Im gleichen Zug sind die Deprivationstheorie und die kulturelle Übertragungstheorie zu nennen.

Bei der Prisonierungstheorie (18) handelt es sich um eine auf das Gefängnis beschränkte Spezifizierung eines Assimilierungsprozesses, der bei vielen Menschen vorkommt, die sich in eine fremde Kultur einleben müssen. Im Wesentlichen beschreibt sie, dass sich Gefangene zu ihren Mitgefangenen in einem extremen Loyalitätsverhältnis befinden und gleichzeitig in totaler Opposition zum Gefängnispersonal stehen. Dieses wird als Repräsentant einer Gesellschaft gesehen, die sie zurückgewiesen hat. Unter den Gefangenen entstehen dabei ein eigenes Wertesystem und eine Hierarchie, die „immun“ gegenüber den Einflüssen der Werte und Normen der Gesellschaft außerhalb der Gefängnismauern sind. Jeder Gefangene ist diesem Prozess unterworfen. Nur die verschiedenen Grade der Prisonierung lassen sich bei den einzelnen Gefangenen unterscheiden. Sie hängen von der Dauer und Häufigkeit der Haft, den unterschiedlichen persönlichen Prioritäten wie Familie und der Intensität des Kontakts mit kriminellen Strukturen ab. Der Grad der Prisonierung sei der wichtigste Faktor für das Gelingen einer Resozialisierung.

Wheeler (19) greift diese Theorie auf und entwickelt sie weiter. Er hält fest, dass der Grad der Prisonierung sich während der Haftzeit verändert: Anfangs ist die Konformität mit den Normen der Zivilgesellschaft noch sehr hoch, um dann auf ein

Minimum zur Hälfte der Haftzeit zu sinken. Zum Ende steigt die Konformität dann wieder an, so dass sich hierfür ein Verlauf in Form einer U-Kurve ergibt.

Die Theorie der kulturellen Übertragung lehnt sich ebenfalls an Clemmers Theorie an. Sie besagt, dass der Grad der Prisonierung von der sozialen Situation und damit dem Kontakt zu kriminellen Strukturen des Gefangenen vor der Haft bestimmt wird (9).

Passend dazu scheinen neuere Studienergebnisse darauf hinzuweisen, dass nicht die Länge der Haft oder der Kontakt nach außen maßgeblich für den Grad der Prisonierung sind, sondern die Zugehörigkeit zu einer Gang einen entscheidenden Einfluss darauf hat (20). Es handelt sich dabei v.a. um ein anderes Rechtsempfinden, das in Gangs, z.B. durch Akte der Selbstjustiz und das Stellen der „Gesetze“ der Gang über die des Staates, vorherrschend ist. Hier ist also die Ablehnung der Werte und Normen der Gesellschaft schon in gewissem Maße vor Haftantritt gegeben.

Das Deprivationsmodell geht von der Gefangenschaft als herabwürdigende, degradierende Erfahrung aus. Um sich in dieser Situation zu ertragen, schaffen sich die Gefangenen ihre eigene Welt. Sie suchen Selbstbestätigung durch körperlich hartes Verhalten gegenüber anderen. Sie weisen die Institution Gefängnis als solche zurück, aber nutzen gleichzeitig die Angestellten und die ihnen angebotenen Programme aus (9). Ihre Welt ist dadurch von Zielen geprägt, die mit den eingeschränkten Möglichkeiten in der Haft zu realisieren sind.

#### **1.4 Rechtliche Hintergründe**

Sind nun diese vermeintlichen Haftauswirkungen mit der Verfassung, der Unantastbarkeit der Menschenwürde, in Einklang zu bringen? Oder mit dem Artikel 3 der Europäischen Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten, in dem steht: „Niemand darf der Folter oder unmenschlicher oder erniedrigender Strafe oder Behandlung unterworfen werden.“

Die Folgen der langen Haftstrafen auf die psychische und körperliche Gesundheit sind laut Kritikern nicht mit diesen Grundsätzen vereinbar (5, 21). Besonders nicht, da es während langer Haftstrafen immer wieder zum äußersten Grad des Schadens für den Gefangenen, nämlich zum Tod, kommt. Solche Schäden könnten durch

kürzere Freiheitsstrafen verhindert werden. Dies habe sich seit der Einführung der Schuldschwereklausel, des § 57a, Abs. 1, Nr. 2 des Strafgesetzbuches (StGB), keineswegs verbessert (5). Dieser Paragraph besagt, dass Verbrecher bei Vorliegen einer besonderen Schwere der Schuld nicht zeitig nach der Mindestvollzugsdauer von 15 Jahren aus der lebenslangen Freiheitsstrafe entlassen werden können. Seit seiner Einführung sei die Dauer der Haftstrafen für diese Zeit gleich geblieben (5). Dabei wurde dieser Paragraph eingeführt, um dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) von 1977 Rechnung zu tragen: Das BVerfG hatte entschieden, dass eine lebenslange Freiheitsstrafe nur mit der Verfassung konform ist, wenn der Gefangene die Aussicht behält, wieder Freiheit zu erlangen. Deutsche Richter neigen im internationalen Vergleich zwar dazu, weniger Freiheitsstrafen auszusprechen, dafür seien diese aber von längerer Dauer (3). Die dargelegte Kritik und Überlegungen führten schließlich dazu, dass das BVerfG sich im Jahre 1977<sup>1</sup> mit dieser Frage befassen musste. Die Richter sahen es als nicht wissenschaftlich erwiesen an, dass Schäden als Folge einer lebenslangen Freiheitsstrafe auftreten könnten. Somit wird die Strafe als mit dem Grundgesetz vereinbar angesehen. Außerdem würde das höchste Gut, das Leben, das der Staat zu beschützen hat, eine solche Form der Sanktionierung bei Morddelikten rechtfertigen (22). Das Gericht hat in seinem Urteil darauf hingewiesen, dass sich die Beurteilung dieser Fragestellung durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse ändern könnte<sup>2</sup>. Vor diesem Hintergrund scheint eine erneute Befassung mit der Frage, wie sich lange Haftstrafen, u.a. auch die lebenslängliche Freiheitsstrafe, auf die Gefangenen auswirken, notwendig. Vor allem weil die Auswirkungen der Haft in Freiheit offenbar werden können und somit sehr wichtig für die Sicherheit und das Sicherheitsempfinden in der Bevölkerung sind.

Wenn man die neueste Entwicklung des Strafrechts und der Gefangenenstatistik in Deutschland betrachtet, scheint sich die Aussage von Alison Liebling: „As images of prisons become increasingly benign, its use continues to grow rapidly, and its damaging effects seem to be of little interest to practitioners or criminal justice agencies“ (23) zu bewahrheiten. Die Zahl der Gefangenen nahm in den letzten Jahren zu. Waren es im Jahre 1995 noch insgesamt 46 516, so belief sich ihre Zahl im Jahre 2008 auf 62 348 (24). Die Veränderung der Gesetzgebung tut ihr Übriges

---

<sup>1</sup> BVerfG, 45, 187, 253.

<sup>2</sup> Vgl. Fn. 1.

dazu: 1998 wurde vor dem Hintergrund mehrerer Sexualskandale in Europa das Gesetz zur Sicherungsverwahrung verschärft<sup>3</sup>, indem seine zeitliche Begrenzung von zehn Jahren aufgehoben wurde. Bis dato waren dessen Auflagen eng gefasst und die Sicherungsverwahrung galt als äußerstes Mittel des Strafvollzugs. 2004<sup>4</sup> hat das Bundesverfassungsgericht durch sein Urteil befunden, dass die nachträgliche Anordnung von Sicherungsverwahrung verfassungskonform sei. Damit ist ihre Anordnung weiter gefasst. Seit 2008<sup>5</sup> kann die nachträgliche Sicherungsverwahrung sogar für Jugendliche angeordnet werden. Das neueste Urteil des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte (EGMR) vom Dezember 2009<sup>6</sup>, dürfte indes für einen erneuten Anstoß in der Diskussion um die Länge der Haftstrafen führen: Der EGMR hat entschieden, dass die nachträgliche Anordnung von Sicherungsverwahrung nicht mit der Europäischen Konvention für Menschenrechte zu vereinbaren ist (Rückwirkungsverbot Artikel 7, Recht auf Freiheit Artikel 5).

## 1.5 Historische Betrachtungen

Auch anhand der Entwicklung der Strafhaft als solcher wird verständlich, wie vielen Veränderungen gesetzliche Sanktionsformen unterlegen sind. Somit ist auch eine immer wiederkehrende Auseinandersetzung mit diesem Thema nötig, um durch neue Erkenntnisse die Sanktionsformen verbessern zu können und den gesellschaftlichen Realitäten anzupassen.

Haftstrafen waren im deutschen Recht zunächst unbekannt. Lediglich die Klosterhaft existierte. Sie galt erst nur für Mönche, später für Kleriker und dann auch für Laien. Bestraft wurde lasterhaftes Verhalten, das einen Abfall von Gott darstellte oder von Teufelswerk zeugte. In der weltlichen Gesellschaft sperrte man auch Straftäter ein. Allerdings lediglich um sie vor ihrer Exekution dingfest zu machen. Denn neben den damals gängigen Körperstrafen, wurde auch die Todesstrafe verhängt. Dies änderte sich grundlegend erst mit der Aufklärung. Zu dieser Zeit entwickelte sich der Präventionsgedanke: Die Strafe erfüllte nicht mehr den Zweck religiöser Vergeltung, sondern hatte den Schutz der Gesellschaft vor den Straftätern zum Ziel. Außerdem

---

<sup>3</sup> BVerfG. 2 BvR 2033/98 vom 3.12.1998.

<sup>4</sup> BVerfG. 2 BvR 2029/01 vom 5.2. 2004.

<sup>5</sup> § 7 II und III JGG in der Fassung des Gesetzes zur Einführung der nachträglichen Sicherungsverwahrung bei Verurteilungen nach Jugendstrafrecht vom 8. Juli 2008 (BGBl. I 1212).

<sup>6</sup> EGMR. M. gegen Deutschland, Beschwerde-Nr. 19359/04, Urteil vom 17. 12. 2009

wurde die lebenslange Haft als Sanktionsmittel eingeführt (14). Nach dem zweiten Weltkrieg wurde in Deutschland schließlich die Todesstrafe abgeschafft. Seit diesem Zeitpunkt gilt die lebenslange Freiheitsstrafe als härtestes Sanktionsmittel. Seitdem ist sie allerdings immer wieder Gegenstand der Diskussion. Dies führte bereits zu mehreren Veränderungen in der Art und Dauer der Strafe. In ihrer heutigen Form ist ein Ende nach 15 Jahren Haft mit einer Aussetzung auf fünf Jahre Bewährung möglich, wenn entsprechende Voraussetzungen erfüllt sind und keine Sicherungsverwahrung oder sonstige Maßregel angeordnet wurde.

### **1.6 Herleitung der Fragestellung**

Insgesamt gibt es auf dem Gebiet der Forschung über Auswirkungen von langen Haftstrafen zwar viele Veröffentlichungen, aber nur wenige Studien. Bei den bislang vorliegenden Längsschnittstudien waren entweder das Intervall recht kurz, wie bei der Studie von Bolton mit 19 Monaten (16), die Probandenzahl sehr klein, wie bei Zamble mit einer Probandenzahl von  $N = 25$  (13), oder persönlichkeitsbezogene Variablen wurden ausgespart, wie bei der Untersuchung von Lapornik (15).

Bei den meisten Studien handelt es sich außerdem um Querschnittsstudien. Eine Aussage über die Auswirkungen langer Haftstrafen lässt sich jedoch am wahrheitsgetreuesten mit einem Längsschnittdesign treffen.

Gerade in diesem Zusammenhang erscheint es als sehr wichtig, die Folgen der Haft in einer Längsschnittstudie erneut wissenschaftlich zu untersuchen. Im Einzelnen wird geprüft, in wieweit sich durch die Haft Folgen auf die Entstehung von körperlichen Erkrankungen, psychischen Leiden und Auffälligkeiten ablesen lassen. Dazu zählen das Auftreten manifester psychischer Erkrankungen, Veränderungen im Verhalten wie z.B. aggressives Verhalten, soziale Isolierungstendenzen, Veränderungen im Missbrauch von Drogen und nicht zuletzt die Auswirkungen auf den Intellekt.

## **2. Methoden**

Die Grundlage zur Bearbeitung der Fragestellung stellt der statistische Vergleich von zwei forensisch-psychiatrischen Gutachten über jeden Probanden dar. Die Gutachten stammen aus dem Gutachtenarchiv des Instituts für forensische Psychiatrie der Freien Universität Berlin sowie aus dem Archiv des Berliner Justizvollzugskrankenhauses. Das älteste Gutachten stammt aus dem Jahre 1979, die neuesten aus dem Jahr 2005.

Bei der Untersuchung handelt es sich um eine Längsschnittstudie. Sie stellt die Fortführung einer früher durchgeführten Untersuchung dar, die diese ergänzt und aktualisiert (25).

### **2.1 Ein- und Ausschlusskriterien**

Folgende Kriterien lagen dem Ein- bzw. Ausschluss zugrunde: Um die Auswirkungen der Haftdauer darstellen zu können, mussten von jedem Probanden zwei Gutachten vorliegen, und zwar das erste aus dem Erkenntnisverfahren (Zeitpunkt  $t_1$ ) und ein zweites Gutachten nach länger verbrachter Zeit in Haft (Zeitpunkt  $t_2$ ). Die Zeit zwischen den zwei Gutachten durfte ein Minimum von drei Jahren nicht unterschreiten. Die Probanden mussten sich sowohl zum Zeitpunkt des ersten und zweiten Gutachtens als auch in der gesamten Zeit zwischen den Gutachten in Haft befinden. Entlassung aus der Haft und anschließend in kurzem Zeitabstand Wiederaufnahme der Haft wegen anderer Vergehen führten ebenso zum Ausschluss wie Aufenthalte in Einrichtungen des Maßregelvollzugs nach §§ 63, 64 StGB. Außerdem konnte es im Falle eines Suizids nicht zur Aufnahme in das Studienprotokoll kommen, da aufgrund des Todes kein zweites Gutachten erstellt werden konnte.

## 2.2 Vorstellung der Vergleichsparameter und Gruppenbildung

Aus den jeweiligen Gutachten zum Zeitpunkt  $t_1$  und  $t_2$  wurden von jedem Probanden festgelegte Daten entnommen: Neben Alter und Geschlecht wurden das Haupt- und Zweitdelikt, die frühere Inhaftierungsdauer und die Dauer der aktuellen Inhaftierung ermittelt. Des Weiteren wurden Delikte, das Abschließen einer schulischen oder beruflichen Ausbildung und das Auftreten körperlicher Erkrankungen während der Haft ausgewertet.

Das Vorhandensein einer psychiatrischen Diagnose nach den Kriterien der International Classification of Diseases 10 (ICD-10) (26) sowie deren Entwicklung hinsichtlich einer Zu- oder Abnahme oder eine Änderung der Diagnosen zwischen den Zeitpunkten  $t_1$  und  $t_2$  wurden erfasst. Die einzelnen Ergebnisse wurden mittels induktiver Statistik zueinander in Beziehung gesetzt, um Zusammenhänge zu erkennen. Hierzu waren teilweise Gruppenbildungen vonnöten, um die Berechnungen durchführen zu können.

Die Häftlinge wurden nach der Dauer ihrer Haft in zwei verschiedene Gruppen eingeteilt: Haftzeit  $\leq 175$  Monate und Haftzeit  $> 175$  Monate, wobei es sich bei 175,99 Monaten um den Mittelwert der Haftzeiten aller Probanden handelt. Gleiches erfolgte für die Gruppeneinteilung nach der Dauer der früheren Inhaftierungsdauer, wobei die Grenze, sich am Mittelwert von 69,89 Monaten orientierend, bei 70 Monaten gezogen wurde. Bei der Anzahl der Delikte wurde eine Gruppe mit weniger als drei Delikten und eine mit mehr als zwei Delikten gebildet, da nur so eine hinreichende Gruppengröße zum Durchführen der Berechnungen erreicht wurde.

Nach dieser Klasseneinteilung wurden diese quantitativen Daten mittels des exakten Tests nach Fisher auf Zusammenhänge hin überprüft. Der Test dient der Analyse von Häufigkeitsunterschieden und ist insbesondere für die Testung von kleinen Stichprobenumfängen geeignet. Besonders ist, dass der p-Wert als Prüfgröße direkt berechnet wird. Falls der berechnete p-Wert kleiner ist als das Signifikanzniveau ( $\alpha = 5\%$ ), wird die Nullhypothese zugunsten der Alternativhypothese abgelehnt. Da aufgrund der Fragestellung immer beide Abweichungsrichtungen von Interesse waren, wurde stets zweiseitig getestet (27).



Die in der Haftpopulation aufgetretenen Krankheitsbilder wurden in sechs Gruppen aufgeteilt, um statistisch aussagekräftige Berechnungen zu ermöglichen.

Bei der ersten Gruppe handelt es sich um Persönlichkeitsstörungen, in der zweiten werden psychische Krankheitsbilder, ausgelöst durch psychotrope Substanzen zusammengefasst, in die dritte Gruppe fallen Störungen der sexuellen Präferenz, die vierte setzt sich aus Intelligenzstörungen zusammen, in der fünften werden Anpassungsstörungen und Störungen des Affekts im weiteren Sinne zusammengefasst und die sechste greift verschiedene Formen von Schizophrenien auf. Diese Gruppierung lehnt sich bis auf wenige Ausnahmen an die ICD-10-Klassifikation (26) an:

Die Gruppe der Intelligenzstörungen setzt sich zum einen aus Störungen organischer Ätiologie (F07.x nach ICD-10) und zum anderen aus Diagnosen nicht näher bezeichneter Intelligenzminderung zusammen (F70.9 nach ICD-10) (26). Bei der fünften Gruppe handelt es sich um eine heterogene Gruppe, die aber wegen der statistischen Handhabbarkeit als eine zusammengefasst wurde. Ihr gehören zum einen Belastungsstörungen wie andere somatoforme Störungen (F45.8), und die längere depressive Reaktion (F43.21), zum anderen die neurotische Depression (F34.1), rezidivierende depressive Störungen mit somatischen Symptomen (F33.11) und die soziale Phobie (F45.8) an.

Weiterhin wurde zur Betrachtung der Zusammenhänge zwischen einer früheren Inhaftierung und der Anzahl der begangenen Delikte einerseits und dem Auftreten einer Diagnose andererseits eine Neugruppierung vorgenommen: Alle Häftlinge, die mehr bzw. weniger als 175 Monate Vorhafterfahrung hatten, wurden jeweils zusammengefasst. Außerdem bildeten die Häftlinge, die mehr als zwei Delikte aufwiesen, eine Gruppe und die, die weniger als drei Delikte begangen hatten, eine weitere.

Auch wurden spezifische Reaktionen auf die Haft wie Haftkoller und-reaktionen, „Haftpsychosen“ oder selbstschädigende Handlungen sowie die Anzahl der Suizidversuche erfasst. Die Teilnahme an einer Psychotherapie während der Haft und Kontaktabbruch der Probanden zu Personen außerhalb des Gefängnisses, als eine Möglichkeit der Darstellung der sozialen Auswirkungen der Haft, wurden ebenfalls beschrieben.

## 2.3 Psychologische Testverfahren

Um sich ein genaueres Bild über die Entwicklung der Persönlichkeitsmerkmale und die psychischen Veränderungen während der Haft machen zu können, wurden psychologische Tests, falls in den Gutachten vorhanden, ausgewertet und die Werte der beiden Zeitpunkte  $t_1$  und  $t_2$  mittels t-Tests für verbundene Stichproben verglichen (genauere Beschreibung s.u.). Psychologische Tests werden in der Diagnostik immer dann angewandt, wenn es gilt, einen psychopathologischen Befund zu objektivieren, Symptome einer Krankheit besser fassen und deren Verlauf kontrollieren zu können oder Akzentuierungen und Abnormitäten einer Persönlichkeitsstruktur standardisiert zu erfassen. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, sollten neben gewissen praktischen Gesichtspunkten wie dem zeitlichen, personellen und materiellen Aufwand, bestimmte Gütekriterien erfüllt sein:

Objektivität: Unabhängigkeit der Testergebnisse von Untersucher und Auswerter während aller Testphasen (Durchführung, Auswertung, Ergebnisinterpretation)

Reliabilität: Ausmaß der Zuverlässigkeit, mit der ein Merkmal erfasst wird

Validität: Grad der Genauigkeit des erfassten Merkmals

Normierung: Referenzwerte für verschiedene klinische bzw. normale Gruppen, ggf. eine repräsentative Stichprobe der Durchschnittsbevölkerung (28).

Weiterhin werden Selbstbeurteilungs- und Fremdbeurteilungsverfahren unterschieden. Beide Verfahren haben Stärken und Schwächen, die je nach Fragestellung abzuwägen sind. Bei Selbstbeurteilungsverfahren besteht die Gefahr, dass der Patient das Testergebnis bewusst oder unbewusst in seinem Sinne und Nutzen oder im Sinne der sozialen Erwünschtheit beeinflusst. Dies geschieht z.B. mittels Aggravierung oder Dissimulation. Zwar haben die meisten Tests Kontrollskalen, die dem entgegenwirken, doch kann man diese Verfälschungen nicht vollends verhindern. Der Vorteil einer solchen Methode liegt darin, dass die Ergebnisse unabhängiger von persönlichen Eindrücken des Untersuchers sind.

Im Fremdbeurteilungsverfahren andererseits umgeht man das Problem fehlerhafter Selbsteinschätzung, das bei psychisch Kranken ebenso wie psychisch Gesunden teilweise vorkommt. Einige psychopathologische Symptome (z.B. Wahnsymptome) verkennt der Betroffene als krankhaft; dem Auge eines geschulten Beurteilers

entziehen sie sich jedoch nicht. Nachteilig ist allerdings, dass es zu beurteilerbedingten Verzerrungen kommen kann. Seine Einschätzung über das Maß einer Störung kann in jeder Weise der empfundenen Störung des Probanden widersprechen und so zu einer fehlerhaften Bewertung der Gesamtsituation führen. Der Untersucher ist nicht frei von Erwartungen oder Voreingenommenheit gegenüber dem Probanden. Außerdem kann er unbewusst bestimmte wissenschaftliche Interessen verfolgen und sich in Folge dessen auf bestimmte Merkmale stärker konzentrieren und so zu einem falsch gewichteten Ergebnis kommen.

Des Weiteren werden Leistungs- und Persönlichkeitstests unterschieden. Bei Leistungstests werden teilweise nur bestimmte Leistungsbereiche wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Intelligenz oder andere spezifische Fähigkeiten getestet. Bei Persönlichkeitstests wird versucht, zeitstabile Merkmale einer Persönlichkeit (sogenannte „Traits“) wiederzugeben (28).

An Tests wurden hier zwei Persönlichkeitstests angewandt; das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) und der 16-Faktoren-Persönlichkeitstest (16-PF), bei denen es sich um Selbstbeurteilungstests handelt. Als Leistungstest wurde der Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene (HAWIE) in die Ergebnisbeurteilung einbezogen.

### **2.3.1 Der Hamburg-Wechsler Intelligenztest für Erwachsene (HAWIE)**

Der HAWIE ist ein im deutschen Sprachraum weit verbreiteter Test zur Messung von Intelligenz (29). Er wurde an 2000 Personen aus neun verschiedenen Altersgruppen (zwischen 16 und 74 Jahren) geeicht. Dem Test liegt das Konzept einer allgemeinen Intelligenz von Wechsler zu Grunde. Er definiert sie als „die zusammengesetzte oder globale Fähigkeit eines Individuums, zweckvoll zu handeln, vernünftig zu denken und sich mit seiner Umwelt wirkungsvoll auseinanderzusetzen“ (30). Der Test ist grundsätzlich in einen Verbal- und einen Handlungsteil unterteilt, denen sich die elf Skalen der Untertests zuordnen. Schlussendlich wird neben einer Aussage über den Handlungs- und Verbal-IQ eine Aussage über den Gesamt-IQ getroffen. Diese Aussagen werden über einen Vergleich der Testergebnisse mit Durchschnittswerten einer Stichprobe der Referenzgruppe getroffen. 50% der Bevölkerung wird ein IQ-Wert zwischen 91 und 109 zugesprochen und spiegelt damit den Durchschnitt wider.

Entfernt man sich zwei Standardabweichungen, also 30 IQ-Punkte vom „Normalwert“ 100, werden 95,5% der Bevölkerung erfasst (31). Somit liegen 2,25% der Bevölkerung entweder unter 70 bzw. über 130 IQ-Punkten. Diese Angaben sind zur Ergebnisinterpretation wichtig.

1991 gab es eine Revision des Tests (HAWIE-R), da viele Items veraltet oder verbesserungswürdig waren (32). Die Revision führte zum Austausch von mehr als der Hälfte der Items und zu einigen formellen und strukturellen Veränderungen; so werden z.B. der Handlungs- und Verbalteil in der Testvorgabe nicht mehr getrennt dargestellt werden (32). Außerdem wurde die Stichprobe neu genormt. Die Revision führte dazu, dass einige Probanden zum Zeitpunkt  $t_1$  mit dem HAWIE und zum Zeitpunkt  $t_2$  mit dem HAWIE-R beurteilt wurden. Da das dem Test zugrunde liegende Intelligenzkonzept allerdings unverändert ist (33) und eine Vergleichbarkeit des HAWIE und des HAWIE-R gezeigt werden konnte (34), werden hier Ergebnisse beider Testformen in die Untersuchung einbezogen.

Betrachtet man das Gütekriterium Objektivität, so ergeben sich für dessen Subkriterien unterschiedliche Bilder: Die Durchführungsobjektivität kann aufgrund detaillierter Anweisungen als gewährleistet gelten. Die Auswertungsobjektivität des Verbalteils hängt vom Untersucher ab und schwankt zwischen den einzelnen Untertests zwischen 0,35 und 1,85 Wertepunkten. Die Reliabilität weist einen Standardmessfehler von 2,60-3,35 IQ-Einheiten für den Gesamttest und alle Altersgruppen auf (35).

### 2.3.2 Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)

Das FPI ist ein in Deutschland weit verbreitetes Instrument zur Hilfestellung bei der Diagnose psychischer Erkrankungen (29). Es wurde 1970 entwickelt und gilt als sogenanntes „kombiniertes“ Verfahren. In solche Inventare fließen wissenschaftliche Theorien, Ergebnisse empirischer Untersuchungen sowie pragmatische Überlegungen mit ein. Das Inventar besteht aus mehreren Tests. Einer dieser Tests, der hier Verwendung gefunden hat, der FPI-A, wurde bei der Revision so weiterentwickelt, dass er auch zum Vergleich mit früheren Testergebnissen herangezogen werden kann (FPI-A1) (35). Der Test ist in neun Standard- und drei Sekundärskalen aufgeteilt. Die Standardskalen sollen wichtige Teile einer Persönlichkeit widerspiegeln und bestehen u.a. aus Skalen wie Nervosität, spontane Aggressivität oder Depressivität. Die Sekundärskalen entwickeln sich z.T. aus Items der Standardskalen (29). Sie lehnen sich an das Persönlichkeitskonzept von Eysenck an, das Extra- bzw. Intraversion und emotionale Stabilität als charakteristischste Dimensionen einer Persönlichkeit betrachtet. Die dritte Sekundärskala beschreibt die Maskulinität bzw. Feminität einer Person. Die Rohwerte, die aus der Auswertung der Antworten entstehen, werden in Stanine umgewandelt. Insgesamt gibt es neun Stanine, wobei sich 54% der Normstichprobe zwischen den Staninen vier und sechs befinden und somit als „normal“ bezeichnet werden (36).

Die Durchführungsobjektivität ist in diesem Testverfahren durch die Anwendung standardisierter Fragebögen mit klaren Instruktionen gegeben. Auch die Auswertung kann dadurch als objektiv erachtet werden. Die Reliabilität ist zufriedenstellend (36). Die Validität des Verfahrens ist durch viele Untersuchungen bestätigt (35). Die Gruppen wurden getrennt nach Geschlecht und Alter (16-60 Jahren) genormt. Die erste Normstichprobe (FPI) war allerdings mit  $N = 630$  wenig repräsentativ. Bei der Revision wurde an einer Stichprobe von  $N = 2035$  genormt.



### 2.3.3 Der 16-Persönlichkeitsfaktorentest (16-PF)

Der 16-PF ist der bekannteste Vertreter der internal-induktiven, mehrdimensionalen Fragebogenkonstruktion. Dabei folgt die Aufstellung der sogenannten „Traits“ nicht einer bestimmten Theorie, sondern ergibt sich aus den Ergebnissen empirischer Klassifikationen (29). Die Empirie geht der Theorie voraus, das Verfahren ist demnach induktiv. Die Item-Interkorrelationen bilden die Basis für die Erstellung der Skalen, daher die Bezeichnung internal. Der Test beschreibt 16 Primärfaktoren, die zur Bestimmung von fünf Sekundärfaktoren herangezogen werden können. In den vorliegenden Fällen fokussierte man sich ausschließlich auf eine Darstellung der Primärfaktoren. Die erhaltenen Rohwerte werden anhand von Normtabellen in Stenwerte übertragen. Die Spannweite der Sten-Skala erstreckt sich von 1 bis 10, wobei 68,2 % der Normstichprobe zwischen 3,5 und 7,5 liegen (37).

Die erste deutsche Ausgabe erschien 1983 und wurde 1998 u.a. nach den Gesichtspunkten einer Aktualisierung, eines verbesserten Antwortformats und des Verzichts auf eine bipolare Benennung der Skalen revidiert. Außerdem werden seitdem Antwortstilskalen zur Abschätzung der Tendenz zur sozialen Erwünschtheit mit in das Ergebnis einbezogen. Die Äquivalenz zwischen beiden Versionen wird als hinreichend bewertet (37).

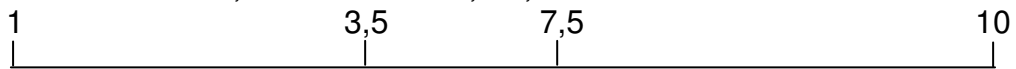
Die Durchführung, Auswertung und Interpretation können durch detaillierte Anweisungen zu den Fragebögen, Auswertung mittels Schablonen oder Computerprogramm und Interpretation anhand von Normtabellen als objektiv betrachtet werden (35).

Die Reliabilität, gemessen anhand der internen Konsistenzkoeffizienten, wird als zufriedenstellend bewertet (37). Anders verhält es sich mit der Testwiederholungsreliabilität der Primärfaktoren (Testwiederholung nach einem Jahr): Nur mit Einschränkungen kann eine konstante Erfassung von Persönlichkeitsstrukturen wiedergegeben werden (35).

Der Test wurde an einer Normstichprobe von  $N = 3250$  Personen geeicht, dabei wurde nach Alter und Geschlecht differenziert. Die unterschiedlichen Alter wurden mit 18 Jahren beginnend in vier Gruppen aufgeteilt. Die vierte Gruppe erfasst Personen ab dem 50. Lebensjahr.

Abb. 2: Darstellung der einzelnen Faktoren des 16-PF und deren Bedeutung

Stenwerte: 1-10; Normbereich: 3,5-7,5



Sachorientierung	PF A	Kontaktorientierung
Konkretes Denken	PF B	abstraktes Denken
emotionale Störbarkeit	PF C	emotionale. Widerstandsfähigkeit
soz. Anpassung	PF E	Selbstbehauptung
Besonnenheit	PF F	Begeisterungsfähigkeit
Flexibilität	PF G	Pflichtbewusstsein
Zurückhaltung	PF H	Selbstsicherheit
Robustheit	PF I	Sensibilität
Vertrauensbereitschaft	PF L	Skeptische Haltung
Pragmatismus	PF M	Unkonventionalität
Unbefangenheit	PF N	Überlegenheit
Selbstvertrauen	PF O	Besorgtheit
Sicherheitsinteresse	PF Q <sub>1</sub>	Änderungsbereitschaft
Gruppenverbundenheit	PF Q <sub>2</sub>	Eigenständigkeit
Spontaneität	PF Q <sub>3</sub>	Selbstkontrolle
Innere Ruhe	PF Q <sub>4</sub>	Innere Gespanntheit



### 2.3.4 Statistische Auswertung der psychologischen Testverfahren

Sowohl die Persönlichkeitstests als auch die HAWIE-Intelligenztests wurden mittels t-Tests für verbundene Stichproben zweiseitig auf Signifikanz getestet. Dieser t-Test wird angewandt, um an  $n$  Merkmalsträgern (hier alle untersuchten Häftlinge) einen Merkmalswert (hier die Testwerte des FPI, 16-PF und des HAWIE-Tests) vor und nach einer Intervention (hier die Haftzeit) zu erheben, um damit eine Aussage über die Merkmalsdifferenz treffen zu können. Da der Stichprobenumfang in dieser Untersuchung zu klein ist, um ihn mit einer Standardnormalverteilung vergleichen zu können, wurden die Berechnungen in Bezug auf t-Verteilungen durchgeführt.

Da es unter den Ergebnissen der t-Tests z.T. signifikante Ergebnisse innerhalb der Persönlichkeitstests gab, wurden für diese Persönlichkeitstestsergebnisse Korrelationsberechnungen nach Pearson angeschlossen. Bei Korrelationen handelt es sich um die Messung der Richtung und Stärke einer linearen Beziehung zwischen zwei quantitativen Variablen. Die statistische Größe der Korrelation ist der Korrelationskoeffizient  $r$ , wobei  $r$  einen Wert zwischen 0 und 1 annimmt.

Neben den beschriebenen Verfahren der induktiven Statistik (t-Tests, exakter Fisher-Test) wurden die üblichen Berechnungen der deskriptiven Statistik (Frequenzen, Mittelwerte, Standardabweichungen) durchgeführt. Alle Berechnungen erfolgten mit dem Statistikprogramm SPSS 14.0. Es wurden nur die berechneten Ergebnisse aufgeführt, die von Relevanz für die Fragestellung waren.

### **3. Ergebnisse**

#### **3.1 Allgemeine Beschreibung der Stichprobe**

Bei der Stichprobe handelt es sich um N = 87 Probanden, die im Durchschnitt 43,61 Jahre alt sind. Die Standardabweichung beträgt  $\pm 7,721$  Jahre mit einem Minimum von 25 und einem Maximum von 65 Jahren. Unter den Probanden sind 97,7% männliche (N = 85) und 2,3% weibliche (N = 2) Häftlinge. Die Probanden befanden sich zum letzten Erhebungszeitpunkt durchschnittlich 175,99 Monate (= 14,6 Jahre) in Haft. Die Standardabweichung betrug  $\pm 81,654$  Monate, was 6,8 Jahren entspricht. Die kürzeste Haftstrafe zu diesem Zeitpunkt lag bei 41 Monaten (= 3,41 Jahre), die längste bei 461 Monaten (= 38,42 Jahren). Von den 87 Probanden waren 76,7% (N = 67) bereits vor der aktuellen Haftstrafe mindestens einmal in Haft. Im Mittel betrug die Vorhafterfahrung 69,89 Monate (= 5,82 Jahre), mit einer maximalen Inhaftierungsdauer von 292 Monaten (= 24,3 Jahre) und einer minimalen Inhaftierungsdauer von einem Monat. Mittels der statistischen Auswertung über die Pearson-Korrelation hat sich gezeigt, dass das Alter mit der früheren Inhaftierungsdauer signifikant ( $p = 0,007$ ) korreliert. Dies gilt ebenso für die Korrelation des Alters mit der aktuellen Inhaftierungsdauer ( $p = 0,003$ ).

#### **3.2 Spezielle Beschreibung der Stichprobe**

##### **3.2.1 Verteilung der Delikte auf die Stichprobe**

Die Verteilung der Delikte setzte sich in der Stichprobe folgendermaßen zusammen: Den weitaus größten Anteil machten mit 42,5% (N = 37) die Morddelikte aus, gefolgt von dem Delikt des gemeinschaftlichen Mordes mit 13,8 % (N = 12) und des sexuellen Missbrauchs mit 9,2% (N = 8). Die restlichen Delikte entfielen auf Totschlag (6,9%; N = 6), Vergewaltigung (5,7%; N = 5), versuchten Mord (4,6%; N = 4), versuchte Vergewaltigung (4,6%; N = 4), gefährliche Körperverletzung (2,3%; N = 2), versuchten Totschlag (1,1%; N = 1), gemeinschaftlich versuchten Mord (1,1%; N = 1), schweren Raub (1,1%; N = 1), räuberische Erpressung (1,1%; N = 1),

räuberischen Diebstahl (1,1%; N = 1), Brandstiftung (1,1%; N = 1) und andere nicht weiter spezifizierte Delikte (3,4%; N = 3).

### **3.2.2 Verteilung der unterschiedlichen Gutachtenfragestellungen auf die Stichprobe**

Die Betrachtung zum zweiten Erhebungszeitpunkt wurde hinsichtlich der Sozial- und Kriminalprognose vorgenommen. Im Speziellen handelte es sich bei 26,4% (N = 23) um eine Begutachtung nach § 57a des StGB, weitere 8% (N = 7) wurden auf der Grundlage des Paragraphen 57 des StGB begutachtet (38), bei 8% (N = 7) wurde das Gutachten nach Paragraph 67c des StGBs erstellt, bei zwei Häftlingen (2,3%) war der Grund der Begutachtung eine Vollzugslockerung, bei weiteren zwei (2,3%) ging es um die Frage von Triebdämpfung im Vorfeld einzuleitender Vollzugslockerungen.

Beim § 57a StGB handelt es sich um eine Begutachtung, die auf die Aussetzung des Strafrestes bei lebenslanger Freiheitsstrafe zielt. Hierbei muss der Häftling bereits 15 Jahre seiner Haft verbüßt haben und ein Schwurgericht darf eine besondere Schwere der Schuld nicht festgestellt haben.

Der § 57 besagt, dass eine Aussetzung des Strafrestes bei zeitiger Freiheitsstrafe erfolgen darf, wenn zwei Drittel der verhängten Strafe (jedoch mindestens zwei Monate) bereits verbüßt worden sind. Die Entlassung muss auch in Bezug auf das Sicherheitsinteresse der Allgemeinheit verantwortbar sein.

im Rahmen einer gerichtlichen Prüfung der Unterbringung des Häftlings in eine Institution des Maßregelvollzuges (z.B. ein psychiatrisches Krankenhaus oder eine Entziehungsanstalt) im Anschluss an die verbüßte Freiheitsstrafe wird ein Gutachten nach Paragraph 67c des StGBs erstellt.

### **3.3 Gegebenheiten und Veränderungen während der Haft**

#### **3.3.1 Berufliche, soziale und gesundheitliche Veränderungen während der Haft**

Während ihrer Haftzeit schlossen 34,5% (N = 30) eine schulische oder berufliche Ausbildung ab. Es besteht ein Zusammenhang zwischen dieser Tatsache und dem Auftreten einer Diagnose zum Zeitpunkt  $t_2$  ( $p = 0,044$ ; zweiseitige Signifikanzprüfung; Pearson Korrelationskoeffizient:  $r = -0,217$ ). Insgesamt kam es bei 11,5% (N = 10) der Inhaftierten zum Abbruch aller sozialen Kontakte mit Menschen außerhalb der Gefängnismauern. Außerdem erkrankten körperlich 18,5% (N = 17) während ihrer Haftzeit. Das Auftreten einer körperlichen Erkrankung korreliert positiv mit dem Alter der Inhaftierten ( $p = 0,009$ ; zweiseitige Signifikanzprüfung; Pearson Korrelationskoeffizient  $r = 0,279$ ). Insgesamt ließen sich 42,5% (N = 37) Patienten psychologisch bzw. psychiatrisch behandeln.

#### **3.3.2 Anpassungs- und Belastungsstörungen in direktem Haftzusammenhang sowie Suizidversuche während der Haft**

Das Leben in einer Haftanstalt stellt einen besonders markanten Einschnitt in das Leben eines jeden einzelnen Häftlings dar: Aus der gewohnten Umgebung gerissen, getrennt von dem Partner oder der Familie, eingegliedert in ein fremdes, hierarchisches System, steht der Häftling noch weiteren stark belastenden Situationen gegenüber. Die Konfrontation mit der eigenen Tat, Opfern oder Zeugen, die Ungewissheit und Angst über die Höhe des Strafmaßes oder Gewährung von Hafterleichterungen wie Urlaub, Repressionen im Gefangenalltag, soziale Degradierung und das Gefühl der Verachtung durch Stigmatisierung (39) gehören außerdem dazu. Diese u.a. Belastungssituationen können für sich alleine oder auch in der Summe zu einem Versagen der Copingstrategien des Inhaftierten führen (40). Dies ist abhängig sowohl von der Persönlichkeit des Inhaftierten als auch seinen persönlichen Ressourcen wie z.B. der Fähigkeit zur Stressbewältigung. In Reaktion darauf kann es zu Belastungs- und Anpassungsstörungen kommen (41). Sie kommen in Haftanstalten weit häufiger vor als in der Allgemeinpsychiatrie (42).

Man spricht im Allgemeinen von Haftreaktionen, die sich u.a. in Selbstbeschädigungen, Suizidversuchen oder Suizidalität, Haftpsychosen, dem „Haftkoller“ (früher auch „Zuchthausknall“) oder in ausgeprägter Querulenz niederschlagen. Eine einheitliche Klassifikation der Haftreaktionen existiert allerdings nicht (40).

Unter selbstschädigenden Handlungen versteht man eine von Verletzung bis hin zur Verstümmelung reichende Autoagressivität, deren Ziel nicht die Selbsttötung ist. Zu den häufigsten Selbstbeschädigungen zählt das Schlucken von Fremdkörpern, das Einführen von Fremdkörpern oder Schnittverletzungen (41). Des Weiteren können auch Tätowierungen oder Piercings hierzu gezählt werden.

Als weitere Anpassungsreaktion wurde das Auftreten einer Haftpsychose untersucht. Diese Diagnose wird inzwischen nicht mehr benutzt, da sich für diese Krankheitsentität keine wissenschaftlichen Beweise finden konnten (43). Vielmehr vermutet man heutzutage, dass es sich bei Haftpsychosen um fehlinterpretierte Fälle von Schizophrenien handelte, die erstmalig oder akzentuiert im Haftzusammenhang auftraten (43). Nichts desto trotz wird die Diagnose in dieser Studie noch weiter angewandt, da sie von den Untersuchern noch vergeben wurde.

Unter einer Haftpsychose verstand man eine vorübergehende akute psychotische Störung, die als Reaktion auf die belastende Haftsituation hervorgerufen wird. Es wurde meist eine Vulnerabilität seitens der Betroffenen hierfür angenommen. Die psychotische Störung musste in direktem zeitlichen Zusammenhang mit der belastenden Situation auftreten und außerdem zeitlich begrenzt sein. Dies stellte auch die differentialdiagnostische Abgrenzung gegenüber einer Schizophrenie dar. Bei der Haftpsychose spielten zusätzlich Verdrängungs- und Verleugnungsmechanismen in Bezug auf die Tat, finale Tendenzen, der Haft zu entfliehen sowie der Unschuldswahn eine Rolle (41).

Bei der hier untersuchten Population kam es bei 25,2% (N = 22) zu solchen Reaktionen, die unmittelbar mit der Haft in Verbindung gebracht werden konnten. Hierbei handelte es sich bei 8% (N = 7) um Selbstmordversuche, bei 6,9% (N = 6) um eine nicht weiter spezifizierte Haftreaktion, bei 5,7% (N = 5) kam es zu selbstschädigenden Handlungen, bei 2,3% (N = 2) zu einem Haftkoller und bei 2,3% (N = 2) zu einer Haftpsychose.

### 3.3.3 Entwicklung der testpsychologischen Ergebnisse des FPI

Zunächst werden die signifikanten Veränderungen der Testwerte im Laufe der Haftzeit beschrieben. Darauf folgt die Darstellung der Testergebnisse, die zu einem oder beiden Testzeitpunkten außerhalb des Normbereichs (4-6) liegen, aber in sich keine signifikanten Veränderungen zeigen. Insgesamt wurden 27 Probanden zu beiden Gutachtenzeitpunkten mittels FPI in den verschiedenen Skalen getestet. Nicht bei allen konnte jede Skala des Inventars ausgewertet werden, daraus ergibt sich eine unterschiedliche Anzahl an Probanden.

Signifikante Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten ergaben sich für die 7. Skala Reaktive Aggressivität und Dominanzstreben (FPI 7) und für die Sekundärskalen emotionale Labilität (FPI N) und Extraversion (FPI E).

Die signifikanteste Veränderung zeigte sich auf der 7. Skala, der reaktiven Aggressivität (FPI 7), bei der die Mittelwerte (N = 25) von  $t_1$  von 4,96 auf 3,36 ( $t_2$ ) gesunken sind ( $p = 0,006$ ). Die Probanden entfernen sich also im Laufe der Haftzeit von der Normstichprobe hin zu einer nachgiebigen, gemäßigten, rücksichtsvollen Selbstdarstellung ohne großes Bestreben eigene Interessen durchzusetzen. Diese Verteilung findet man eher bei Personen mit niedriger Schulbildung.

Darauf folgt die Skala, die die emotionale Labilität (FPI N) abbildet, mit einer Veränderung von  $t_1$  von 6,76 zu 5,52 ( $t_2$ ), wobei die Mittelwerte zum Zeitpunkt  $t_1$  oberhalb des Normbereiches liegen ( $p = 0,007$ ). Die Probanden leiden vermehrt unter schlechter Stimmung, neigen zu Grübeleien und Teilnahmslosigkeit, sind leichter ablenkbar und haben öfter Sorgen oder Kontaktstörungen. Sie sind vorwiegend traurig oder depressiv. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt sind diese Werte in den Normbereich gesunken.

Die Mittelwerte für die Sekundärskala Extraversion (FPI E) zeigten einen signifikanten Rückgang ( $p = 0,016$ ) von 5,96 zum Zeitpunkt  $t_1$  auf 5,08 zum Zeitpunkt  $t_2$ . Dies beschreibt eine Wandlung hin zu weniger Geselligkeit, Kontaktbedürfnis, Umgänglichkeit, Lebhaftigkeit, Impulsivität und Gesprächigkeit. Außerdem erscheinen die Probanden weniger dominant und durchsetzungsfähig. Diese Entwicklung steht im Einklang mit den Veränderungen auf der oben beschriebenen Skala Reaktive Aggressivität und Dominanzstreben (FPI 7).

Die Skala Nervosität (FPI 1) konnte an 25 Probanden ausgewertet werden. Anhand dieser Skala wird die psychosomatische Gestörtheit untersucht. Werte, die oberhalb

des Normbereichs liegen, werden von Probanden, die unter verschiedensten psychosomatischen Beschwerden wie z.B. Gespanntheit, Schlaflosigkeit, Mattigkeit, starke Reizempfindung oder leichte Ermüdbarkeit leiden, erzielt. Kennzeichnend ist außerdem eine ausgeprägte körperliche Affektresonanz, die zu starken Symptomen des Vegetativums und des Muskelapparates führen können. Zum Zeitpunkt  $t_1$  ergab sich auf dieser Skala ein Mittelwert von 6,52, der damit knapp oberhalb der Norm liegt. Dieser Wert veränderte sich zum Zeitpunkt  $t_2$  nicht signifikant ( $p = 0,98$ ) auf einen Mittelwert von 5,60, ein im Normbereich liegendes Ergebnis.

Der Mittelwert ( $N = 25$ ) für die Skala Depressivität (FPI 3) liegt zum Zeitpunkt  $t_1$  mit 7,04 deutlich oberhalb des Normbereichs. Ergebnisse oberhalb des Normbereiches werden von Probanden erzielt, die an depressiven Symptomen wie z.B. Angst, Missstimmung, Einsamkeit, Konzentrationsschwierigkeiten oder Minderwertigkeitsgefühlen leiden. Zum Zeitpunkt  $t_2$  sinkt er nicht signifikant ( $p = 0,08$ ) auf 6,32 ab und liegt damit immer noch außerhalb des Normbereichs. Die Abweichung von der Norm zum Zeitpunkt  $t_1$  ist im Vergleich zu den anderen Skalen am stärksten ausgeprägt. Dieses Testergebnis deutet auf eine deutliche Abhebung der Inhaftierten von der Norm in Bezug auf Niedergeschlagenheit, Angst, Gefühle der Einsamkeit, Minderwertigkeitsgefühle oder Konzentrationsschwierigkeiten hin. Es besteht eine signifikante Korrelation zwischen der aktuellen Haftdauer und der Veränderung auf dieser Skala ( $p = 0,046$ ;  $r = -0,374$ ). Neben den Ergebnissen der Skala Nervosität (FPI 1), passt das Ergebnis inhaltlich auch zu den hier erhobenen Werten auf der Skala der emotionale Labilität (FPI N).

Auf der Skala Offenheit (FPI 9) lagen die Mittelwerte der Probanden ( $N = 26$ ) zum Zeitpunkt  $t_1$  mit 6,08 knapp über der Normgrenze, um dann zum zweiten Messzeitpunkt  $t_2$  mit 5,73 ( $p = 0,449$ ) im oberen Grenzbereich zu liegen. Solche Ergebnisse deuten auf eine Abwendung von einem zu Beginn offenen Umgang mit eigenen Fehlern und Schwächen und auf eine selbstkritische und unbekümmerte Haltung zu mehr Verslossenheit hin, die sich jedoch im Normbereich befindet.

Auf der Sekundärskala Maskulinität (FPI M) zeigte sich keine signifikante Veränderung der Mittelwerte ( $t_1$ : 3,88;  $t_2$ : 3,96;  $p = 0,833$ ). Dies stellt ein Ergebnis einer nach Kriterien des FPI eher weiblichen Selbstdarstellung der Probanden dar. Die Untersuchten empfinden sich als eher zurückhaltend, leichter enttäuscht, wenig zuversichtlich und mit wenig Selbstvertrauen. Sie sind eher niedergedrückt und leiden unter psychosomatischen Allgemeinstörungen. Es ergab sich ein

Zusammenhang mit der Haftdauer ( $p = 0,015$ ;  $r = 0,456$ ). Dies bedeutet also, dass die Haftlänge mit dem Ansteigen des Wertes für Maskulinität schwach korreliert. Betrachtet man die Ergebnisse auf der Skala emotionale Labilität (FPI N), so ergibt dies zusammen mit den Ergebnissen auf dieser Skala ein schlüssiges Bild.

Auf der Skala FPI 5, die die Geselligkeit eines Probanden abzubilden sucht, beobachtet man eine nicht-signifikante Zunahme des Mittelwertes zwischen den beiden Testzeitpunkten. Dies deutet darauf hin, dass sich zum zweiten Testzeitpunkt die Häftlinge als weniger gesellig und offen darstellen als zum ersten Testzeitpunkt. Die Pearsonkorrelation bestätigt dieses Ergebnis insoweit, dass mit einem Korrelationskoeffizienten von  $r = 0,376$  ( $p = 0,048$ ) eine Korrelation bezogen auf die Länge der aktuellen Haft und mit einem Korrelationskoeffizienten von  $r = -0,401$  ( $p = 0,034$ ) bezogen auf die Länge der Vorhaft besteht.

Abschließend betrachtet kann festgehalten werden, dass es sich bei allen Abweichungen von der Norm um leichte Abweichungen handelt.

Zu den Veränderungen der anderen Skalen des FPI siehe nachfolgende Tabelle 1 und Abbildung 3:



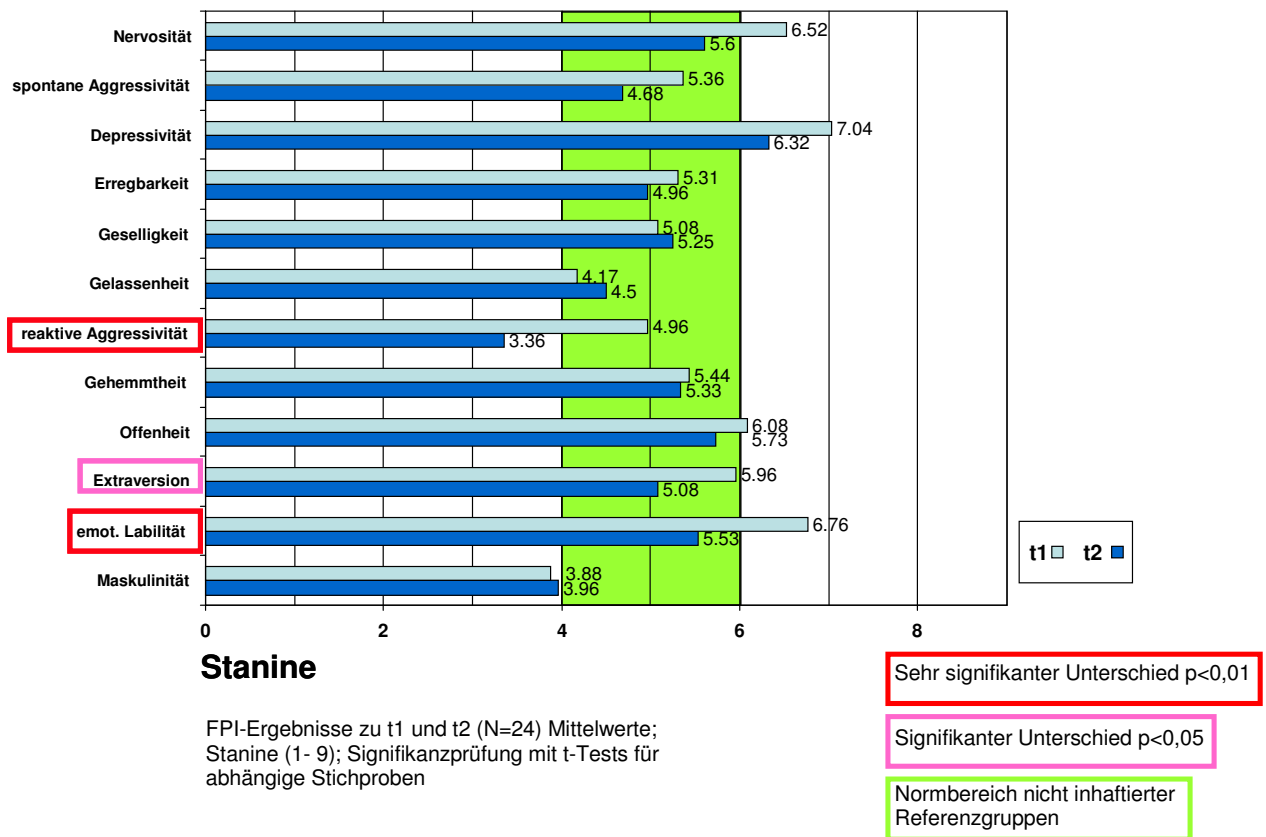
Tab. 1: Veränderungen der Mittelwerte der Stanine (1-9) mit Standardabweichungen des FPI zwischen  $t_1$  und  $t_2$ ; Signifikanzprüfung mit 2-seitigem t-Test (N=24-27)

Skala	N	$t_1$ : FPI-Stanin-Werte ( $\bar{x} \pm SD$ )	$t_2$ FPI-Stanin-Werte ( $\bar{x} \pm SD$ )	t-Test p-Wert
FPI 1 (Nervosität)	25	6,52 ± 1,960	5,60 ± 2,327	0,98
FPI 2 (spontane Aggressivität)	25	5,36 ± 1,578	4,68 ± 2,193	0,108
FPI 3 (Depressivität)	25	7,04 ± 1,207	6,32 ± 2,116	0,08
FPI 4 (Erregbarkeit)	26	5,31 ± 2,510	4,96 ± 2,181	0,446
FPI 5 (Geselligkeit)	24	5,08 ± 2,302	5,25 ± 2,454	0,676
FPI 6 (Gelassenheit)	24	4,17 ± 1,551	4,50 ± 1,694	0,449
FPI 7 (reaktive Aggressivität)	25	4,96 ± 2,263	3,36 ± 2,079	0,006
FPI 8 (Gehemmtheit)	27	5,44 ± 2,207	5,33 ± 2,057	0,787
FPI 9 (Offenheit)	26	6,08 ± 1,695	5,73 ± 1,867	0,449
FPI E (Extraversion)	26	5,96 ± 2,163	5,08 ± 2,096	0,016
FPI N (emot. Labilität)	24	6,76 ± 1,615	5,53 ± 1,661	0,007
FPI M (Maskulinität)	25	3,88 ± 2,071	3,96 ± 1,601	0,833

*Rote Schrift* kennzeichnet signifikante Veränderungen zwischen den beiden

Testzeitpunkten. *Blaue Schrift* kennzeichnet Abweichungen der Probanden von der Norm; SD= Standardabweichung.

Abb. 3: Veränderungen der Mittelwerte der Stanine (1-9) des FPI zwischen  $t_1$  und  $t_2$ ; Signifikanzprüfung mit 2-seitigem t-Test mit Vergleich zur Normgruppe (N=24-27)



### 3.3.4 Entwicklung der testpsychologischen Ergebnisse des 16-PF

Zum 16-PF liegen bei insgesamt  $N = 17$  Probanden Ergebnisse zu beiden Zeitpunkten vor. Zwei wurden zum zweiten Testzeitpunkt mit der revidierten Form getestet. Auch hier werden zunächst die signifikanten Veränderungen einzelner Faktoren beschrieben. Anschließend folgt die Darstellung von Faktoren, die signifikante Abweichungen von der Norm (3,5-7,5) zeigen.

Signifikante Unterschiede zwischen den zwei Testzeitpunkten waren auf drei Skalen zu beobachten. Der Faktor L, der Vertrauensbereitschaft vs. skeptische Haltung abbildet, sank von einem Mittelwert von 7,53 ( $t_1$ ) auf 6,06 ( $t_2$ ) ab ( $p = 0,016$ ). Neben dieser signifikanten Veränderung fällt hier die zwar geringe, aber dennoch vorhandene Normabweichung zum Zeitpunkt  $t_1$  auf. Die Veränderung innerhalb der Stanine weg von der skeptischen Haltung, beschreibt eine Normalisierung des zu

Beginn vorherrschenden „Einzelgängertums“ und der eher misstrauischen, argwöhnischen Einstellung der Probanden gegenüber anderen Mitmenschen.

Des Weiteren zeigte sich ein signifikanter Unterschied ( $p = 0,012$ ) auf der Skala Selbstvertrauen vs. Besorgtheit des Faktors O. Zu Beginn lagen die Mittelwerte mit 7,65 oberhalb des Normbereiches. Dies deutet auf eine eher ängstliche, besorgte und depressive Grundhaltung der Häftlinge hin. Auch hier ist eine Veränderung hin zur Norm erkennbar. Zur zweiten Erhebung hin sanken die Ergebnisse auf 5,94 (Normbereich). Es ergibt sich außerdem bezogen auf die Vorhafterfahrung eine signifikante Korrelation ( $r = 0,426$ ;  $p = 0,005$ ).

Der dritte signifikante Unterschied war auf der Skala Spontaneität vs. Selbstkontrolle, dem Faktor  $Q_3$ , festzustellen. Hier stieg der Mittelwert von anfangs 2,65 ( $t_1$ ) auf 3,82 ( $t_2$ ), was einem  $p$ -Wert von 0,012 entspricht und damit eine signifikante Veränderung während der Haftzeit beschreibt. Außerdem handelt es sich zum ersten Testzeitpunkt um ein deutlich von der Norm abweichendes Ergebnis. Die Probanden legten also wenig Wert auf Ordnung oder Disziplin und waren flexibel.

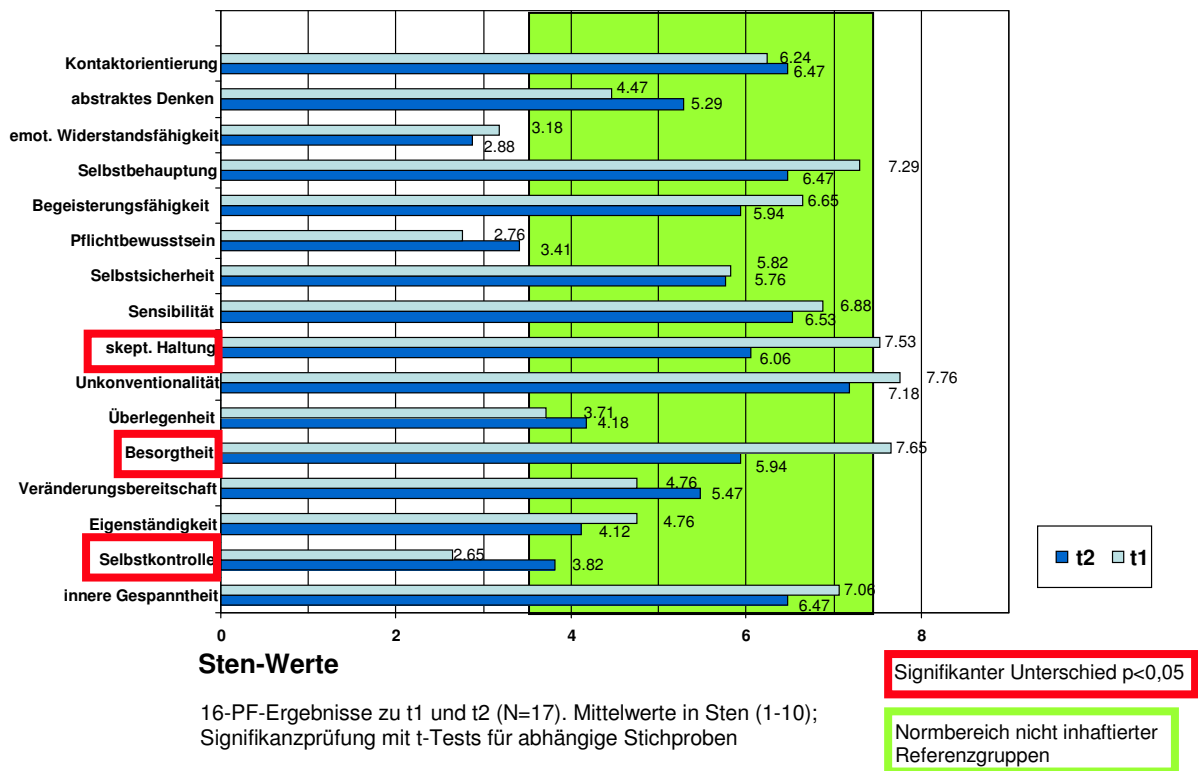
Die Skalen zu emotionaler Störbarkeit vs. emotionaler Widerstandsfähigkeit (Faktor C) und zur Flexibilität vs. Pflichtbewusstsein (Faktor G) zeigten auffällige Abweichungen von der Norm: Zum Zeitpunkt  $t_1$  liegt der Mittelwert des Faktor G mit 2,76 deutlich unterhalb der Norm und steigt dann zum Zeitpunkt  $t_2$  auf 3,41 und liegt somit noch knapp darunter. Es besteht eine Korrelation mit der Dauer der Vorhaft ( $r = 0,416$ ;  $p = 0,007$ ). Das Bild der unsteten, wenig disziplinierten, unzuverlässigen Persönlichkeit, der es schwer fällt, Pflichten zu erfüllen oder sich an Regeln zu halten, verblasst also mit der Haftzeit, was auch durch die Entwicklung der Ergebnisse des Faktors  $Q_3$  bestätigt wird.

Für den Faktor C ergaben sich zu beiden Zeitpunkten Mittelwerte, die unter der Norm lagen. Die Abweichung verstärkte sich während der Haft:  $t_1$ : 3,18;  $t_2$ : 2,88. Dies beschreibt eine Polarisierung der Stichprobe zu emotionaler Störbarkeit hin. Dies kann sich z.B. durch leichte Erregbarkeit, Ängstlichkeit oder geringe Belastbarkeit äußern.

Die anderen Faktoren zeigten weder signifikante Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten noch wichen sie von der Normstichprobe ab (s. Tabelle 2, Abbildung 4). Berechnungen der Korrelationskoeffizienten zeigten keine

Zusammenhänge zwischen der Durchführung einer Psychotherapie und den Ergebnissen der einzelnen Faktoren des Tests.

Abb. 4: Veränderungen der Mittelwerte in Sten (1-10) des 16-PF zwischen  $t_1$  und  $t_2$ ; Signifikanzprüfung mit 2-seitigem t-Test mit Vergleich zur Normgruppe (N=17)



Tab. 2: Veränderungen der Mittelwerte in Sten (1-10) mit Standardabweichungen des 16-PF zwischen  $t_1$  und  $t_2$ ; Signifikanzprüfung mit 2-seitigem t-Test (N=17)

Faktor	$t_1$ Sten-Werte ( $\bar{x} \pm SD$ )	$t_2$ Sten-Werte ( $\bar{x} \pm SD$ )	t-Test p-Wert
PF A Sachorientierung/Kontaktorientierung	6,24 ± 1,200	6,47 ± 1,463	0,571
PF B konkretes/abstraktes Denken	4,47 ± 2,918	5,29 ± 2,312	0,168
PF C emot. Störbarkeit/Widerstandsfähigkeit	3,18 ± 1,590	2,88 ± 1,453	0,492
PF E soz. Anpassung/Selbstbehauptung	7,29 ± 2,443	6,47 ± 1,940	0,24
PF F Besonnenheit/Begeisterungsfähigkeit	6,65 ± 2,120	5,94 ± 1,853	0,151
PF G Flexibilität/Pflichtbewusstsein	2,76 ± 1,855	3,41 ± 1,622	0,297
PF H Zurückhaltung/Selbstsicherheit	5,82 ± 2,698	5,76 ± 1,640	0,931
PF I Robustheit/Sensibilität	6,88 ± 2,176	6,53 ± 2,183	0,448
PF L Vertrauensbereitschaft/Skeptische Haltung	7,53 ± 1,772	6,06 ± 2,249	0,016
PF M Pragmatismus/Unkonventionalität	7,76 ± 1,348	7,18 ± 1,704	0,206
PF N Unbefangenheit/Überlegenheit	3,71 ± 1,795	4,18 ± 1,912	0,387
PF O Selbstvertrauen/Besorgtheit	7,65 ± 1,272	5,94 ± 1,676	0,012
PF Q <sub>1</sub> Sicherheitsinteresse/Änderungsbereitschaft	4,76 ± 1,678	5,47 ± 1,736	0,236
PF Q <sub>2</sub> Gruppenverbundenheit/Eigenständigkeit	4,76 ± 2,137	4,12 ± 2,147	0,272
PF Q <sub>3</sub> Spontaneität/Selbstkontrolle	2,65 ± 1,115	3,82 ± 1,425	0,012
PF Q <sub>4</sub> Innere Ruhe/innere Gespanntheit	7,06 ± 2,076	6,47 ± 2,427	0,283

**Rote Schrift** kennzeichnet signifikante Veränderungen zwischen den beiden Testzeitpunkten. **Blaue Schrift** kennzeichnet Abweichungen der Probanden von der Norm; SD=Standardabweichung.

### 3.3.5 Entwicklung der IQ-Test-Ergebnisse

Ergebnisse eines HAWIE (Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene) lagen zu beiden Untersuchungszeitpunkten von 28 (32,3%) Häftlingen vor. Des Weiteren wurden 23 Häftlinge nur zum Zeitpunkt  $t_1$  und 17 Häftlinge nur zum Zeitpunkt  $t_2$  getestet. Zunächst werden die Ergebnisse der Häftlinge mit zwei Testergebnissen im Längsschnitt ausgeführt. Darauf folgt der Vergleich aller zum Zeitpunkt  $t_1$  vorhandenen Testergebnisse mit allen Ergebnissen zum Zeitpunkt  $t_2$ , ohne Berücksichtigung der Tatsache, dass nicht bei allen Häftlingen insgesamt zwei Testungen vorliegen, also eine Betrachtung im Querschnitt.

Der Intelligenzquotient lag im Mittel bei der untersuchten Population ( $N = 28$ ; 32,3%) zum Zeitpunkt  $t_1$  bei 100,71 Punkten mit einer Standardabweichung von 15,289 Punkten. Zum zweiten Messzeitpunkt ist er geringfügig auf 97,75 Punkte mit einer Standardabweichung von 15,472 Punkten gesunken. Der t-Test für verbundene Stichproben zeigt mit einem  $p = 0,107$  (zweiseitige Signifikanztestung) keine signifikante Veränderung zwischen den beiden Messzeitpunkten.

Im Querschnitt betrachtet, d.h. unter Betrachtung aller vorhandenen Ergebnisse des HAWIE, unabhängig davon, ob für jeden Probanden auch zum zweiten Erhebungszeitpunkt ein zweites Messergebnis vorlag, ergibt sich zu den Zeitpunkten  $t_1$  und  $t_2$  ein ähnliches Bild: Zu  $t_1$  liegen Ergebnisse von 51 Häftlingen (59,3%) vor. Der Mittelwert der Tests beträgt 102,31 Punkte ( $SD = \pm 12,903$ ). Wie bei der Betrachtung im Längsschnitt sinkt die Punktzahl auch hier zum Zeitpunkt  $t_2$ . Es ergibt sich ein Wert von 100 Punkten ( $SD = \pm 15,166$ ) bei 45 (52,1%) untersuchten Häftlingen.

### 3.3.6 Zusammenfassende Betrachtung der Testergebnisse

Bei einer zusammenfassenden Betrachtung der Ergebnisse der Persönlichkeitstests ergibt sich ein Bild einer emotionalen Stabilisierung der Häftlinge. Dies belegen die Veränderungen auf den Skalen FPI N (Emotionale Labilität), FPI M (Maskulinität) und FPI 3 (Depressivität). Festzuhalten ist, dass die Werte für Depressivität zu beiden Messzeitpunkten außerhalb der Norm liegen und es sich hierbei um die ausgeprägteste Normabweichung aller Testwerte handelt. Der 16-PF bestätigt diese Entwicklung ebenfalls auf seinen Skalen Vertrauensbereitschaft vs. skeptische Haltung (Faktor L) und Selbstvertrauen vs. Besorgtheit (Faktor O). Allein der Faktor emotionale Störbarkeit vs. emotionale Widerstandsfähigkeit (Faktor C) zeigt eine weiter von der Norm abweichende Entwicklung zu vermehrter Störbarkeit hin und steht damit weder im Einklang mit den Ergebnissen aus den FPI-Untersuchungen noch mit den Entwicklungen der beiden Faktoren L und O des 16-PF.

Des Weiteren zeigen die Häftlinge eine auffällige Entwicklung in Bezug auf mehr Disziplin, und das vermehrte Einhalten von Ordnung und regelkonformem Verhalten. Dies spiegelt sich in den Skalen Flexibilität vs. Pflichtbewusstsein (Faktor G) und Spontaneität vs. Selbstkontrolle (Faktor Q<sub>3</sub>) wider.

Auffällig ist auch die Entwicklung hin zu mehr Verslossenheit und Introversion der Häftlinge. Sie erscheinen weniger gesellig und weniger lebhaft (FPI E: Extraversion; FPI 5: Geselligkeit) und setzen sich weniger für ihre Interessen ein (FPI 7: reaktive Aggressivität und Dominanzstreben). Außerdem neigen sie zur Dissimulation kleiner Schwächen und Fehler (FPI 9: Offenheit). Insgesamt zeigt sich eine Verstärkung der Passivität, der Anpassung sowie ein mehr durch Reaktion als Aktion gekennzeichnetes Verhalten im Vergleich zum Haftbeginn.

Die Intelligenztestung zeigte weder signifikante Veränderungen noch Normabweichungen.

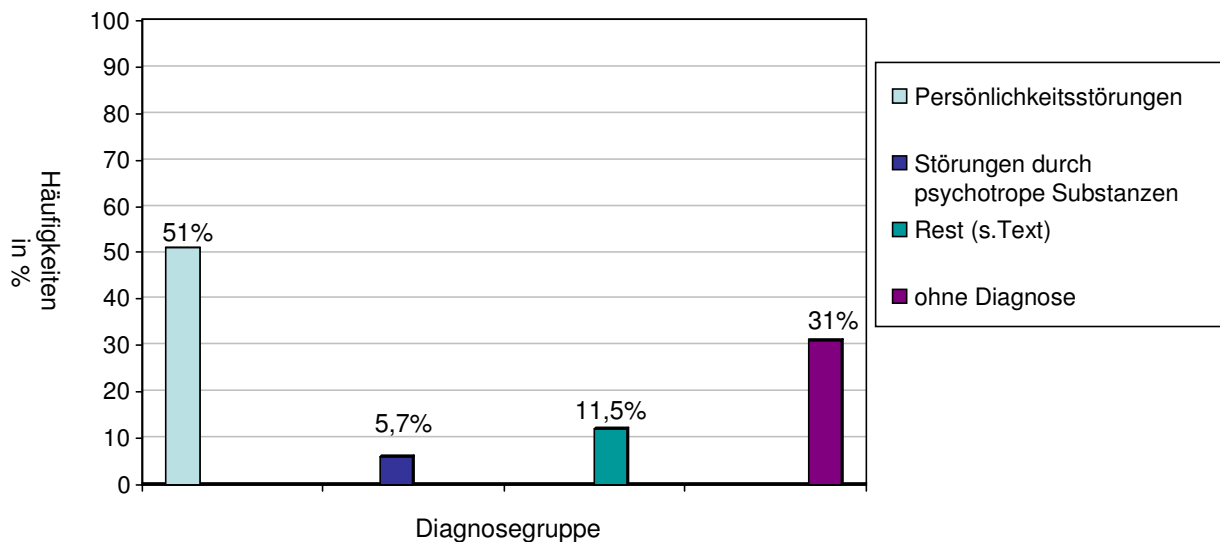
### **3.4 Psychisch gestörte Inhaftierte und ihre Diagnoseentwicklung während der Haft**

Ein wesentlicher Anhaltspunkt zur Untersuchung der Auswirkungen der Haft auf die psychische Gesundheit ist die Ermittlung von psychischen Diagnosen der Häftlinge und deren weiterer Entwicklung während der Haft. Außerdem soll auf die verschiedenen Variablen, die Einfluss auf eine Erkrankung, Verschlimmerung oder Verbesserung haben könnten, eingegangen werden.

Insgesamt lag zum ersten Gutachtenzeitpunkt  $t_1$  bei 69% (N = 60) eine psychische Störung vor (s. Abb. 5), von diesen 69% fielen 11,67% (N = 7) mit einer weiteren, psychiatrischen Diagnose, im Folgenden als Nebendiagnose bezeichnet, auf. 57,5% (N = 50) der Häftlinge unterzogen sich während ihrer Haftzeit einer Psychotherapie. Die mit Abstand größte Gruppierung zu diesem Zeitpunkt stellte, bezogen auf die Anzahl aller Häftlinge, mit 51,1% (N = 45) die Persönlichkeitsstörungen (I) dar. Mit großem Abstand zur Gruppe der Persönlichkeitsstörungen folgte die zweitgrößte Gruppe, die sich mit 5,7% (N = 5) aus Häftlingen mit Störungen der Psyche und des Verhaltens durch psychotrope Substanzen (II) rekrutierte. Die restlichen 11,5% (N = 10) entfallen auf die Gruppe der sexuellen Deviation (III) mit 3,4% (N = 3), der Intelligenzminderungen (IV) mit 4,5% (N = 4), der Anpassungs- und Affektstörungen (V) mit 2,3% (N = 2) und der schizophrenen Störungen (VI) mit 1,1% (N = 1).



Abb. 5: Häufigkeiten der verschiedenen Diagnosegruppen zum Zeitpunkt  $t_1$  in % (N=87)



Im Folgenden werden die aufgetretenen psychischen Störungen getrennt genauer beschrieben und auf ihre Veränderung zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten  $t_1$  und  $t_2$  eingegangen.

### 1) Persönlichkeitsstörungen

Unter Persönlichkeitsstörungen versteht man zeitlich überdauernde oder während größerer Zeiträume vorliegende Eigenschaften und Verhaltensweisen eines Menschen, die in ihrer Ausprägung zu psychischen Auffälligkeiten führen. Es handelt sich nicht um das schicksalsartige Hereinbrechen einer Krankheit, die die Persönlichkeit befällt, sondern um eine Störung der Persönlichkeit als solche. Dies darf dennoch nicht zu der Auffassung verleiten, die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung setze sich ausschließlich aus der Beurteilung der Persönlichkeit zusammen. Das Gegenteil ist der Fall: Die Beurteilung einer Störung hängt stärker als die anderer Krankheitsbilder von der Auffassung gesellschaftlicher Normen, der Einstellung des Untersuchers (41) sowie von der gesellschaftlichen Situation ab (44). Zur Diagnose müssen gemäß ICD-10 zu dem oben genannten Kriterium des zeitlichen Andauerns außerdem folgende Kriterien erfüllt sein: Eine deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmen und

Denken sowie in den Beziehungen zu anderen. Das abnorme Verhaltensmuster muss tiefgreifender Natur sein und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend sein. Außerdem müssen die Störungen in Kindheit oder Jugend beginnen und sich auf Dauer im Erwachsenenalter manifestieren. Der Betroffene leidet unter der Störung und es kommt zu deutlichen beruflichen und sozialen Einschränkungen.

Zur Ätiologie gibt es verschiedene Erklärungsansätze aus den verschiedenen Bereichen. Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass die mannigfaltigen Einflussmöglichkeiten auf eine Persönlichkeit die mannigfaltigen Erklärungsansätze der Persönlichkeitsstörungen widerspiegeln. Eine einheitliche Theorie gibt es nicht. Die Hauptströmungen werden nun beschrieben.

Aus psychodynamischer Sicht entstehen sie durch Störungen in den einzelnen Phasen der frühkindlichen Entwicklung. Der Einfluss der Genetik wird, basierend auf Zwillings- und Adoptionsstudien, auf 40-50% geschätzt (28). Aus neurobiologischer Sicht, die gerade in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat, werden funktionelle und morphologische Veränderungen, insbesondere im Bereich des frontalen Kortex sowie der Amygdala, diskutiert (28, 44). Die Amygdala ist Teil des limbischen Systems und ihr werden die Vermittlung von Verhaltensweisen wie Flucht- und Angstreaktionen zugeschrieben (45). Der frontale Kortex spielt eine große Rolle für soziale, psychische und geistige Leistungen. Die Funktion wird insbesondere bei deren Ausfall klar, wenn es u.a. zu schwersten Persönlichkeitsveränderungen, Verminderung des psychischen Antriebs und Veränderungen in ethischen Grundhaltungen kommt (45). Dies alles sind Symptome wie sie auch bei Persönlichkeitsstörungen auftreten.

In der Normalbevölkerung ist von einer Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen von 3,4% bei Frauen und 5,4% bei Männern auszugehen (46). In der hier beschriebenen Population kommt sie mit 47% (N = 45), fast zehnmals so oft vor.

Nun werden die im Einzelnen aufgetretenen klinischen Subtypen beschrieben.

### *F60.8*

Zum Zeitpunkt  $t_1$  fielen mit 20,7% (N = 18) die meisten Häftlinge in die Gruppe der anderen spezifischen Persönlichkeitsstörungen (ICD-10). Hierbei handelt es sich um Störungen, auf die keine andere der spezifischen Kategorien zutrifft. Dazugehörige

Begriffe sind narzisstische, exzentrische, haltlose, unreife, passiv-aggressive und psychoneurotische Persönlichkeitsstörungen (26).

Diese Gruppe verringerte sich zum Zeitpunkt  $t_2$  um 2,3% auf 18,4% (N = 16) und stellt somit auch zu diesem Zeitpunkt den größten Anteil der psychischen Erkrankungen in der Studienpopulation.

#### *F60.9*

Unter diesen Code fallen in der ICD–10 nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörungen. Dazu gehörende Begriffe sind Charakterneurose und pathologische Persönlichkeit (26). Mit 17,2% (N = 15) zum Zeitpunkt  $t_1$  handelt es sich hierbei um die zweitgrößte Gruppe an Persönlichkeitsstörungen innerhalb der untersuchten Population.

Diese Gruppe zeigt den größten Unterschied zwischen den zwei Untersuchungszeitpunkten. Die Zahl derer, die unter dieser Störung leiden, geht bis zum Zeitpunkt  $t_2$  um 13,8% auf 3,4% (N = 3) zurück.

#### *F60.2*

Bei der Diagnose F60.2 nach ICD–10 handelt es sich um eine dissoziale (antisoziale) Persönlichkeitsstörung. Sie hebt sich von anderen Persönlichkeitsstörungen durch ihre herausragenden Auswirkungen auf den sozialen Bereich ab. Sie wird klassischerweise mit Kriminalität assoziiert (44). Sie zeichnet sich durch das Unvermögen der Betroffenen, sich zu binden, und zwar weder an Menschen noch an Werte, und durch Empathieunfähigkeit aus. Hinzu kommen charakteristischerweise eine geringe Frustrationstoleranz und eine damit in Verbindung stehende niedrige Schwelle zur Anwendung von Gewalt und aggressivem, impulsivem Verhalten. Daraus resultieren die Schwierigkeiten, die sich v.a. auf den sozialen Bereich auswirken und definierend für diese Störung sind. Bei 3,4% (N = 3) der Häftlinge aus der Population wurde diese Diagnose zum Zeitpunkt  $t_1$  gestellt. Damit liegt die Prävalenz im Bereich der in der Normalbevölkerung liegenden Prävalenz von 3-7% bei Männern (47). Damit liegen die erhobenen Werte unter den für Haftpopulationen beschriebenen Werten von durchschnittlich 12-70% (47).

In dieser Gruppe zeigen sich keine Veränderungen; der Anteil derer, die von dieser Störung betroffen sind, beträgt auch zum Zeitpunkt  $t_2$  3,4% (N = 3).

### *F60.3*

Hierbei handelt es sich um eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3). Kennzeichnend für sie ist eine Störung der Impulskontrolle und ein unverhältnismäßig aggressives oder bedrohliches Verhalten. Konsequenzen des eigenen Handelns werden nicht berücksichtigt und die Personen zeichnen sich durch Launenhaftigkeit aus. Die Diagnose trifft zum Zeitpunkt  $t_1$  auf 2,3% (N = 2) der Inhaftierten zu. Dies bleibt während der Inhaftierungszeit konstant ( $t_2$ : 2,3%; N = 2).

### *F60.31*

Klinisch relevanter als die oben beschriebene instabile Persönlichkeitsstörung ist ihr Untertyp, die Borderline-Persönlichkeitsstörung (F60.31 nach ICD-10), die bei 2,3% (N = 2) der Inhaftierten zum Zeitpunkt  $t_1$  diagnostiziert wurde. Zum Vergleich liegt die Prävalenz in der Normalbevölkerung bei 0,8-2%, wobei es sich bei etwa 70% um Frauen handelt (47). Zum Zeitpunkt  $t_2$  trat die Störung nur noch bei einem Inhaftierten (1,1%) auf.

Diese Störung ist, neben dem unter *F60.3* beschriebenen Krankheitsbild, durch ein unklares Selbstbild der Patienten gekennzeichnet. Für die Betroffenen bereitet die Differenzierung unterschiedlichster Emotionen große Schwierigkeiten. Sie haben eine Störung in der Affektregulation. Emotionale Reize werden überbewertet, was ein hohes Erregungsniveau nach sich zieht, dessen Rückbildung verlangsamt ist. Dies führt oft zu extremen Spannungszuständen, denen durch selbstschädigendes Verhalten Erleichterung verschafft werden kann. Ein weiterer Beweggrund zu regelmäßigem, selbstschädigendem Verhalten, dessen Häufigkeit in dieser Patientengruppe bei 70-75% (47) liegt, ist das Gefühl der Euphorisierung im Anschluss an solche Handlungen. Typische Beispiele der Selbstschädigung sind Schnittverletzungen an den Unterarmen oder Brandverletzungen durch Zigaretten. Wenn es sich um ausgeprägte Formen der Störungen handelt, kommt es zu Suiziddrohungen und- versuchen sowie Suiziden. Die Suizidrate liegt zwischen 5 und 15% (47).

Von besonderer Bedeutung für das Verständnis der Borderline-Störung ist der psychoanalytische Abwehrmechanismus der Spaltung. Man geht hierbei von einer Störung während frühkindlicher Entwicklungsphasen (18.-36. Lebensmonat) aus. In dieser Phase „spalten“ Kinder nicht miteinander vereinbare Eigenschaften, Gefühle oder Wahrnehmungen, um Ambivalenzkonflikte zu vermeiden. Die Welt wird, um mit

ihr und mit sich selbst zurecht zu kommen, in schwarz und weiß „gespalten“. Das „Ich“ ist noch nicht dazu in der Lage, gegensätzliche Eigenschaften miteinander in Einklang zu bringen und somit eine Welt in Grautönen zu erschaffen. Wird diese Entwicklung nicht vollzogen, kommt es zu einer instabilen Wahrnehmung der eigenen Persönlichkeit sowie einem gestörten Bild der eigenen Identität (Identitätsdiffusion).

#### *F60.7*

Den kleinsten Anteil der hier diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen haben zum Zeitpunkt  $t_1$  mit 1,1% (N = 1) die abhängigen oder asthenischen Störungen (F60.7 nach ICD-10). Solche Personen zeichnen sich durch ein ausgeprägtes Gefühl der Hilflosigkeit und der eigenen Inkompetenz, und das Unvermögen eigene Entscheidungen zu fällen aus. Um dem entgegenzuwirken, kommt es oft zur Bindung an starke Bezugspersonen. Um von dieser Bezugsperson nicht verlassen zu werden - die extreme Angst vor dem Verlassenwerden ist ein weiteres Charakteristikum für diese Patienten - ordnen sie ihre eigenen Bedürfnisse und Wünsche unter und sind unverhältnismäßig nachgiebig Wünschen anderer, insbesondere der Wünsche der Bezugspersonen, gegenüber.

Zum Zeitpunkt  $t_2$  wurde kein Inhaftierter mehr mit dieser Störung diagnostiziert.

#### *II) Störungen der Psyche und des Verhaltens durch psychotrope Substanzen: F.10.0, F10.2, F11.2, F55.9*

Mit großem Abstand folgt der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen die der psychischen Störungen und Verhaltensstörungen aufgrund Missbrauchs psychotroper Substanzen. An erster Stelle der psychotropen Substanzen sei der Alkohol genannt. Zweimal (=2,3%) wurde zum Zeitpunkt  $t_1$  als Hauptdiagnose eine akute Alkoholintoxikation (F10.0 nach ICD-10) und einmal (=1,1%) die Diagnose eines Alkoholabhängigkeitsyndroms (F10.2 nach ICD-10) gestellt. In zwei Fällen (=2,3%) wurde eine akute Alkoholintoxikation als Nebendiagnose beschrieben. Bei der Diagnose von F 10.0 handelt es sich um den sogenannten einfachen Rausch im Gegensatz zum pathologischen Rausch (F10.07). Der einfache Rausch ist durch eine vorübergehende akute organische Psychose gekennzeichnet. Beim Alkoholabhängigkeitssyndrom handelt es sich um eine psychische und/oder

körperliche Abhängigkeit. Die psychische Abhängigkeit ist durch „Craving“, dem unwiderstehlichen Verlangen nach Alkohol, häufig begleitet von Kontrollverlust, gekennzeichnet. Körperliche Abhängigkeit wird durch eine Toleranzentwicklung mit nachfolgender Dosissteigerung und Entzugerscheinungen beschrieben. Die Prävalenz von Alkoholabhängigkeit liegt in Deutschland bei ca. 2,4% (48).

Des Weiteren ist zum Zeitpunkt  $t_1$  ein Fall (=1,1%) von Polytoxikomanie (F11.2 nach ICD-10) in der Gruppe der Hauptdiagnosen aufgetreten. Bei Polytoxikomanie handelt es sich um eine polyvalente Sucht, d.h. es werden wahllos, ohne dass ein bestimmter Stoff oder eine Stoffgruppe vorherrscht, Drogen konsumiert. Bestandteile verschiedener Substanzen können auch untrennbar miteinander vermischt sein. Oft handelt es sich um sogenannten „Beigebrauch“, um drogeninduzierten Nebenwirkungen wie z.B. Schlafstörungen entgegenzuwirken (28).

Innerhalb der Gruppe der Nebendiagnosen wurde die Diagnose F55.9 nach ICD-10 zum Zeitpunkt  $t_1$  in zwei Fällen (=2,3%) gestellt. Sie ist als schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen definiert, wobei die Substanz hier nicht näher definiert ist. Oft handelt es sich um den Missbrauch von Medikamenten oder Naturheilmitteln, die z.T. auch rezeptfrei zu erwerben sind (z.B. Paracetamol oder Aspirin). Die Betroffenen haben ein starkes Verlangen nach der Substanz; eine Abhängigkeit oder Entzugssymptome entwickeln sie jedoch nicht. Körperliche Folgeschäden können jedoch auch hier wie bei den Diagnosen F10-F19 nach ICD-10 auftreten.

Zum zweiten Untersuchungszeitpunkt  $t_2$  wurde kein Fall von Alkoholabusus (F.10.0) weder innerhalb der Gruppe der Haupt- noch der Gruppe der Nebendiagnosen, diagnostiziert. Damit beläuft sich der Rückgang um 5,7% (N = 5) auf Null. Alkoholabhängigkeit (F10.2) wurde ebenfalls nicht mehr diagnostiziert. Die Anzahl derer, die als Hauptdiagnose unter Polytoxikomanie (F11.2) litten, blieb gleich. Allerdings traten zwei neue Fälle (=2,3%) von Polytoxikomanie innerhalb der Gruppe der Nebendiagnosen auf, in der es zum 1. Untersuchungszeitpunkt noch keinen Fall gab.

Bei der Diagnose des schädlichen Gebrauchs nichtabhängigkeitserzeugender Substanzen (F55.9) gab es ebenfalls einige Veränderungen: In der Gruppe der Hauptdiagnosen, in der zu  $t_1$  kein Fall vorhanden war, ist zum Zeitpunkt  $t_2$  ein Fall aufgetreten (N = 1; 1,1%). In der Gruppe der Nebendiagnosen wurde zum Zeitpunkt  $t_2$  ein Fall weniger gezählt (N = 1; 1,1%). Es handelt sich hierbei nicht um

Verschiebungen zwischen den Gruppen der Haupt- und Nebendiagnosen, sondern um Veränderungen innerhalb der Gruppen.

Als vollkommen neue Diagnose trat innerhalb der Hauptdiagnosen zum Zeitpunkt  $t_2$  ein Fall (=1,1%) von schädlichem Gebrauch von Tabak (F17.1) auf. Im Rahmen dieser Diagnose muss der Konsum von Tabak so stark sein, dass er zu einer tatsächlichen physischen oder psychischen Gesundheitsschädigung führt.

### *III) Störungen der sexuellen Präferenz: F65.4*

Die Störungen der Sexualpräferenz werden nach ICD–10 unter dem Kapitel der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen beschrieben. Sie zeichnen sich durch unübliche sexuelle Phantasien und/oder Handlungen aus, die ein Übergewicht bzw. eine totale Einnahme der Sexualität des Betroffenen erreichen (49). Ihre Diagnose setzt eine Grenzziehung zwischen normalem, abnormalem und schließlich pathologischem Sexualverhalten voraus, die jedoch fließend ist: Die heute gültigen gesellschaftlichen Normen, die sich auch im kodifizierten Recht widerspiegeln, haben sich über die Zeit entwickelt und werden auch zukünftig Veränderungen unterworfen sein. So galt bis in die Romantik Pädophilie nicht als unmoralisch (41). Heute allerdings verstößt sie gegen jedwede gesellschaftliche Norm sowie gegen das Gesetz. Ein jüngeres Beispiel ist die Strafverfolgung Homosexueller in der Bundesrepublik Deutschland. Laut §175 des StGB, der aus den Ermächtigungsgesetzen von 1935 stammte, waren homosexuelle Handlungen verboten, da sie dem Sittengesetz widersprachen. Eine vollkommene Aufhebung dieses Paragraphen geschah erst 1994 im Zuge der Rechtsangleichung nach der deutschen Wiedervereinigung (44).

Wie auch immer die Normen sich verändern mögen, so handelt es sich bei sexuellen Deviationen um Verhaltensweisen und -muster, die für das Leben einer Person entweder in einer Lebensphase oder aber immerwährend bedeutsam oder dominierend sind oder zu einem Leidensdruck führen (44).

Zur Genese dieser Störungen gibt es u.a. Erklärungsansätze psychoanalytischer, lernpsychologischer und biologischer Art. Die psychoanalytische Sichtweise erklärt die Störung durch eine Fehlentwicklung der kindlichen Trieborganisation. Bestimmte Entwicklungskonflikte, insbesondere der phallischen Phase, werden von Betroffenen nicht überwunden. Dadurch kommt es in der Entwicklung zu einer Fehlbesetzung von

Objekten. Der lerntheoretische Ansatz erklärt die sexuelle Erregung auf unübliche Stimuli über klassische und operante Konditionierung.

Die genaue Genese von Störungen der sexuellen Präferenz bleibt aber weiterhin unbekannt.

Zum Zeitpunkt  $t_1$  zeigten fünf (5,7%) Inhaftierte eine Paraphilie, zwei davon fielen im Rahmen ihrer Nebendiagnose diesbezüglich auf. Bei allen Fällen handelte es sich um Pädophilie (F65.4 nach ICD-10). Die Betroffenen haben eine sexuelle Präferenz für Kinder, die sich meist in der Vorpubertät oder der frühen Pubertät befinden. Es handelt sich nicht um ein einheitliches Störungsbild: Zum einen gibt es Jugendliche, die aus Unsicherheit, Scheu und Bedürfnis nach Zuwendung handeln. Hier kann es sich um episodische Störungen handeln. Des Weiteren wird die Gruppe der sozial randständigen Jugendlichen beschrieben, die aufgrund mangelnder intellektueller Fähigkeiten und mangelnder Erziehung nicht zwischen emotionaler Zuwendung und sexueller Triebbefriedigung unterscheiden können. Zum anderen kann es sich um Erwachsene handeln, die sozial desintegriert sind und oft gleichzeitig unter einer dissozialen Persönlichkeitsstörung leiden. Außerdem kommt diese Störung auch bei Erwachsenen in pädagogischer Verantwortung vor. Im Verlauf des Kontaktes mit den ihnen anvertrauten Kindern entwickeln sie langsam ein sexuelles Interesse an Kindern und fühlen sich durch sie sexuell erregt. Schlussendlich können sie dieser Erregung nicht mehr widerstehen und es kommt zu pädophilen Handlungen (41).

Pädophilie ist die Paraphilie, die am häufigsten zu Straftaten führt; ihr Anteil macht 25-30% aller Sexualdelikte aus (41). Pädophile leiden in besonderem Maße unter der Stigmatisierung nicht nur durch die Gesellschaft außerhalb der Haftmauern, sondern insbesondere innerhalb der Haftanstalten (41). Zum Zeitpunkt  $t_2$  stieg die Zahl von Pädophilen innerhalb der Gruppe der Hauptdiagnosen auf vier (4,6%) an. Bei den Häftlingen mit der Nebendiagnose Pädophilie sank die Zahl auf einen Betroffenen (1,1%). Es handelt sich dabei nicht um eine Verschiebung zwischen den Gruppen Haupt- und Nebendiagnose, sondern um tatsächliche Veränderungen innerhalb dieser.



#### *IV) Intelligenzstörungen: F07.1, F70.9*

In diese Gruppe fallen Intelligenzminderungen, F70-79 nach ICD–10 sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund von Erkrankungen, Schädigungen oder Funktionsstörungen des Gehirns (F07–F07.9). Eine Diagnose aus letzterem Bereich zeigten zum Zeitpunkt  $t_1$  drei Inhaftierte (3,4%). Es handelte sich bei allen drei Fällen um ein postenzephalitisches Syndrom (F07.1 nach ICD–10), das eine bleibende Verhaltensänderung nach einer viralen oder bakteriellen Enzephalitis beschreibt. Patienten mit diesem Syndrom können ein breites Spektrum an Symptomen aufzeigen. Dazu gehören u.a. allgemeines Unwohlsein, Apathie oder Reizbarkeit, eine gewisse Verminderung kognitiver Funktionen, veränderte Schlaf- und Essgewohnheiten, Änderungen im Sexualverhalten und in der sozialen Urteilsfähigkeit sowie dem sozialen Verhalten, die unter Umständen zum Verlust der Impulskontrolle führen können. Letzteres kann in aggressives Verhalten münden und Straftaten nach sich ziehen (41). Außerdem können bleibende neurologische Störungen wie Lähmung, Taubheit, Aphasie, Akalkulie oder Apraxie auftreten. Im Gegensatz dazu, und als deutliches Unterscheidungskriterium zu organischen Störungen (F0.70), ist das Syndrom oft reversibel. So zeigte sich ein Rückgang dieses Krankheitsbildes auf einen Betroffenen (1,1%) zum Zeitpunkt  $t_2$ .

Bei den Intelligenzminderungen handelt es sich laut ICD–10 um eine bestehende deutlich unterdurchschnittliche allgemeine intellektuelle Fähigkeit, die durch eine mangelnde, stehen gebliebene oder unvollständige geistige Entwicklung entsteht. Die Ausprägung ist stark variabel. Sie kann sich auf eine Intelligenzminderung beschränken oder aber zusammen mit physischen Syndromen (z.B. bei Trisomie 21) oder psychischen Auffälligkeiten auftreten. Intelligenzgeminderte leiden dreimal so häufig unter psychischen Störungen wie die Allgemeinbevölkerung (41). Außerdem ist ihr Risiko, körperlich oder sexuell missbraucht zu werden, höher. Des Weiteren kann eine Intelligenzminderung zu Verhaltensstörungen verschiedenen Ausmaßes und unterschiedlicher Ausprägung führen. Die Genese der Intelligenzminderung ist in 30-40% der Fälle unbekannt, dann handelt es sich um eine genuine Intelligenzminderung (31). In 30% der Fälle sind frühe embryonale Störungen die Ursache, in 15-20% sind es Umwelteinflüsse oder psychiatrische Erkrankungen, bei 10% handelt es sich um Probleme während der Schwangerschaft und der

Perinatalzeit, 5% haben genetische Ursachen und bei 5% handelt es sich um körperliche Erkrankungen im Kindesalter (28).

Intelligenzminderungen werden in verschiedene Grade unterteilt. Die Einteilung orientiert sich in der Hauptsache am Intelligenzquotienten (IQ). Hierbei ergeben sich von leichter bis schwerster Intelligenzminderung vier Schweregrade. Auf die sich ergebende Problematik durch Anwendung standardisierter Intelligenztests wird unter 4. weiter eingegangen.

Bei einem Inhaftierten (1,1%) wurde als Nebendiagnose eine leichte Intelligenzminderung mit einer nicht näher bezeichneten Verhaltensstörung (F70.9) festgestellt (keine unterschiedlichen Ergebnisse für die beiden Erhebungszeitpunkte). Der IQ bei einer leichten Intelligenzminderung liegt zwischen 50 und 69. Dieser Proband hat einen IQ von 67 und eine andere spezifische Persönlichkeitsstörung (F60.8 nach ICD-10). Bei diesem Schweregrad ist oft keine Ursache für die Intelligenzminderung feststellbar; bei 90% handelt es sich um eine genuine Intelligenzminderung (41). Weiterhin zeigt sich in diesen Fällen oft eine Verzögerung der sprachlichen Entwicklung. Sie erreicht jedoch ein Niveau, das für den täglichen Umgang reicht. Die Personen sind, was Essen, Kleiden, körperliche Hygiene und Darm- und Blasenentleerung betrifft, selbständig. Probleme entstehen in der schulischen Ausbildung. Oft besuchen sie Sonderschulen für Lernbehinderte und ergreifen einen praktischen Beruf (50). Bei sozialer und emotionaler Unreife kann es zu schwerwiegenden Problemen bei Partnerschaftsbeziehungen und der Kindererziehung kommen (50).

#### *V) Anpassungs- und Affektstörungen: F33.11, F43.21, F 34.1, F31.7, F45.8*

In dieser Gruppe sind zum Untersuchungszeitpunkt  $t_1$  zwei Fälle (2,2%) aufgetreten: Ein Inhaftierter (1,1%) litt unter einem längeren depressiven Zustand als Folge einer länger anhaltenden Belastungssituation (F43.21). Bei diesem Krankheitsbild handelt es sich um einen gestörten Anpassungsprozess, der zu leichten depressiven Symptomen wie Weinerlichkeit, Hoffnungslosigkeit und Antriebsschwäche führt und auch soziale Einschränkungen mit sich bringen kann. Als belastende Situation kommt u.a. auch eine Inhaftierung in Frage. Die Symptome sollten für die Diagnosestellung spätestens sechs Monate nach Sistieren der belastenden Reaktion remittieren. Die Gefahr einer Chronifizierung besteht allerdings.

Diese Störung ging zurück, so dass zum Zeitpunkt  $t_2$  kein Häftling mehr davon betroffen war.

Ein weiterer Inhaftierter (1,1%) zeigte die Merkmale einer neurotischen Depression (Diagnose aus der damals gültigen ICD-9-Kodierung). Dieser Begriff wird aufgrund mangelnder diagnostischer Genauigkeit in der ICD-10-Kodierung durch den der Dysthymie (F 34.1) ersetzt. Dabei handelt es sich um eine chronische depressive Verstimmung leichteren Grades, die zu den affektiven Störungen zählt. Die depressive Verstimmung muss über zwei Jahre andauern. Sie tritt meist in der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter auf. Die Patienten fühlen sich oft müde, leiden unter Schlafstörungen und können nichts genießen. Mit den Anforderungen des täglichen Lebens kommen sie meistens zurecht. Oft liegen der Erkrankung nicht verarbeitete Kränkungen, Schwierigkeiten bei Trennungen oder das Gefühl des Verlassenwordenseins zu Grunde. Diese Schwierigkeiten können sich letztendlich gegen die Person selbst richten und in einer depressiven Phase münden. Für die Betroffenen kann es Zeiten von Wochen und Monaten geben, in denen sie sich gut fühlen und weitestgehend beschwerdefrei sind. Dennoch besteht die Gefahr der Chronifizierung. Außerdem kann es zum Auftreten einer Major Depression kommen, die die Dysthymie überlagert, eine sogenannte „Doppelte Depression“ (51). Die Krankheit kann soziale Isolation, Arbeitslosigkeit oder Probleme innerhalb der Ausbildung mit sich bringen.

Innerhalb der Gruppe der Hauptdiagnosen haben sich bei diesem Krankheitsbild keine Veränderungen ergeben. Allerdings ist ein neuer Fall innerhalb der Gruppe der Nebendiagnosen aufgetreten, so dass es sich zum Untersuchungszeitpunkt  $t_2$  insgesamt um zwei Betroffene (2,2%) handelte.

Zum Zeitpunkt  $t_2$  kommt eine gegenwärtig mittelgradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung mit somatischen Symptomen (F33.11) bei einem Inhaftierten (1,1%) auf. Die Betroffenen leiden unter gedrückter Stimmung, Konzentrationsschwierigkeiten, einem verminderten Selbstwertgefühl und pessimistischen Gedanken über die Zukunft. Suizidgedanken oder Suizide kommen neben Selbstverletzungen vor. Wenn, wie in diesem Fall, das klinische Bild eines somatischen Syndroms auftritt, stehen Symptome wie Gewichtsabnahme und deutlicher Appetitverlust, Morgentief, morgendliches Erwachen zwei oder mehr Stunden früher als nötig, Gleichgültigkeit gegenüber positiven Ereignissen oder einer freundlichen Umgebung oder Libidoverlust im Vordergrund. Bei einer mittelgradigen

Episode zeigt der Betroffene erhebliche Schwierigkeiten im sozialen, häuslichen und beruflichen Bereich. Die Störung tritt in der Regel ab dem 5. Lebensjahrzehnt auf. Oft entsteht sie als Reaktion auf ein belastendes Lebensereignis. Eine Episode dauert mindestens zwei Wochen. Die Gefahr des Übergangs in eine anhaltende Depression besteht.

Innerhalb der Gruppe der Nebendiagnosen sind zwei weitere neue Fälle dieser Übergruppe „Anpassungs- und Affektstörungen“ aufgetreten: Eine bipolare affektive Störung, die gegenwärtig remittiert ist (F31.7), und eine andere somatoforme Störung (F45.8).

Bei somatoformen Störungen (F 45.0) klagt der Patient wiederholt über mannigfaltige, oft auch wechselnde, schwer zuzuordnende körperliche Beschwerden, obwohl keine adäquaten organischen Korrelate zu eruieren sind. Die Patienten reagieren oft mit Unverständnis, wenn sie mit einer psychischen Ursache ihrer Beschwerden konfrontiert werden. Bei den anderen somatoformen Störungen (F45.8) beschränken sich die Symptome auf ein Organ oder ein Organsystem. Beide Formen können oft mit einer Belastung in Zusammenhang gebracht werden oder führen zu gesteigerter medizinischer Aufmerksamkeit des Betroffenen.

Die genaue Ätiologie der Erkrankung sowie Verlaufsdeterminanten sind bis heute Gegenstand der Diskussion: Es gibt Hinweise zur Vererbung sowie scheinen belastende Ereignisse in der Kindheit und Jugend (insbesondere Missbrauch) eine Rolle zu spielen. Schwierigkeiten, Gefühle auszudrücken, scheinen auch prädisponierend für die Erkrankung zu sein. Letztlich können die für den Patienten als positiv erscheinende Fürsorge durch die Umwelt, der sogenannte Krankheitsgewinn, zu einer Verstärkung und Beibehaltung des Krankheitsbildes führen (52).

Bei den affektiven Störungen verändern sich die Stimmung und der Antrieb einer Person. Die Bipolarität dieser Störungen entsteht durch das Auftreten manischer und depressiver Phasen. Meist beginnt eine bipolare Störung bereits in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter, d.h. früher als eine unipolare Störung. Bipolare Störungen manifestieren sich zumeist als erstes mit einer abrupt einsetzenden manischen oder hypomanischen Phase. Darauf folgt mit, in den meisten Fällen jedoch ohne, freiem Intervall eine Depression (51). Die Phasenlänge ist in ihrer Dauer von zwei Wochen bis zu fünf Monaten sehr unterschiedlich.

Die manischen Phasen können sehr eindrücklich sein: Der Maniker ist sehr heiter, überschwänglich, erregt und rastlos. Es kommt zum Rededrang und vermindertem Schlafbedürfnis. Die üblichen gesellschaftlichen Hemmungen gehen verloren und die Sexualität kann gesteigert sein. Es werden leichtfertig Geld ausgegeben oder Verträge abgeschlossen. Die Stimmung kann sehr gereizt sein und schnell in aggressives Verhalten münden, was zu Straftaten führen kann. 20-30% der Betroffenen zeigen auch in den freien Phasen Störungen im zwischenmenschlichen Kontakt und auf beruflicher Ebene (51). Insgesamt entsteht so das Bild von unsteten, instabilen Persönlichkeiten.

#### *VI) Schizophrenie und wahnhaftige Störungen: F21, F20.0*

In dieser Gruppe gab es zum Zeitpunkt  $t_1$  einen Fall in der Gruppe der Hauptdiagnosen (=1,1%), bei dem es sich um eine schizotype Störung (F21 nach ICD-10) handelte. Zum Zeitpunkt  $t_2$  tritt die schizotype Störung nicht mehr auf. Neu treten zum Zeitpunkt  $t_2$  drei Fälle von einer anderen Unterform der Schizophrenie auf (s.u.).

Das Charakteristische einer schizotypen Störung ist ein durchgängiges psychisches Muster. Es kennzeichnet sich durch Eigentümlichkeiten in der Vorstellungswelt, einen kalten oder unnahbaren Affekt, soziale Isolierung und ein seltsames äußeres, oft schrulliges, exzentrisches Erscheinen. Des Weiteren können Beziehungsideen oder intensive Illusionen auftreten, die jedoch keine Wahnkriterien erfüllen. Die Störung kann sich auf die Sprache niederschlagen, die dann vage, umständlich, metaphorisch oder gekünstelt ist. Ein Übergang in eine Schizophrenie ist möglich.

Die Störung tritt vermehrt bei Personen mit Angehörigen ersten Grades mit Schizophrenie auf. Folglich dessen nimmt man an, dass sie ein Teil des genetischen „Spektrums“ der Schizophrenie ist.

Zum Zeitpunkt  $t_2$  traten drei Fälle paranoider Schizophrenie (F20.0 nach ICD-10) in der Gruppe der Hauptdiagnosen auf. Schizophrenie zeichnet sich durch eine Inkohärenz des Denkens und Fühlens aus. Diese beiden Dimensionen passen nicht mehr zusammen und scheinen gespalten zu sein. Die Denkweise erscheint zerfahren, mit Sprüngen und schlecht nachvollziehbar. Die Sprache kann unverständlich und vage sein. Erkrankte leiden oft unter Wahnvorstellungen und Halluzinationen. Dabei handelt es sich am häufigsten um akustische Halluzinationen,

aber auch optische oder olfaktorische Halluzinationen können vorkommen. Der Affekt ist inadäquat und verflacht, was teilweise zu Antriebsminderungen führt. Oft isolieren sich die Erkrankten; überwältigt, eingenommen oder kontrolliert von ihren Wahnvorstellungen oder Halluzinationen, scheinen sie in ihrer eigenen Welt zu leben. Bei der paranoiden Form der Schizophrenie bestimmen der Wahn und Halluzinationen das Krankheitsbild. Sie ist die häufigste Form aller Schizophrenien (44).

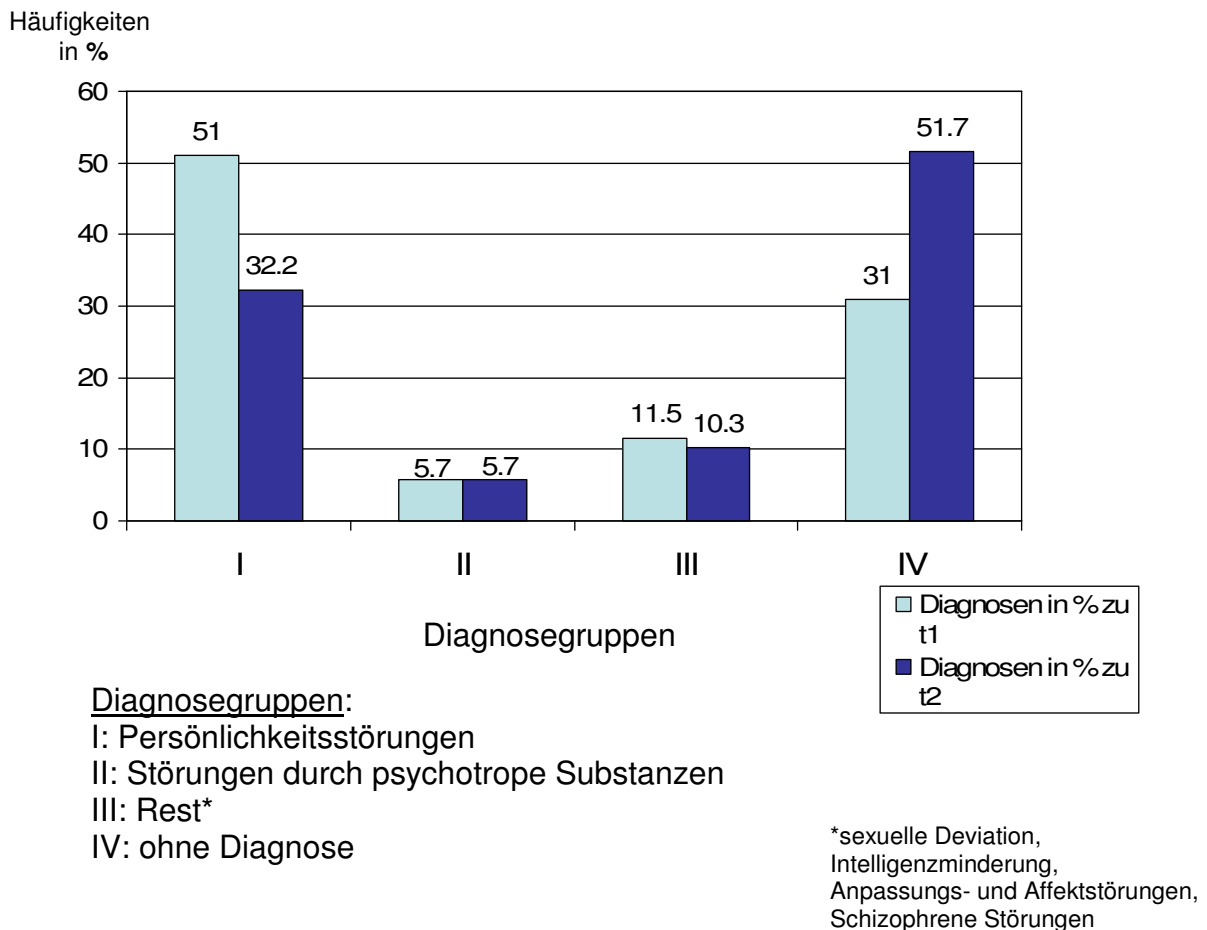
Die Genese der Erkrankung ist noch nicht geklärt. Es werden genetische Faktoren, psychische Belastungen im Laufe des Lebens (Life Events), Infektionen während des zweiten Trimenons der Schwangerschaft und Geburtskomplikationen diskutiert (41, 53). Man nimmt an, dass die Kombination mehrerer dieser Faktoren die Krankheit zum Ausbruch bringen kann.

### **3.4.1 Zusammenfassende Betrachtungen der Entwicklung psychischer Störungen während der Haft**

Insgesamt ging die Anzahl derer mit einer psychiatrischen Diagnose zwischen den beiden Diagnosezeitpunkten zurück: Von 69% (N = 60) zum Zeitpunkt  $t_1$  auf 48,3% (N = 42) zum Zeitpunkt  $t_2$ . 42,5% zeigten eine rein qualitative Veränderung ihrer Diagnose. 10,34% (N = 9), die eine zusätzliche Diagnose entwickelten, standen 28,78% (N = 25) gegenüber, bei denen eine Diagnose zum Zeitpunkt  $t_2$  nicht mehr gestellt wurde: Betrachtet man die übergeordneten Gruppen, so zeigte sich folgendes Verhältnis: 32,2% aller Untersuchten hatten zum zweiten Gutachtenzeitpunkt eine Persönlichkeitsstörung (s. Abbildung 6). Dieser Anteil ging damit um 19,5% zurück. Es handelt sich hierbei um die größte Veränderung von Diagnosen zwischen den beiden Diagnosezeitpunkten. Größer ist nur noch der Zuwachs der Gruppe von Häftlingen, die zum Zeitpunkt  $t_2$  keine psychische Diagnose mehr haben. Ihr Prozentsatz stieg um 20,7% auf 51,7% zum Zeitpunkt  $t_2$  an. Dieser Zuwachs erklärt sich hauptsächlich durch den „Schwund“ bei den Persönlichkeitsstörungen. Die Anzahl der Häftlinge, die mit psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen auffielen, blieb bei 5,7% (N = 5). Die Gruppe der restlichen Diagnosen (Gruppe III-VI) verkleinerte sich um 1,2% auf 10,3% (N = 9). Dabei entfielen auf die Gruppe der Intelligenzminderungen 1,1%

(N = 1; -3,5% gegenüber t<sub>1</sub>), der sexuellen Deviation 4,6% (N = 4; +1,1% gegenüber t<sub>1</sub>), der Angststörungen 1,1% (N = 1; -1,1% gegenüber t<sub>1</sub>) und der schizophrenen Störungen 3,4% (N = 3; +2,3% gegenüber t<sub>1</sub>).

Abb. 6: Unterschiede der Häufigkeiten der Diagnosegruppen zwischen t<sub>1</sub> und t<sub>2</sub> in %



Im Folgenden zeigt eine Kreuztabelle die Veränderungen der einzelnen Diagnosegruppen. Auffallend sind auch hier die großen Veränderungen im Bereich der Persönlichkeitsstörungen. Bei insgesamt 23 Häftlingen wurde zum zweiten Diagnosezeitpunkt nicht mehr die Persönlichkeitsstörung, die sie zum Beginn ihrer Haftzeit hatten, diagnostiziert: 17 litten unter keiner Störung mehr, zwei entwickelten eine Störung ausgelöst durch psychotrope Substanzen, zwei zeigten die Ausprägung einer anderen Persönlichkeitsstörung, einer wurde sexuell deviant und einer wurde durch eine Schizophrenie auffällig.

Tab. 3: Kreuztabelle zu Diagnosenveränderungen und- umverteilung zwischen den einzelnen Gruppen zwischen  $t_1$  und  $t_2$

		Diagnose t2						
		Keine	Schizo- phrene Störungen	Persönlich- keitsstörung	Störungen durch psychotrope Substanzen	sexuelle Deviation	Affekt- störungen	Total
Diagnose $t_1$	Keine	0	2	1	1	0	0	4
	Persönlich- keitsstörung	17	1	2	2	1	0	23
	Störungen durch psychotrope Substanzen	2	0	1	0	0	0	3
	Intelligenz- minderungen	2	0	1	0	0	1	4
	Affekt- störungen	0	0	1	0	0	1	2
	schizophrene Störungen	0	0	1	0	0	0	1
Total		22	3	7	3	1	1	37

(Erläuterung: In der linken Spalte, unter „Diagnose  $t_1$ “, stehen die Diagnosegruppen. Rechts, unter „Diagnose  $t_2$ “, wird der Anteil einer Diagnosegruppe, deren Diagnose sich verändert hat, in der jeweils neuen Diagnosekategorie numerisch aufgeführt. Die Spalte „Total“ fasst die gesamte Anzahl der Veränderungen, die in einer Diagnosegruppe aufgetreten sind, zusammen.)

Bei der Auseinandersetzung mit der Frage, was eine frühere Inhaftierung für einen Einfluss auf die psychische Konstitution eines Häftlings hat, zeigte sich Folgendes: Es besteht weder ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Dauer der früheren Inhaftierung und dem Auftreten einer Diagnose zum Zeitpunkt  $t_1$  ( $p = 0,150$ ; zweiseitige Signifikanztestung ) oder  $t_2$  ( $p = 0,802$ ; zweiseitige Signifikanztestung ) noch zwischen der aktuellen Inhaftierung und dem Auftreten einer Diagnose zum Zeitpunkt  $t_2$  ( $p = 0,200$ ; zweiseitige Signifikanztestung). Auch zwischen der Anzahl der



begangenen Delikte und dem Auftreten einer Diagnose zum Zeitpunkt  $t_1$  ergibt sich kein signifikanter Zusammenhang ( $p = 0,061$ ; zweiseitige Signifikanztestung). Die Durchführung einer Psychotherapie während der Haft hat einen Einfluss auf das Auftreten einer Diagnose zum zweiten Untersuchungszeitpunkt ( $p = 0,037$ ; zweiseitige Signifikanzmessung;  $r = 0,224$ ). Ebenso besteht eine Korrelation zwischen der Durchführung einer schulischen oder beruflichen Ausbildung und dem Auftreten einer Diagnose zum zweiten Gutachtenzeitpunkt ( $r = -0,217$ ;  $p = 0,044$ ).

## **4. Diskussion der Ergebnisse**

Die Beantwortung der scheinbar schlichten Frage, welche Auswirkungen lange Haftstrafen auf die psychische Gesundheit haben, ist sehr komplex und vielschichtig. Eine einheitliche Antwort gibt es nicht. Um mehr Klarheit zu verschaffen, werden die einzelnen Punkte der Einleitung nun wieder aufgegriffen und anhand der Ergebnisse diskutiert.

### **4.1 Auftreten von manifesten psychischen Erkrankungen**

Betrachtet man die Entwicklung des Auftretens psychischer Diagnosen während der Haft, sticht zunächst ins Auge, dass der Anteil der Häftlinge, der unter manifesten psychischen Erkrankungen leidet, massiv zurückgeht. Zu Haftbeginn wurde noch bei 69% (N = 60) eine Diagnose festgestellt, zum zweiten Gutachtenzeitpunkt war das noch bei 48,3% (N = 42) der Fall. Dieser Rückgang beschränkt sich fast ausschließlich auf einen Schwund bei den Persönlichkeitsstörungen (Rückgang um 19,5%) und hier insbesondere bei den nicht näher bezeichneten Persönlichkeitsstörungen (F60.9) ( $t_1 = 17,2\%$ ;  $t_2 = 3,4\%$ ).

Betrachtet man nun die Tatsache, dass Persönlichkeitsstörungen als lang anhaltende Zustandsbilder und Verhaltensmuster einer Person definiert sind, stellt dieses Ergebnis die Vergleichbarkeit der Diagnosen in Frage (26). Eine Veränderung der persönlichen Strukturen ist möglich, ein dermaßen großer Schwund bei einer eigentlich über die Zeit stabilen Störung erscheint doch eher unwahrscheinlich. Andererseits ist erwiesen, dass sich die Störungen während des Lebens verändern können und ihre Ausprägung von den jeweiligen Lebenssituationen abhängt (54). So kommt es bei den Betroffenen beispielsweise im frühen Erwachsenenalter vermehrt zu Krisen (54).

Eine Erklärung für die Abnahme der Störungen könnte außerdem ein gewisser „Bias“ sowohl auf Seiten des Diagnostikers als auch des Gefangenen sein. Des Weiteren ist die Tatsache nicht zu unterschätzen, dass viele der Häftlinge mehr als zweimal während ihrer Haft begutachtet wurden. Gemessen an der enormen Relevanz dieser Gutachten für den Gefangenen, ist die Unterstellung gerechtfertigt, dass der Einzelne seine Erfahrungen aus früheren Gutachten versucht zu seinen Gunsten einzusetzen.

Nicht zu vernachlässigen ist zudem die Tatsache, dass oft zwei verschiedene Diagnostiker zu zwei vollkommen unterschiedlichen Zeiten die Gutachten erstellt haben. Die Perzeption von Normen und Werten ändert sich über die Zeit, was die Beurteilung von psychischen Störungen beeinflussen kann. Letztlich handelt es sich beim größten Teil um nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörungen (F60.9), also um die Subgruppe unter den Persönlichkeitsstörungen, die am weitesten gefasst ist, deren Grenzen also unklarer sind als die anderer Persönlichkeitsstörungen.

Die Veränderungen innerhalb der anderen Subgruppen haben aufgrund ihrer geringen Anzahl keine statistische Relevanz.

Keinen Einfluss hat die Länge der Vorhafterfahrung oder die Länge der aktuellen Haft auf die Entwicklung psychiatrischer Diagnosen. Die Psychotherapie hingegen hat einen Einfluss ( $p = 0,037$ ; zweiseitige Signifikanzmessung; Korrelationskoeffizient  $r = 0,224$ ). Dies könnte auf einen positiven Effekt der Psychotherapie hinweisen.

#### **4.2 Diskussion der Anpassungs- und Belastungsstörungen**

Zunächst wird sich zu den direkt mit der Haft in Verbindung zu bringenden Anpassungs- und Belastungsstörungen geäußert, die im Laufe der Zeit bei insgesamt 17,2% der Inhaftierten eingetreten sind. Rechnet man die Suizidversuche hinzu, die ebenfalls in diese Kategorie fallen (40), handelt es sich sogar um 25,2%. Die Tatsache, dass jeder vierte Häftling zumindest einmal während seiner Haftzeit mit einer solch starken Reaktion, die Verzweiflung, Hilf- und Hoffnungslosigkeit ausdrückt, auf die Haftumstände reagiert, sollte zum Nachdenken anregen. Zumal die Suizide in diesem Studiendesign nicht berücksichtigt wurden (in so einem Fall kam es ja zu keinem zweiten Gutachten). Deren Zahl ist unter Gefangenen höher als in der Normalbevölkerung (55). Somit ist die eigentliche Zahl derer, die auf diese Weise ihren „Zustand“ beenden wollen, noch höher anzusetzen. Nun geht aus der vorliegenden Untersuchung nicht hervor, ob sich diese extremen Reaktionen in einem oder mehreren spezifischen Zeiträumen häufen oder sich gleichmäßig über den Haftverlauf verteilen. Ist es eine Auswirkung der Langzeithaft oder der Angst vor der Langzeithaft? Treten die Reaktionen womöglich erst nach langer Inhaftierung auf? Oder ist die Haft solch eine belastende Situation, dass sie bei einem gewissen Anteil unweigerlich zu Anpassungsstörungen führt? Denn während der Haftzeit

kommt es zur Auseinandersetzung mit der Tat, Fragen der Schuld, einer Ungewissheit über die Zukunft und dem Bewusstwerden des Freiheitsverlustes. Die Untersuchten haben zum Großteil sehr schwere Verbrechen verübt (Mord: 42,5% (N = 37), gemeinschaftlicher Mord: 13,8 % (N = 12), sexueller Missbrauch: 9, 2% (N = 8)). Es ist anzunehmen, dass die Auseinandersetzung mit ebendiesen Taten sehr belastend sein kann.

Es gibt Hinweise in der Literatur (8, 13, 14, 19, 55-58), die dafür sprechen, dass eine Häufung von Haftreaktionen, v.a. von Suiziden und Suizidversuchen, besonders in den ersten Haftmonaten sowie in der Untersuchungshaft, während der Bewährungszeit und kurz vor Haftende anzutreffen ist. Das würde bedeuten, dass die Umstellung eine Krisenreaktion auslöst. Aber treten diese Reaktionen besonders gehäuft bei Langzeithäftlingen in der Anfangsphase auf? Diese Fragen müssten meiner Meinung nach noch eingehender untersucht werden, um auf wissenschaftlicher Basis mehr Unterstützung während dieser „Eingewöhnungszeiten“ anbieten zu können. Das Ziel einer solchen Unterstützung müsste die Prävention von psychischen Schäden sein und schlussendlich gegen Haftende der besseren Wiedereingliederung des Gefangenen dienen.

#### **4.3 Diskussion affektiver und somatoformer Störungen und emotionaler Labilität**

Bei der Beschäftigung mit der Frage nach Auswirkungen der Haft auf länger anhaltende, persönlichkeitsverändernde psychische Erkrankungen, wird insbesondere auf das Auftreten depressiver Störungen eingegangen. Die vorliegenden Zahlen manifester Diagnosen insgesamt reichen nicht aus, um handfeste Aussagen darüber treffen zu können, ob die Haft zu affektiven Störungen führt. Betrachtet man beispielsweise allein die Veränderung der Depressionen, so kann man keine eindeutige Tendenz feststellen: Es handelt sich um vereinzelte neue Erkrankungsfälle hier und einige gesundete Probanden dort. Hinzu muss man noch den Effekt berücksichtigen, dass zwei Gutachter, ungeachtet präziser Diagnosewerkzeuge, unterschiedlicher Auffassung über z.B. die Schwere einer Depression sein können. Andererseits hätte man auch annehmen können, dass sich der Trend der letzten Jahrzehnte, vermehrt Depressionen in der

Allgemeinbevölkerung zu diagnostizieren, auch auf die Diagnosen innerhalb der Haftpopulation niederschlagen würde (51, 59). Dies scheint nicht der Fall zu sein. Heißt das nun, dass Häftlinge nicht so anfällig für Depressionen sind wie die Normalbevölkerung? Um diese Frage zu erörtern, werde ich nun einige relevante Ergebnisse der Persönlichkeitstests heranziehen: Die Skalen zur Abbildung der Eigenschaften von Depressivität (FPI 3), Maskulinität (FPI M) und emotionaler Labilität (FPI N) und im weiteren Sinne Nervosität (FPI 1) des FPI sowie die Faktoren Vertrauensbereitschaft vs. skeptische Haltung (Faktor L) und Selbstvertrauen vs. Besorgtheit (Faktor O) des 16-PF deuten auf eine Stabilisierung der Depressivität und der emotionalen Labilität hin. Die in diesem Zusammenhang besonders bedeutsame Skala Depressivität (FPI 3) liegt zwar zu beiden Erhebungszeitpunkten außerhalb der Norm, verschiebt sich allerdings zum zweiten Messzeitpunkt näher zum Normbereich und liegt mit 6,32 Punkten nur noch knapp darüber. Damit zeigt das Ergebnis die Linderung von Niedergeschlagenheit, Minderwertigkeitsgefühlen, Einsamkeit oder Angst und Konzentrationsschwierigkeiten. Auch der Faktor O des 16-PF beschreibt durch seine Ergebnisse eine Normalisierung der zu Beginn eher ängstlichen, besorgten und depressiven Grundhaltung der Häftlinge. Der deutlichste Unterschied zeigt sich auf der Skala der emotionalen Labilität (FPI N): Der anfangs außerhalb des Normbereichs liegende Wert verschiebt sich um 1,23 Punkte ( $p = 0,007$ ) in Richtung emotionale Stabilität und liegt innerhalb der Norm. Dies bedeutet, dass Symptome, wie sie zum Bild einer Depression gehören, wie z.B. Grübeleien, Sorgen, Teilnahmslosigkeit, Traurigkeit oder Störungen im sozialen Kontakt, stark zurückgehen. Es zeigt sich beim Faktor emotionale Störbarkeit vs. emotionale Widerstandsfähigkeit (Faktor C) des 16-PF, der Vergleichbares abbildet, ein paradoxes Ergebnis: Die emotionale Störbarkeit nimmt während der Haftzeit zu. Sie ist zu Beginn bereits außerhalb der Norm, doch zu Haftende so weit von der Norm entfernt wie kein anderes Ergebnis des 16-PF zu diesem Zeitpunkt. Erklären lässt sich diese Diskrepanz unter Umständen damit, dass es sich um Ausreißer handelt: Nur sechs Probanden aus der Gruppe der FPI-Probanden ( $N = 24$ ) wurden auch mit dem 16-PF-Test befragt, bei den restlichen 18 handelt es sich also zu den beiden Messzeitpunkten nicht um dieselben Personen.

Die Werte der Skala Maskulinität (FPI M) nähern sich ebenfalls im Laufe der Zeit der Norm an. Sie liegen zum zweiten Erhebungszeitpunkt nur noch knapp darunter; sie entwickeln sich demnach weg von der femininen Selbstdarstellung. Diese wird im

Test mit folgenden Eigenschaften beschrieben: sowohl wenig Selbstvertrauen und Zuversicht als auch niedergedrückte Stimmung und psychosomatische Allgemeinstörungen; allesamt Symptome wie sie auch bei einer Depression auftreten können und im Laufe der Haftzeit weniger stark ausgeprägt sind. Außerdem besteht nach Berechnung der Korrelation nach Pearson ein Zusammenhang zwischen der Länge der aktuellen Haftstrafe und dem Grad der femininen Darstellung mit einem Korrelationskoeffizienten von  $r = 0,456$  ( $p = 0,015$ ). Die Ergebnisse der Skala Nervosität (FPI 1) verändern sich ebenfalls in Richtung Normbereich und liegen zum zweiten Untersuchungszeitpunkt im Normbereich. Deuteten die Ergebnisse zu Haftbeginn noch eher auf leichte Ermüdbarkeit, ausgeprägte körperliche Affektresonanz hin, was für eine larvierte (somatisierte) Depression charakteristisch ist, werden diese Eigenschaften von den Häftlingen zum Haftende hin nicht mehr bei sich wahrgenommen.

Ähnliche Ergebnisse wurden auch in anderen Studien ermittelt. So untersuchte Rasch 1981 (4) lebenslänglich Verurteilte in einer Querschnittsstudie. Die Ergebnisse für Depressivität zeigten eine Normalisierung. Weiterhin beschreibt Walker (8) keinen Zusammenhang zwischen Depressionen und der Länge einer Haftstrafe, vielmehr zwischen Depressionen und dem Grad der Bildung.

Außerdem beschreibt der Faktor L des 16-PF eine signifikante Veränderung ( $p = 0,016$ ) der skeptischen Haltung. Die Werte sinken mit der Haftzeit in den Normbereich ab, was nun einem normalen Maß an Vertrauensbereitschaft entspricht und nicht mehr einen misstrauischen, skeptischen Häftling widerspiegelt.

Insofern kann man eine gewisse Stabilisierung der emotionalen Lage während einer langen Haftzeit vermuten. Dies könnte ganz allgemein einen Adaptationsprozess beschreiben. Andererseits könnte es mit dem Herkunftsmilieu der Strafgefangenen zusammenhängen: Oft kommen sie aus zerrütteten Familienverhältnissen oder großer Armut (Beobachtung aus der Gutachtendurchsicht). Eine Hypothese wäre, dass die festen Strukturen der Haft zu einer Stabilisierung der Inhaftierten führen. Bei ihnen geht es während der Haft vielmehr um eine Sozialisierung als um eine Resozialisierung.

Doch wäre die Idealvorstellung, es nicht zu der Notwendigkeit einer Sozialisierung kommen zu lassen. Im Zuge dessen müssten von den Entscheidungsträgern vorausblickende Maßnahmen im Bereich der Kinder-, Familien- und

Jugendbetreuung getroffen werden. Solche Maßnahmen sind kostspielig. Andererseits argumentiert die Legislative bei der Rechtfertigung der lebenslangen Haftstrafe mit ihrer Pflicht, das höchste Gut in einem Staat, das Leben der Bürger, zu schützen (22). Wären Investitionen im Rahmen der Prävention dann nicht auch zum Schutz des Lebens der Bürger? Des Weiteren dürfen die finanziellen Aufwendungen für unser Rechtssystem und Gefängnisse ebenfalls nicht vernachlässigt werden. Folglich sollte die Frage gestellt werden, ob die Gelder verstärkt für den aktiven Schutz der Bevölkerung, also für die Prävention oder für den reaktiven, d.h. für den Justizvollzug, benutzt werden.

Des Weiteren werden die möglichen Auswirkungen der Haft auf psychosomatische Erkrankungen betrachtet, die in engem Zusammenhang mit Depressionen stehen (28). Insgesamt traten zwei Erkrankungen mit psychosomatischer Diagnose auf: F45.8 und F33.11. Dies ist jedoch zu wenig, um daraus generelle Aussagen ableiten zu können. Allerdings könnte diese niedrige Anzahl an Fällen vermuten lassen, dass die Haft scheinbar nicht in überhöhtem Maße zum Auftreten psychosomatischer Erkrankungen führt. Es sollte aber unbedingt berücksichtigt werden, dass es sich hier um eine Studienpopulation mit einem Männeranteil von 97,7% handelt. Im Allgemeinen treten Somatisierungsstörungen häufiger bei Frauen auf (28). Eine genauere Betrachtung von Häftlingspopulationen mit einem höheren Frauenanteil wäre demnach von Nöten, um diese Frage besser beantworten zu können.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass in der hier vorliegenden Längsschnittstudie ein vermehrtes Auftreten depressiver Erkrankungen, wie sie von der WHO definiert werden, nach langen Haftstrafen nicht zu beobachten war. Eine generelle Tendenz der Stabilisierung der emotionalen Labilität und depressiven Stimmung ist zu beobachten.

#### 4.4 Auswirkungen auf den Intellekt

Eine weitere Frage, die Fachleute zu Theorien bewogen hat (s. Einleitung), ist diese: Führt Langzeithaft zu verfrühter Senilität, Abstumpfung oder intellektueller Verarmung? Macht sie aus eigenständig denkenden Menschen passive, unselbständige Häftlinge, die die Welt außerhalb der Mauern nicht mehr meistern können?

Dies würde sich beispielsweise im vermehrten Auftreten von abhängigen Persönlichkeitsstörungen (F60.7) widerspiegeln. Hier handelt es sich allerdings um sehr extreme Ausmaße von Abhängigkeiten, die in Haftpopulationen sehr viel seltener vorkommen als beispielsweise Borderline-Persönlichkeitsstörungen oder antisoziale Persönlichkeitsstörungen (41). So tritt auch hier nur ein Fall auf, der zum zweiten Gutachtenzeitpunkt nicht mehr diagnostiziert wurde.

Des Weiteren kommt das Problem hinzu, dass man einen Verlust an Selbständigkeit am besten feststellen kann, wenn man sie wirklich braucht; nämlich in Freiheit und nicht hinter Gitterstäben. Um diese Frage besser beantworten zu können, würde sich eine Untersuchung an gerade entlassenen Häftlingen anbieten.

Anhand der Persönlichkeitstests findet sich innerhalb des FPIs keine Skala, die eine solche Veränderung widerspiegeln könnte. Beim 16-PF kommt am ehesten der Faktor M in Betracht. Er beschreibt, inwiefern eine Person sich als pragmatisch und lösungsorientiert empfindet oder eher abgehoben oder verträumt in seiner Welt lebt. Doch dieser Wert liegt zu beiden Erhebungszeitpunkten im Normalbereich.

Die in der Einleitung geschilderten Theorien sprechen von einem negativen Einfluss der langen Haftzeiten auf die Intelligenz, ja sogar von einer verfrühten Senilität (60). Das kann innerhalb dieser Untersuchung nicht bestätigt werden, zumindest mit den hier angewandten Mitteln: Im HAWIE-Test ergaben sich keine signifikanten Veränderungen, die diese Thesen unterstützen. Zum zweiten Testzeitpunkt wurde mit durchschnittlich 97,75 Punkten zwar ein geringfügig schlechteres Ergebnis als zum ersten Testzeitpunkt erzielt (durchschnittlich 100,71 Punkte), aber es handelt sich um keine signifikanten Abweichungen. Die Ergebnisse liegen zudem im Bevölkerungsdurchschnitt.

Außerdem muss darauf hingewiesen werden, dass Intelligenztests nicht die Intelligenz einer Person als solche abbilden können oder sollen (61). Es handelt sich



um einen statistischen Mittelwert, der innerhalb eines Tests über verschiedene Fähigkeiten Aussagen machen kann. Da es keine einheitliche Definition von Intelligenz gibt, liegen den verschiedenen Testverfahren unterschiedliche Theorien zugrunde. Daher werden auch je nach Intelligenztest unterschiedliche Fähigkeiten abgebildet. Hierbei ist zu beachten, dass gewisse spezielle Fähigkeiten nicht immer berücksichtigt werden und trotz spezifischer Begabung ein niedriges Ergebnis erzielt werden kann. Andererseits können Menschen mit hohem Intelligenzquotienten trotzdem hohe Einbußen, z.B. im sozialen Bereich, haben (41). Um eine Aussage über die Intelligenz einer Person machen zu können, müssen daher auch immer weitere Faktoren berücksichtigt werden. Hierzu gehören Verhaltensbeobachtungen, die Biographie der Testperson (z.B. kann eine lang bestehende Prüfungsangst vorliegen), die aktuelle Situation (liegt zum Testzeitpunkt eine Depression vor, fällt das Ergebnis womöglich anders aus als unter Normalbedingungen) (62) und das Testsetting, das sehr variabel sein kann. Hinzu kommt noch, dass Intelligenztests nicht kulturunabhängig sind (63), was bei einem Ausländeranteil von 28,9% in deutschen Gefängnissen (24) einen durchaus wichtigen Aspekt darstellen könnte.

Der Faktor des 16-PF, der abstraktes vs. konkretes Denken darstellt (Faktor B), liegt ebenfalls innerhalb der Norm. Die Werte verschieben sich zum zweiten Untersuchungszeitpunkt nicht signifikant zu mehr abstraktem Denken hin und liegen noch innerhalb der Norm. Aus diesen Ergebnissen kann man daher weder eine Verminderung der Intelligenz während der Haft noch eine signifikante Verbesserung ableiten.

Die Erkrankungen aus der Kategorie der Intelligenzstörungen sprechen ebenfalls nicht für solch eine Entwicklung. Bei den drei Fällen postenzephalitischer Syndrome kann man nicht von Haftfolgen sprechen, zumal sich zwei Fälle bis zum zweiten Diagnosezeitpunkt zurückgebildet haben, und die Ursache des Syndroms per definitionem organischer Natur ist. Der eine Fall einer leichten Intelligenzminderung mit nicht näher bezeichneter Verhaltensstörung lag ebenfalls schon zum ersten Diagnosezeitpunkt vor. Der Häftling befand sich zum ersten Mal in Haft, so dass ein Zusammenhang mit einer Vorhafterfahrung ausgeschlossen werden kann.

Auch Rasch (4) kann in seiner Querschnittsuntersuchung keine Verschlechterung der intellektuellen Leistungen feststellen. U.a. blieben die IQ-Werte in den einzelnen Gruppen (3 -Jahre/ 8 ½ -Jahre/ 13 -Jahre durchschnittliche Haftdauer) konstant. Banister beschreibt zunächst 1973 (10) keine Veränderungen in diesem Bereich, um

dann in der Wiederholungsuntersuchung von 1976 (16) eine Zunahme der verbalen Intelligenz festzustellen. Des Weiteren kommt eine französische Studie (64) zu dem Ergebnis, dass die Ergebnisse von Intelligenztests von Langzeithaftierten (durchschnittliche Haftzeit: 13 Jahre) höher sind als die von Kurzzeithaftierten.

#### **4.5 Auswirkungen auf die sozialen Kontakte der Gefangenen**

Dies führt nun zur nächsten Frage: Führen lange Haftstrafen zu Isolation und Introversion? Die entsprechenden Kategorien der Persönlichkeitstests können zwar keine eindeutige Antwort auf die Frage liefern, doch auf eine gewisse Tendenz hindeuten. So zeigt sich auf der Skala Extraversion (FPI E) des FPI eine signifikante Veränderung ( $p = 0,016$ ) hin zu weniger Geselligkeit, Kontaktbedürfnis, Umgänglichkeit, Lebhaftigkeit, Impulsivität und Gesprächigkeit zum zweiten Gutachtenzeitpunkt. Zwar liegt das Ergebnis mit 5,08 im Normbereich, doch wird hier das Hauptaugenmerk auf die Richtung dieser signifikanten Veränderung gelegt. Diese verhält sich kongruent mit den Ergebnissen von Bolton (16) und Sapsford (65), die ebenfalls eine Introversionsneigung in ihren Untersuchungen feststellen konnten. Die Skala Offenheit (FPI 9) liegt zum ersten Erhebungszeitpunkt marginal über der Norm, um dann in den Normbereich zu sinken (keine signifikante Veränderung). Diese Ergebnisse deuten auf eine dezente Veränderung von Häftlingen hin: Zu Beginn hegten sie einen offenen Umgang mit eigenen Schwächen und Fehlern und zeichneten sich durch eine selbstkritische und unbekümmerte Haltung aus. Zum zweiten Untersuchungszeitpunkt veränderten sie sich zu mehr Verschlossenheit hin.

Des Weiteren ist zu erwähnen, dass vier weitere Kategorien der Persönlichkeitstests, ebenfalls eine Abkehr von Offenheit zu mehr Verschlossenheit beschreiben. Zwar sind deren Veränderungen im Einzelnen nicht signifikant und liegen innerhalb der Normbereiche, doch erlauben sie in ihrer Gesamtheit eine Interpretation in diese Richtung. Es handelt sich dabei um die Skalen PF A (Sach- vs. Kontaktorientierung), PF N (Unbefangenheit vs. Überlegenheit), Geselligkeit (FPI 5) und Gehemmtheit (FPI 8). Zudem zeigen sich signifikante Korrelationen mit der aktuellen Dauer der Haft für die Kategorien Geselligkeit (FPI 5):  $p = 0,048$ ;  $r = 0,376$  und Gehemmtheit (FPI 8):  $p = 0,015$ ;  $r = - 0,431$ .

Also ergibt sich ein Bild von verschlosseneren, zurückgezogeneren, weniger geselligen, geschwätzigen oder lebhaften Menschen, deren Kontaktbedürfnis sich im Laufe der Haftzeit verringert hat.

Die Quote des Kontaktabbruchs nach außen mit 11,5% erscheint hoch. Dies muss aber zum einen nicht nur an der Kontaktwilligkeit der Gefangenen liegen, sondern kann von Einstellungsveränderungen von Seiten der Familien, Lebenspartner oder Bekannten ihrerseits herrühren. Nichts desto trotz stellt diese totale Isolation eine schwierige Ausgangslage dar, wenn es um die Resozialisierung nach der Haft geht. Zudem ist die Scheidungsrate bei Häftlingen generell sehr hoch (14), was ebenfalls nicht auf eine „Abkapselung“ von Seiten der Gefangenen hindeuten muss. Das Ergebnis kann trotz allem für diese, bei wie oben beschriebener Tendenz des Zurückziehens, eine weitere Vereinsamung nach sich ziehen. Unterstützend seien die Ergebnisse einer Studie aus Frankreich (64) erwähnt, die belegt, dass nach durchschnittlich 13 Jahren Haft 74,4% der Gefangenen keinen Kontakt mehr zu ihren Ehepartnern/innen haben und bei 20,3% keinerlei familiäre Bindungen mehr bestehen.

Des Weiteren zeigt eine Studie (66) an 230 Gefangenen in Langzeithaft, dass Alexithymie, also die Unfähigkeit Gefühle, hinreichend wahrzunehmen und auszudrücken, mit einer hohen Prävalenz (42,8%) bei Gefangenen vorkommt.

Eine weitere Theorie besagt, dass Strafgefangene aus der Angst heraus, den Auflösungsprozess von Beziehungen mit Menschen außerhalb der Haft durchleben zu müssen, handeln. Mit dem Ziel, diesen Zerfall vorwegzunehmen, brechen sie die Beziehungen nach außen ab (14). Dies könnte eine Erklärung für die zunehmende Isolation darstellen.

Eine Tendenz zur vermehrten Isolation der Strafgefangenen ist nach den vorliegenden Ergebnissen vorhanden.

#### 4.6 Auswirkungen auf die Aggressivität, Disziplin und Lebenstauglichkeit

Ein weiterer wichtiger Punkt, den es in dieser Arbeit zu erörtern galt, ist der der vermeintlich wachsenden Hostilität und Aggressivität der Gefangenen während der Haftzeit (11). Dies konnte mit den zur Verfügung stehenden Mitteln nicht belegt werden.

Die antisozialen Persönlichkeitsstörungen (F60.2), die ein aggressives Verhalten nach sich ziehen, waren mit drei Fällen sehr schwach vertreten. Dies wirft die Frage auf, ob diese Form der Persönlichkeitsstörungen tatsächlich ein besonders fruchtbarer Nährboden für Kriminalität ist (28). Des Weiteren ist ihre Zahl während der Haft konstant. Dies gilt ebenfalls für die zwei Fälle von emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen (F.60.3), die durch eine Störung der Impulskontrolle wie auch unverhältnismäßig aggressives und bedrohliches Verhalten gekennzeichnet sind.

Die entsprechenden Skalen des FPI können dieses auch nicht belegen: Die Probanden verhalten sich nach der Haft (reaktive Aggressivität (FPI 7):  $t_1 = 4,96$ ;  $t_2 = 3,36$ ) alles andere als aggressiv, das Ergebnis liegt unterhalb der Norm. Sie erscheinen nachgiebig, gemäßigt und rücksichtsvoll. Ihre eigenen Interessen durchzusetzen, scheint nicht ihre Priorität zu sein. Hierbei handelt es sich um eine signifikante Veränderung ( $p = 0,006$ ). Des Weiteren sind die Veränderungen auf der Skala Erregbarkeit (FPI 4) zwar nicht signifikant, doch die Ergebnisse liegen zum zweiten Testzeitpunkt mit  $4,96$  ( $t_1 = 5,31$ ) knapp unterhalb der Norm. Dies spricht für eine Entwicklung hin zu emotionaler Beherrschung, geringerer Impulsivität und Spontaneität, zu großer Frustrationstoleranz sowie Belastbarkeit und Geduld. Auch die Skala spontane Aggressivität (FPI 2) verändert sich in ähnlicher Weise weg vom Normbereich ( $t_1 = 5,36$ ;  $t_2 = 4,68$ ). Dies spricht für eine geringe spontane Aggressionsneigung und eine stärkere Selbstbeherrschung. Des Weiteren spricht die Entwicklung des Faktors soziale Anpassung vs. Selbstbehauptung (Faktor E) für mehr Nachgiebigkeit, Kooperation und Konfliktvermeidung zum Ende der Haft ( $t_1 = 7,29$ ;  $t_2 = 6,47$ ).

In diesem Kontext sei zu erwähnen, dass auch die Werte des Faktors Flexibilität vs. Pflichtbewusstsein (Faktor G) sich von einem deutlich unter der Norm liegenden Ergebnis ( $t_1 = 2,76$ ) zu einem nur knapp unterhalb der Norm liegenden ( $t_2 = 3,41$ ) bewegen. Also ist eine Tendenz in Richtung mehr Regel- und Pflichtbewusstsein zu

beobachten, auch wenn unangepasstes Verhalten durchaus noch an den Tag gelegt wird. Hier besteht zudem eine Korrelation mit der Dauer der Vorhaft: ( $r = 0,416$ ;  $p = 0,007$ ). Als letzter Faktor sei Spontaneität vs. Selbstkontrolle (Faktor  $Q_3$ ) genannt. Es handelt sich um eine signifikante Veränderung ( $p = 0,012$ ) in den Normbereich hinein in Richtung mehr Selbstkontrolle.

Insgesamt muss festgehalten werden, dass zunehmendes Alter einen Einfluss auf das Maß an Aggressivität und die Reifung einer Person hat. Im Durchschnitt waren die Häftlinge zum 1. Gutachtenzeitpunkt 29,01 Jahre alt und zum zweiten Gutachtenzeitpunkt 43,61 Jahre alt. Auch eine Person, die nicht hinter Gittern sitzt, verändert sich in so einem langen Zeitraum. Zamble (13) diskutiert im Zusammenhang mit seinen Ergebnissen, die ebenfalls ein kontrolliertes Verhalten der Häftlinge beschreiben, den mit der Zeit fortschreitenden Reifungsprozess sowie den Verlust von Energie und Stärke zur Destruktion. Außerdem könnte das Bewusstsein von Langzeithaftierten über die Folgen von aggressivem, regelwidrigem Verhalten für beispielsweise die Länge der Strafe zu vermehrter Kontrolle führen. In einer weiteren Studie (67) wird beschrieben, dass psychisch gesunde Gefangene im Laufe der Haft beginnen, über ihre Tat zu reflektieren und damit auch zu reifen. Dies stehe nach jenen Daten nicht alleine mit dem Älterwerden in Beziehung.

Auch die Studien von Bolton (16) und Laubenthal (14) ermittelten einen Rückgang der Hostilität der Gefangenen, verminderte Aggressivität sowie geringeres Dominanzstreben. Als weiteres Beispiel sei die Studie von Gillespie (20) an 1054 Gefangenen mit einer durchschnittlichen Haftdauer von 7 Jahren genannt. Auch hier besteht ein Zusammenhang zwischen zunehmendem Alter und abnehmender reaktiver Aggressivität sowie besserer Führung.

Ist diese Entwicklung hin zu mehr Selbstkontrolle, Disziplin und Nachgiebigkeit nun als positiv zu bewerten? Einerseits mag es durchaus von Nutzen sein, feste Strukturen zu haben und zu lernen wie man sich anpasst und regelkonformes Verhalten übt. Zweifelsohne basiert das Leben in unserer Gesellschaft auf Regeln, und ohne ein gewisses Maß an Anpassung kann man sich nur schwer zurechtfinden oder etwas erreichen. Andererseits gibt einem die oben geschilderte Entwicklung zu bedenken, ob mit dem Grad der Anpassung und Kontrolle, v.a. der Kontrolle durch Andere, der Grad der Lebensuntauglichkeit steigt, wie beispielsweise Weber (5)

behauptet (s. Einleitung). Handelt es sich zu Haftende um abgestumpfte Befehlsempfänger oder um die Entwicklung von Gefangenen vom „Saulus zum Paulus“? Die Antwort kann aus den Ergebnissen nicht eindeutig hergeleitet werden. Weitere Untersuchungen, v.a. solche die das Durchsetzungsvermögen in der zivilen Gesellschaft nach Haftende erörtern, sind hierzu von Nöten. Abschließend sei festgehalten, dass die hier erhobenen Ergebnisse nicht auf eine erhöhte Aggressivität oder Hostilität deuten, sondern eine gegensätzliche Entwicklung untermauern.

#### **4.7 Entwicklung von Drogenmissbrauch während der Langzeithaft**

Was sagt die Untersuchung über die Entwicklung des Missbrauchs von Drogen aus? Diese Entwicklung, über die hier direkt nur durch den Verlauf der Diagnosen des ICD–10 eine Aussage getroffen werden kann, ist äußerst schwierig. Drogenkonsum ist zwar in Haftanstalten strengstens verboten, wird aber dennoch heimlich und in nicht unerheblichem Ausmaß betrieben (8, 23, 68). Die Gefangenen wissen, dass Drogenkonsum oder Abhängigkeitssyndrome im Allgemeinen nicht positiv in einem Gutachten für sie ausgelegt werden. Aus diesem Grund dürfte kaum ein Häftling es wagen, solche Probleme während eines Gesprächs mit einem psychiatrischen Gutachter zu äußern. Dies dürfte besonders für das zweite Gutachten gelten: Im Gutachten innerhalb des Erkenntnisverfahrens erhofft sich der ein oder andere Häftling vielleicht noch mildernde Umstände, im zweiten Gutachten, bei dem es sich meist um ein Prognosegutachten (s. 3.2.2) handelt, kann eine solche Diagnose im Prinzip nur gegen ihn verwendet werden. Außerdem handelt es sich in vier Fällen zum Zeitpunkt  $t_1$  um eine akute Alkoholintoxikation (F 10.0), die so im zweiten Gutachten nicht auftritt. Wahrscheinlich hat es sich hier um Diagnosen gehandelt, die für den Tatzeitpunkt von Relevanz waren, also vor Haftantritt aufgetreten sind. Bei den anderen Diagnosen aus diesem Bereich sind die Verläufe entweder konstant (schädlicher Gebrauch nichtabhängigkeitserzeugender Substanzen F55.9) oder die Fallzahlen sehr gering (Alkoholabhängigkeitssyndrom F10.2: 1 Fall; Polytoxikomanie F11.2: 2 Fälle; Nikotinabusus F17.1:1 Fall).

In dieser Untersuchung liegen zur Unterstützung der Annahme, dass Haft zu vermehrtem Drogenkonsum führt, keine Ergebnisse vor, außer dass es in Einzelfällen zur Ausbildung einer Erkrankung gekommen ist.

#### **4.8 Auswirkungen von langen Haftstrafen auf die körperliche Gesundheit**

Nach den Daten dieser Untersuchung besteht eine eindeutige Korrelation zwischen dem Alter und dem Auftreten einer Erkrankung (s. 3.3.1). Aus diesem Grund kann der Schluss, dass eine lange Haftzeit mit einer steigenden körperlichen Morbidität einhergeht, nicht gezogen werden. Langzeitgefangene werden immer älter und mit dem Alter nimmt die Häufigkeit an Erkrankungen selbstverständlich zu. Außerdem sollte in die Betrachtung dieser Fragestellung mit eingehen, dass der Zugang zum Gesundheitssystem zumindest für einen Teil, der ansonsten eher keine ärztlichen Leistungen in Anspruch nimmt, in Haft einfacher ist als in Freiheit. Zudem ist die „sick bay“ für viele angenehmer als die normale Zelle und eine willkommene Abwechslung im Alltag eines Gefangenen (8).

Schnittker (39) beschreibt in seiner Studie zu Auswirkungen von Gefangenschaft auf die körperliche Gesundheit eine schlechtere Gesundheit für alle, die generell mit dem Gefängnis in Berührung kommen. Rezidivtäter scheinen im Hinblick auf die körperliche Gesundheit von der Gefangenschaft hingegen zu profitieren. Dieser positive Effekt lässt allerdings nach der Haft wieder nach. Genau diese Feststellung erscheint im Zusammenhang mit der Aussage des besseren Zugangs zum Gesundheitssystem im Gefängnis als schlüssig.

Eine neuere Entwicklung sind HIV-Infektionen und damit in Zusammenhang stehende Infektionen mit Hepatitis B und C. Dies ist als Problem in dieser Studie noch nicht zum Vorschein getreten, da während der Haftzeit HIV-Infektionen im untersuchten Zeitraum (das älteste Gutachten stammt von 1979) noch nicht so stark verbreitet waren und die Folgen der Infektionen der breiten Öffentlichkeit noch nicht bekannt waren. Dabei handelt es sich um eine ernstzunehmende Gefahr für die Gesundheit der Gefangenen, die es weiter zu untersuchen gilt. Es wäre interessant zu erörtern, in wieweit sich Gefangene damit auseinandersetzen und ob sie die Entwicklung dieser Krankheiten als neue „Stressoren“ empfinden.

## 4.9 Störfaktoren der Untersuchung

Es sind weitere wichtige Einflussfaktoren auf die Untersuchung zu nennen, die die Ergebnisse beeinflusst haben könnten. Zunächst muss festgehalten werden, dass es sich nicht um eine repräsentative Studie handelt. Es wurden lediglich, die zur Verfügung stehenden Daten von Häftlingen, untersucht. Um ein repräsentatives Ergebnis zu erhalten, hätte die Auswahl der Probanden zum einen randomisiert erfolgen müssen, zum anderen hätte eine größere Gruppe untersucht werden müssen. Dies war unter den gegebenen Umständen nicht zu verwirklichen.

Während der Haftzeit verändert sich die Bezugsgruppe des Häftlings. Zu Haftbeginn vergleicht er sich noch mit der Normalbevölkerung, um ein Bild, z.B. anhand von Persönlichkeitstests, von sich zu erstellen. Zu Haftende hingegen handelt es sich bei der Vergleichsgruppe um die Haftpopulation (69).

Zudem kann die Gutachtenfragestellung zu Selektionseffekten führen. Es kommen nur die Häftlinge für eine Begutachtung in Betracht, die auch eine Chance auf eine Freilassung haben, also Häftlinge, die sich positiv entwickelt haben. Die sogenannten „Problemfälle“ werden demnach nicht zwingend begutachtet. Aber sind es womöglich gerade diese Gefangenen, die besonders unter der Haft gelitten haben und psychische Schäden davon getragen haben?

Weiteren Einfluss auf die Ergebnisse dürfte die Tatsache haben, dass Gefangene darauf bedacht sind, sich in Prognosegutachten sehr positiv darzustellen, mit dem Ziel, möglichst bald in Freiheit entlassen zu werden. Zwar gibt es zur Vermeidung solcher Effekte in jedem Persönlichkeitstest Kontrollskalen, und dem Gutachter sind diese Verhaltensweisen bewusst, doch lässt sich letztlich eine Beeinflussung der Ergebnisse dadurch nicht verhindern. Außerdem kann man einen gewissen Lerneffekt seitens der Gefangenen bzgl. psychologischer Test- und Gutachtenverfahren nicht ausschließen (15, 16).

Des Weiteren fließt als Störfaktor mit ein, dass das Ergebnis des Gutachtens in verschiedenster Weise vom Gutachter abhängig ist. Der Gutachter kann durch sein Vorwissen über die Tat, den Haftverlauf oder die Biographie des Häftlings voreingenommen sein. Zum anderen kann er das Gesprächssetting bewusst oder unbewusst beeinflussen, so dass je nachdem eine wohlwollende oder nicht so wohlwollende Atmosphäre zu Stande kommt, was dann wiederum Einfluss auf die



Gefühlslage des Häftlings haben kann. Letztlich kann das Ergebnis auch von Sympathien bzw. Antipathien zwischen Gutachter und Begutachtetem abhängen. Ein gewisser Grad an Subjektivität lässt sich bei Gutachten nicht verhindern. Zudem sind Diagnosen keine konstanten Größen. Sie sind dem Zeitgeist unterworfen und können sich über Jahre hinweg verändern. Expertenmeinungen können aufgrund veränderter gesellschaftlicher Bedingungen und Normen variieren. Als relevantes Beispiel sei an dieser Stelle die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) genannt, die zwar schon Jahrzehnte lang bekannt ist, aber erst in den letzten Jahren eine enorme Aufwertung erfahren hat (28).

Trotz ausgefeilter Tests und Diagnoseverfahren muss immer wieder kritisch hinterfragt werden, in wieweit sich damit eine Aussage über die Psyche eines Menschen und davon ableitend eine allgemeine Aussage treffen lässt. Es handelt sich um Momentaufnahmen von Inhaftierten und es können nur Fragmente einer Persönlichkeit und ihrer Psyche abgebildet werden. Bei einer Gefängnisstrafe handelt es sich um eine einschneidende Erfahrung: Der Gefangene wird von der Normalgesellschaft separiert. Mit anderen Worten, er wird für unfähig erklärt, in unserer Gesellschaft leben zu können und ist allein. Dies ist für das „Herdentier Mensch“ eine extreme Situation. Kann man diese Erlebnisse mit diesen Mitteln überhaupt messen? Andererseits handelt es sich um objektivierbare „Messmethoden“, die zumindest Anhalte geben können. Absolute Schlussfolgerungen allein aus diesen Daten zu ziehen, halte ich daher für gewagt. Auch aus dem Grund, dass andere Einflussfaktoren hier nicht berücksichtigt wurden. Zu diesen gehören u.a. die Struktur und Ausstattung der einzelnen Gefängnisse, deren Wichtigkeit von verschiedenen Autoren (8, 14, 16, 70) beschrieben worden ist. Außerdem haben die Ressourcen der Gefangenen, mit Stress und Belastungssituationen umgehen zu können (Copingstrategien), einen großen Einfluss darauf, wie der Gefangene die Haftzeit übersteht (9, 14, 58). Letzteres ist allerdings nur sehr schwierig objektiv darzustellen.

Des Weiteren sollte in einer neuen Studie versucht werden, die hier beschriebenen Störfaktoren zu vermeiden. Voraussetzungen hierfür wären eine randomisierte Studienpopulation und Untersuchungen unabhängig von Gutachtenfragestellungen zu klar definierten Zeitpunkten mehrmals während der Haftzeit durch den gleichen Untersucher. Ein solches Vorhaben wäre allerdings zum einen sehr langwierig und

zum anderen kostspielig. Des Weiteren wäre eine Untersuchung nach Haftende wünschenswert. Denn nur so kann man sehen, wie lebensstüchtig bzw.- untüchtig Gefangene durch die Haft werden. Eine solche Untersuchung ist allerdings extrem schwierig, da gerade Langzeitgefangene, einmal in Freiheit, mit dem Aufbau einer neuen Existenz beschäftigt sind, die langen Haftjahre hinter sich lassen wollen und außerdem schwer zu lokalisieren sind.

## 5. Zusammenfassung

Mit dieser Arbeit wurde die Frage untersucht, wie sich lange Haftstrafen auf die psychische und körperliche Gesundheit auswirken.

Es handelt sich um eine Längsschnittstudie an  $N = 87$  Probanden mit einem Durchschnittsalter von 43,61 Jahren, wovon 97,7% männliche ( $N = 85$ ) und 2,3% weibliche ( $N = 2$ ) Häftlinge waren. Die durchschnittliche Haftzeit zum zweiten Erhebungszeitpunkt betrug 14,6 Jahre. 76,7% ( $N = 67$ ) waren bereits vor der aktuellen Haftstrafe mindestens einmal durchschnittlich 5,82 Jahre in Haft. Bei den zu verbüßenden Straftaten handelte es sich mit 42,5% ( $N = 37$ ) zum größten Teil um Morddelikte, gefolgt von dem Delikt des gemeinschaftlichen Mordes mit 13,8% ( $N = 12$ ) und sexuellem Missbrauch mit 9,2% ( $N = 8$ ).

Zur Untersuchung der Fragestellung wurden jeweils zwei Gutachten aus dem Zeitraum von 1979 bis 2005, wovon eines zu Haftbeginn und das andere zu Haftende erstellt wurde, von jedem Häftling unter verschiedenen Gesichtspunkten mittels verschiedener Tools (Persönlichkeitstests, Auftreten von Diagnosen, HAWIE-Test u.a.; s. Methoden) ausgewertet.

Gemessen am Auftreten von Diagnosen nach ICD-10 kann man nicht von einer negativen Auswirkung auf die psychische Gesundheit sprechen. Die Anzahl der Diagnosen ging zum Zeitpunkt  $t_2$  auf 48,3% ( $N = 42$ ) von 69% ( $N = 60$ ) zum Zeitpunkt  $t_1$  zurück. Diese Veränderung beruht fast ausschließlich auf dem Rückgang an Diagnosen im Bereich von Persönlichkeitsstörungen (Rückgang um 19,5%). Des Weiteren konnte weder ein Zusammenhang mit der Dauer von früheren Inhaftierungen noch der Dauer der aktuellen Inhaftierung und dem Auftreten einer psychiatrischen Diagnose festgestellt werden. Die Durchführung einer Psychotherapie während der Haft hingegen hat einen Einfluss auf das Auftreten einer Diagnose zum zweiten Untersuchungszeitpunkt ( $p = 0,037$ ; zweiseitige Signifikanzmessung; Korrelationskoeffizient  $r = 0,224$ ). Ebenso besteht ein Zusammenhang zwischen der Absolvierung einer schulischen oder beruflichen Ausbildung und dem Auftreten einer Diagnose zum zweiten Gutachtenzeitpunkt ( $r = -0,217$ ;  $p = 0,044$ ). Die aktuelle Haftdauer steht in Korrelation zu Veränderungen einzelner Skalen des FPI (Freiburger Persönlichkeitsinventar): Depressivität (FPI 3)

( $p = 0,046$ ;  $r = -0,374$ ), Maskulinität (FPI M) ( $p = 0,015$ ; Korrelationskoeffizient  $r = 0,456$ ) sowie Geselligkeit (FPI 5) ( $r = 0,376$ ;  $p = 0,048$ ).

Der Faktor Flexibilität vs. Pflichtbewusstsein (Faktor G) zeigt eine signifikante Korrelation bezogen auf die Vorhaft ( $r = 0,416$ ;  $p = 0,007$ ). Das Bild der unsteten, wenig disziplinierten, unzuverlässigen Persönlichkeiten, der es schwer fällt Pflichten zu erfüllen oder sich an Regeln zu halten, verblasst mit der Haftzeit.

Ein Beweis für das vermehrte Aufkommen von Depressionen konnte nicht erbracht werden. Die Anzahl der Diagnosen änderte sich diesbezüglich nicht signifikant. Die Ergebnisse der Persönlichkeitstests zeigten eher eine Stabilisierung ebenso wie für die emotionale Labilität.

Genauso wenig konnten negative Auswirkungen auf die intellektuellen Fähigkeiten oder die körperliche Verfassung der Probanden gezeigt werden.

Die Frage, in wieweit sich die Haft auf das Sucht- und Abhängigkeitspotential auswirkt, konnte aufgrund der Schwierigkeit, valide Aussagen diesbezüglich zu erhalten, nicht beantwortet werden.

Die Hostilität und reaktive Aggressivität nahmen im Laufe der Haft ab. Dies könnte in Zusammenhang mit dem zunehmenden Alter stehen oder eine zunehmende Tendenz zur Abstumpfung gepaart mit steigender sozialer Isolation und Introversion bedeuten. Diese „Abstumpfungstendenz“ könnte auf eine Unselbständigkeit bzw. Lebensuntauglichkeit außerhalb der Haftmauern hinweisen. Um dieses zu klären wären Nachbeobachtungsstudien im Anschluss an die Entlassung in die Freiheit nötig.

Das Auftreten von Anpassungs- und Belastungsstörungen wie beispielsweise Suizidversuche bei 25,2% der Betroffenen zeigt, dass die Haft bei den Betroffenen deutliche Spuren in der Seele hinterlässt. Dabei handelt es sich um reversible Störungen, denen unter Umständen entgegengewirkt werden könnte.

Insgesamt ist festzuhalten, dass die Prävalenz von psychischen Störungen mit 69% ( $N = 60$ ) allgemein unter Gefangenen sehr hoch ist.

Die klinische Relevanz liegt darin, eine Grundlage für das Verständnis der Situation Gefangener zu erlangen und somit eine Verbesserung der Versorgung derselben. Dies soll dazu beitragen das höhere Ziel – den Schutz der Gesellschaft – zu fördern.

## 6. Literatur:

1. Borchert W. Die Hundebblume - Erzählungen aus unseren Tagen. In: Töteberg M, Schindler I, Hrsg. Das Gesamtwerk; 2007.
2. Sykes G. The society of Captives. Princeton: Princeton University Press; 1958.
3. Dölling D. Strafrecht. In: Kröber H-L, Dölling D, Leygraf N, Sass H, Hrsg. Handbuch der forensischen Psychiatrie. Darmstadt: Steinkopff Verlag; 2007.
4. Rasch W. The Effects of Indeterminate Detention. International Journal of Law and Psychiatry. 1981;4:417-31.
5. Weber HM. Lebenslange Freiheitsstrafe, Haftschäden und Menschenwürde. In: 90/Grüne FB, Hrsg. Lebendig begraben - Lebenslange Freiheitsstrafe und Resozialisierung: Ein Dauerwiderspruch. Berlin: Eigenverlag; 1991.
6. Keppler K, Fritsch K, Stöver H. Behandlungsmöglichkeiten von Opiatabhängigkeit. In: Keppler K, Stöver H, Hrsg. Gefängnismedizin, Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2009.
7. Taylor AJW. Social isolation and imprisonment. Psychiatry. 1961;24:373-6.
8. Walker M. The unwanted effects of long-term imprisonment. In: Bottoms, Light, Hrsg. Problems of long-term imprisonment. Aldershot: Gower; 1987.
9. McKay B, Jayewardene C, Reddie P. The effects of long-term incarceration. Ottawa: Solicitor General Canada; 1979.
10. Banister PA, Smith FV, Heskin KJ, Bolton N. Psychological correlates of long-term imprisonment. Part I: Cognitive Variables. The British Journal of Criminology. 1973;13:312-22.
11. Heskin KJ, Smith FV, Banister PA, Bolton N. Psychological correlates of long-term imprisonment. II Personality Variables. British Journal of Criminology. 1973;13:323-30.
12. Heskin KJ, Bolton N, Smith FV, Banister PA. Psychological correlates of long-term imprisonment. III Attitudinal Variables. British Journal of Criminology. 1974;14:150-7.
13. Zamble E. Behaviour and Adaptation in Long-Term Prison Inmates: Descriptive Longitudinal Results. Criminal Justice and Behavior. 1992;19:409-25.
14. Laubenthal K. Lebenslange Freiheitsstrafe. Vollzug und Aussetzung des Straftates zur Bewährung. 1. Auflage. Frankfurt: Schmidt-Römhild; 1987.
15. Lapornik R, Lehofer M, Moser M, Pump G. Long-term imprisonment leads to cognitive impairment. Forensic Science International. 1996;82:121-7.
16. Bolton N, Smith FV, Heskin KJ, Banister PA. Psychological correlates of long-term imprisonment. A Longitudinal Analysis. The British Journal of Criminology. 1976;16:38-47.
17. Rasch W, Kühl K. Subjektives Leiden als sozialtherapeutisches Behandlungskriterium - FPI-Ergebnisse bei Tätergruppen des §65 Abs. 1 2. StrRG. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform. 1973;56:237-45.
18. Clemmer D. The prison community (Re-issued edition). New York: Holt, Rinehart and Watson; 1958.
19. Wheeler S. Socialization in correctional communities. American Sociological Review. 1961;26:697-712.
20. Gillespie W. Prisonization; Individual and Institutional Factors Affecting Inmate Conduct. New York: LFB Scholarly Publishing LLC; 2003.
21. Stark HD. Haftschäden durch den Vollzug der lebenslangen Freiheitsstrafe. In: Jescheck H, Triffterer O, Hrsg. Ist die lebenslange Freiheitsstrafe verfassungswidrig?

- Dokumentation über die mündliche Verhandlung vor dem Bundesverfassungsgericht am 22/23 März 1977. Baden Baden: Nomos; 1978.
22. van Zyl Smit D. Life imprisonment: Recent Issues in national and international law. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2006;29:405-21.
  23. Liebling A, Maruna S. Introduction: The effects of imprisonment revisited. In: Liebling A, Maruna S, Hrsg. *The effects of imprisonment*. Cullompton: Willan 2005.
  24. Statistisches Bundesamt. *Strafvollzug - Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31. 3. 2008*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2009.
  25. Konrad N. Psychische Störung und lange Freiheitsstrafe. In: Jung H, Müller-Dietz H, Hrsg. *Langer Freiheitsentzug - wie lange noch? Plädoyer für eine antizyklische Kriminalpolitik*. Bonn: Forum; 1994.
  26. Weltgesundheitsorganisation (WHO). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V, Klinisch diagnostische Leitlinien*. Bern: Hans Huber; 1991.
  27. Hartung J, Elpelt B, Klösener K-H. *Statistik, Lehr- und Handbuch der angewandten Statistik*. 14. Wiesbaden: Oldenburg Wissenschaftsverlag; 2005.
  28. Möller H-J, Laux G, Deister A. *Psychiatrie und Psychotherapie*. 4. Stuttgart: Thieme Verlag; 2009.
  29. Krohne H-W, Hock M. *Psychologische Diagnostik*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH Stuttgart; 2007.
  30. Wechsler D. *Die Messung der Intelligenz Erwachsener. Textband zum Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene*. Bern: Hans Huber; 1956.
  31. Nedopil N, Dittman V, Freisleder F, Haller R. *Forensische Psychiatrie: Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht*. 3. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2007.
  32. Fay E. Testinformation. *HAWIE-R Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene, Revision 1991*. *Diagnostica*. 1993;39:271-9.
  33. Schäuble R, Gorlicki C. Ist mit einer reduzierten Form des HAWIE-R eine valide Intelligenzeinstufung möglich? *Diagnostica*. 1998;44:5-10.
  34. Gorlicki C, Schäuble R, Heinrich C. Der HAWIE-R in der klinischen Praxis. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 1997;3.
  35. Brickenkamp R. *Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests*. 3. Göttingen: Hogrefe 2002.
  36. Fahrenberg J, Hampel R, Selg H. *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R)*. 7. Göttingen: Hogrefe; 2001.
  37. Schneewind KA, Graf J. *Der 16-Persönlichkeitsfaktorentest* Bern: Verlag Hans Huber; 1998.
  38. Stark E. Die lebenslange Freiheitsstrafe nach der Entscheidung des BVerfG vom 3. Juni 1992. *Juristenzeitung*. 1994;4:189-91.
  39. Schnittker J, John A. Enduring Stigma: The Long-Term Effects of Incarceration on Health. *Journal of Health and Social Behaviour*. 2007;48:115-30.
  40. Konrad N. Psychiatrische Probleme im Justizvollzug. In: Foerster K, Dreßing H, Hrsg. *Psychiatrische Begutachtung, Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen*. München: Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag; 2009.
  41. Nedopil N, Dittman V, Freisleder F, Haller R. *Forensische Psychiatrie: Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2000.
  42. Konrad N. *Psychiatrie im Justizvollzug*. *R&P* 1997;15:51-9.
  43. Gößling J, Konrad N. Zur Entität der sogenannten Haftpsychosen. *R&P*. 2004;22:123-9.

44. Rasch W, Konrad N. Forensische Psychiatrie. 3. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer 2004.
45. Trepel M. Neuroanatomie, Struktur und Funktion. München: El Sevier GmbH Verlag Urban & Fischer; 2004.
46. Singleton N, Bumpstead R, O'Brien M. Psychiatric morbidity among adults living in private households 2000. The stationary office: London: Office for National Statistics on behalf of the Department of Health, the Scottish Executive and the National Assembly for Wales; 2001.
47. Bohus M, Stieglitz R-D, Fiedler P, Hecht H, Berger M. Persönlichkeitsstörungen. In: Berger M, Hecht H, Hrsg. Psychische Erkrankungen, Klinik und Therapie. München: El Sevier GmbH, Urban & Fischer Verlag; 2004.
48. Dittmann V, Haller R, Küfner H, Soyka M. Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2008.
49. Kockott G, Berner M, M. Sexualstörungen. In: Berger M, Hecht H, Hrsg. Psychische Erkrankungen, Klinik und Therapie. München: El Sevier GmbH, Verlag Urban & Fischer; 2004.
50. Lehmkuhl G. Intelligenzminderung. In: Berger M, Hecht H, Hrsg. Psychische Erkrankungen, Klinik und Therapie. München: El Sevier GmbH, Verlag Urban & Fischer; 2004.
51. Berger M, von Calker D. Affektive Störungen. In: Berger M, Hecht H, Hrsg. Psychische Erkrankungen, Klinik und Therapie. München: El Sevier GmbH, Urban & Fischer Verlag; 2004.
52. Hiller W, Rief W. Somatoforme Störungen. München: El Sevier GmbH, Verlag Urban & Fischer; 2004.
53. Olbrich H-M, Leucht S, Fritze J. Schizophrenien und andere psychotische Störungen. In: Berger M, Hecht H, Hrsg. Psychische Erkrankungen, Klinik und Therapie. München: El Sevier GmbH, Urban & Fischer Verlag; 2004.
54. Tölle R, Windgassen K. Psychiatrie. 15. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2009.
55. Jenkins R, Bhugra D, Meltzer H. Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. *Psychological Medicine*. 2005;35:207-69.
56. Ortmann R. Haft als negativer Sozialisationsprozeß. In: Kaiser G, Kury H, Hrsg. Kriminologische Forschung in den 90er Jahren. Freiburg: Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht; 1993.
57. Pratt D, Piper M, Webb R, Shaw J. Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study. *Lancet*. 2006;368:119-23.
58. Jewkes Y. Loss, liminality and the life sentence: managing identity through a disrupted life course. In: Liebling A, Maruna S, Hrsg. The effects of imprisonment. Cullompton: Willan 2005.
59. Laux G. Depressive Episode und rezidivierende depressive Störung. In: Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P, Hrsg. Psychiatrie & Psychotherapie. Berlin: Springer-Verlag; 2003.
60. Einsele H. Haftschäden durch den Vollzug der lebenslangen Freiheitsstrafe. In: Jescheck H, Triffterer O, Hrsg. Ist die lebenslange Freiheitsstrafe verfassungswidrig? Dokumentation über die mündliche Verhandlung vor dem Bundesverfassungsgericht am 22/23 März 1977. Baden Baden: Nomos; 1978.
61. Steller M. Diagnostischer Prozess. In: Stieglitz R-D, Baumann U, Hrsg. Psychodiagnostik psychischer Störungen. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag; 1994.
62. Rist F. Leistungsdiagnostik aus psychiatrischer Sicht. In: Stieglitz R-D, Baumann U, Hrsg. Psychodiagnostik psychischer Störungen. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag; 1994.

63. Dettbarn I. Kaukasische Neueinwandererkinder an der Rasiel-Grundschule, Netanya, Israel [Dissertationsschrift]. Berlin: Freie Universität Berlin; 1986.
64. Duburcq A, Bonte J, Coulomb J. Enquete sur la santé mentale des personnes condamnées à des longues peines (phase 3 de l'étude épidémiologique). Rapport final. Bourg la Reine: Ministère de la Santé (Direction Générale de la Santé) et le Ministère de la Justice (Direction de l'Administration Pénitentiaire); 2005.
65. Sapsford RJ. Life-sentence Prisoners: Psychological changes during sentence. *The British Journal of Criminology*. 1978;18:128-45.
66. Maisondieu J, Tarrieu C, Razafimamonjy J. Alexithymie, dépression et incarcération prolongée. *Annales médico-psychologiques*. 2008;166:664-8.
67. Yang S, Kadouri A, Révah-Lévy A. Doing time: A qualitative study of long-term incarceration and the impact of mental illness. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2009;32:294-303.
68. Foerster K. Störungen durch illegale Drogen und Medikamente. In: Foerster K, Dreßing H, Hrsg. *Psychiatrische Begutachtung*. München: El Sevier GmbH Urban & Fischer Verlag; 2009.
69. Steller M, Hunze. Zur Selbstdarstellung von Delinquenten im Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) -eine Sekundäranalyse empirischer Untersuchungen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*. 1984;5:87-109.
70. Harbordt S. *Die Subkultur des Gefängnisses*. Stuttgart: Enke; 1967.



## **Anhang**

### I. Erklärung an Eides statt

„ Ich, Elisabeth Katharina Dettbarn, erkläre, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift mit dem Thema „ Die Auswirkungen langer Haftstrafen auf die psychische Gesundheit – Eine Längsschnittstudie“ 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.“

Berlin, den

## II. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich allen danken, die mein Studium und die Vollendung meiner Promotion ermöglicht haben:

Herrn Prof. Konrad, für die Hilfe bei der Findung des spannenden und anspruchsvollen Themas, den fachlichen Rat und für das Stellen neuer Herausforderungen.

Susann Frisch, die mich durch die Irrwege der Statistik begleitet hat.

Meinen Eltern und Geschwistern für die moralische Unterstützung. Insbesondere meiner Schwester Ingeborg für die Hilfe in juristischen Fragen, meinem Bruder Frank für die Hilfe bei Problemen mit dem Endnote-Programm und meiner Schwester Dorothee für das gute Zureden.

Ganz besonders danke ich meinen Eltern, die mich in meinem Studium stets unterstützt haben und mir immer, sei es in inhaltlichen, organisatorischen oder finanziellen Fragen, mit Rat und Tat zur Seite standen.

Für das Korrekturlesen und die zahlreichen Anregungen unterschiedlichster Natur bedanke ich mich bei meinen Eltern, Freunden und Bekannten:

Birgit Radtke – Rechtsschreibung

Irmgard Dettbarn – Rechtschreibung

Jörgen Dettbarn – Rechtschreibung

Julia Schmidt – Rechtschreibung und Meisterin der Struktur

Marie Brinckmann – Gehilfin in kniffligen Angelegenheiten

Marlene Micha – Rechtschreibung und Formatierungsanregungen

Sophie Groepper – die aufmerksamste und exakteste Leserin

Sven Radtke – Rechtschreibung und Vermittlung juristischer Grundlagen

Vielen Dank, ohne Ihre bzw. Eure Hilfe wäre diese Arbeit wohl nie zu einem Ende gekommen!

### III. Lebenslauf

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