

Jörg Gößling und Norbert Konrad

Bei psychischen Erkrankungen im engeren Sinne wird von nicht wenigen deutschen Psychiatern die bis ins letzte Jahrhundert zurückgehende Aufteilung in »echte Psychosen«, die überwiegend als Schizophrenien zu fassen sind und deren Symptomatik unter Haftbedingungen – etwa in der Ausgestaltung der Wahnthematik oder an aktuellen Wünschen oder Befürchtungen orientierten Halluzinationen – pathoplastisch gefärbt werden kann, und in »Haftpsychosen« als Reaktion auf die spezifischen Lebensbedingungen aufrechterhalten. Dabei werden eine spezifische haftpsychotische Disposition (z. B. als angeborene Begleiterscheinung »psychopathischer Veranlagung« oder besondere Haftempfindlichkeit bei Affekt- und Gelegenheitsdelinquenten), zeitbedingte Faktoren im Sinne einer Abhängigkeit von Zeitströmungen oder den Bedingungen im Strafvollzug angenommen und fließende Übergänge zu dissoziativen Phänomenen und Simulation beschrieben. Haftpsychosen sind jedoch als (klinische) Störungsentität nicht in internationale Klassifikationssysteme (ICD-10, DSM-IV) eingegangen. Diesen Verzicht auf eine gesonderte Kategorie stützt die vorliegende Studie, bei der 91 Patienten mit der Diagnose »Haftpsychose« einer gleich großen Vergleichsstichprobe mit der Diagnose »Schizophrenie« gegenübergestellt wurden.

Schlüsselwörter: Haftpsychose, Gefängnispsychiatrie, Justizvollzug

Psychosis in Jail – a Diagnostic Category?

Since the nineteenth century many German Psychiatrists distinguished psychosis in jail (*Haftpsychose*) from »genuine psychosis« like schizophrenia. They understand psychosis in jail as a reaction to life in prison as opposed to schizophrenia with delusions and hallucinations thematically related to the individual's wishes or fears. A specific disposition – such as psychopathy or emotional vulnerability, contextual factors like living conditions in prison and *Zeitgeist*, and transitions to dissociation and simulation have been described. However, psychosis in jail has not been included in modern diagnostic classifications (ICD-10 and DSM-IV). This study, comparing 91 patients with a diagnosis of *Haftpsychose* with a large sample of patients with schizophrenia does not support psychosis in jail as a separate psychiatric disorder.

Key words: Psychosis, prison, forensic psychiatry

Einleitung und historische Bezüge

Über Psychosen in der Allgemeinbevölkerung gibt es zahlreiche empirische Studien, über die Psychose in Haft jedoch nicht, unabhängig von der (postulierten) Ätiopathogenese. Diese Studie widmet sich der Frage, ob mithilfe von aktuellen, standardisierten Diagnostikkriterien die historisch geprägten Konzepte einer »Haftpsychose« erfasst werden können und ob sich die »Haftpsychose« als Störungsentität von Störungsbildern aus der aktuellen WHO-Klassifikation, vor allem der Schizophrenie (ICD-10 F 20) abgrenzen lässt.

Haftpsychosen sind als klinische Störungsentität nicht in internationale Klassifikationssysteme (ICD-10, DSM-IV) eingegangen (KONRAD 2000).

Aktuelle empirische Daten zur Haftpsychose gibt es nicht, hingegen einige internationale Untersuchungen zur Prävalenz von Schizophrenien bei Gefangenen. Die Prävalenz liegt zwischen 1,5 % (GUNN et al. 1991) bei verurteilten Männern in England und Wales bis 7 % bei Untersuchungsgefangenen in Dänemark (ANDERSON et al. 1996). Andere Autoren gehen von einem Drittel der psychisch auffälligen Inhaftierten als schizophran Erkrankte aus (MULLEN et al. 2000). Die hohe Prävalenz schizophran Erkrankter geht auf spezielle Selektionsprozesse zurück (KONRAD 2000).

In der älteren psychiatrisch-forensischen Fachliteratur wird die Entität einer Haftpsychose mit einer zeittypischen, zum Teil diskriminierend-pejorativen Terminologie bei vielen Autoren beschrieben, besonders prägnant bei BIRNBAUM (1918), HOMBURGER (1912), WILMANN (1927) und LANGELUEDDEKE/BRES-

SER (1976). In der Abhandlung »Die Geschichte der Haftpsychose« werden einige charakteristische psychopathologische Befunde wie z. B. die charakteristische Enge des paranoiden Feldes, die Beschränkung auf die unmittelbare Umgebung, das Fehlen einer Wahnprojektion auf Mitgefangene beschrieben (NITSCHKE und WILMANN 1911).

HOMBURGER (1912) grenzt als degenerativ veranlagte, in Haft an einer funktionellen Psychose Erkrankte von chronisch progredienten Geistesgestörten (damals als an *Dementia praecox* Erkrankten) ab. Der Ausgangspunkt einer Haftpsychose ergäbe sich aus dem Lebensweg, den erblichen Anlagen und dem sozialen Milieu sowie dem eigenen Handeln als unlösbarem Verbund des Individuums, innerhalb dessen sie sich abspielt. Sie entspringe aus einer Simulation und baue sich zu einer Psychose aus (HOMBURGER 1912); außerdem wird eine bestimmte zeitliche Stellung der Haftpsychose innerhalb der kriminellen Karriere postuliert.

Die Haftpsychose wird nach BIRNBAUM (1912) als psychogene Psychose beschrieben. Sie baue sich als Haftreaktion auf. Eine Haftreaktion wird im Anfangsstadium als reaktiv-pathologisches Affektphänomen mit Depression und Angstzuständen sowie Verwirrtheits-, Hemmungs- und Dämmerzustand verstanden (BIRNBAUM 1918). Der Ablauf sei charakteristisch für das forensische Milieu mit prompter Widerspiegelung der jeweiligen zeitlichen Haftsituation: Die in der Untersuchungshaft entstehenden akuten kurzdauernden psychogenen Ausnahme-

Tab. 1: Kriterien der Haftpsychose (HP) bei verschiedenen Autoren

Langelueddeke, Bresser 1976	Wilmanns 1927	Birnbaum 1918	Homburger 1912
Nicht körperlich begründbar, nicht endogen	HP nur bei männlichen, großstädtischen Verbrechern		Keine chronisch progrediente Geistesstörung
Reaktive, psychogene Psychose	Psychogene Haftpsychose	Psychogene Psychose	
Zeitliche Beziehung zum Verfahrensstand	Milieuwechsel: sistieren bei Verlegung in den Irrenadnex (Strafgefängnisse), bei Abschluss des Verfahrens (U-Häftlinge), bei Haftende (alle)	Ablaufsform charakteristisch für das forensische Milieu mit prompter Widerspiegelung des Standes der Haftsituation	Zeitliche Stellung der HP innerhalb der Kriminalität
Unterteilung in Subtypen (2)	Unterteilung in Subtypen (5)	Unterteilung in Subtypen (4)	Unterteilung in Subtypen (3)
Persönlichkeitsspezifische, stets durch Haftsituation provozierte Reaktion, HP aus Haftreaktion regelmäßig entwachsen	HP erwächst aus Simulation	Aus U-Haft entstandene, kurze reaktive und akute Zustände bauen sich zu chronisch verlaufenden HP um	Simulation verselbstständigt sich und baut sich zur Psychose aus

zustände wandeln sich langsam in chronisch verlaufende Haftpsychose (BIRNBAUM 1921). Abkürzen oder Abklingen psychotischer Haftphänomene nach Unterbrechung der Haft mit evtl. Überbleibseln wahnhafter Reste sind typische Muster (BIRNBAUM 1931).

Die Haftpsychose wird nach WILMANN (1927) als Simulationspsychose beschrieben. Sie erwachse aus traditioneller Simulation gewerbsmäßigen Verbrechertums und trete nur bei männlichen, großstädtischen und professionellen Rechtsbrechern auf. Andere Rechtsbrecher sind nicht betroffen. Die psychiatrische Abteilung, minderwertige Abteilung genannt, sei die bevorzugte Abteilung aller Häftlinge mit Haftpsychose: Im Jahre 1888 wurde in der Haftanstalt Moabit die erste psychiatrische Anstalt, Irrenadnex genannt, errichtet. Ein Grund hierfür war der hohe und wachsende Bedarf an psychiatrischen Einrichtungen aufgrund zunehmender psychogener Haftpsychose (WILMANN 1927). Die Haftpsychose sei im neunzehnten Jahrhundert wohl häufig übersehen worden, da ein psychiatrisches Denken in den Haftanstalten nicht existierte. Es gebe im Jahr 1920 im Vergleich zu den vorhergehenden Jahrzehnten mehr Neurastheniker und Minderwertige in der Haftpopulation. Die Zunahme degenerativer Haftpsychose im Zeitraum 1877 bis 1927 sei nicht allein durch Simulation erklärbar (WILMANN 1927): Eine Tendenz zur Kriminalität (»zunehmende Entartung der Rasse«) oder stärkere Beteiligung von psychisch Kranken an Straftaten (»der Psychopathen am Verbrechen«) sei nicht erwiesen; hinzu komme, dass die Behandlung der Kriminellen wohl besser geworden ist als 50 Jahre zuvor. Dies würde eher eine Abnahme der Haftpsychose bedingen. Die Haftpsychose sei »eine Abwehrpsychose« gegen die Strafe (WILMANN 1927). Bei Milieuwechsel verschwinde die Haftpsychose, sie sistiere bei Strafgefangenen bei Verlegung in die psychiatrische Abteilung (»in den Irrenadnex«). Es sei der Wille zur Krankheit, der die Gefangenen krank werden lässt, um daraus Vorteile zu erlangen. Deshalb spricht Wilmanns auch von einer Zweck- oder Wunschpsychose. Das ganze Bild der Haftpsychose sei von der Umgebung, ihren Einflüssen und ihrer Stellungnahme abhängig. Trotz Stupors oder blühender Größenfantasien würde eine kaum mögliche Klar-

heit bewahrt. Diese Klarheit ermögliche eine Verfassung, um geschickt die Flucht zu ergreifen. Differenzialdiagnose ist der Gansersche Dämmerzustand (WILMANN 1927).

Nach LANGELUEDDEKE/BRESSER (1976) ist eine Haftpsychose keine körperlich begründbare Psychose und keine endogene Psychose, vielmehr eine persönlichkeitspezifische, stets durch die Haftsituation provozierte Reaktion. Die Haftpsychose sei eine psychogene Ausnahmeverfassung, als abnorme erlebnisreaktive Entwicklung entstanden, deshalb eine psychogene Psychose. Sie sei aus der Haftreaktion regelmäßig entwachsen, unterscheide sich von der Haftreaktion durch ihre Hartnäckigkeit im Fortbestehen und die im Laufe der Zeit fortschreitende Ausgestaltung unterschiedlicher Symptome. Das Erscheinungsbild sei grotesk und differenzialdiagnostisch von einer Schizophrenie schwer zu unterscheiden. Die Ätiopathogenese der Haftpsychose habe sich seit 1900 geändert, da sich auch die Bedingungen im Strafvollzug geändert haben.

Tabelle 1 fasst die wesentlichen Aussagen der genannten Autoren übersichtsartig zusammen.

Material und Methode

Das Archiv der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie (vor 1999 Psychiatrisch-Neurologische Abteilung) des Krankenhauses der Berliner Vollzugsanstalten wurde auf Krankenakten mit der Diagnose »Haftpsychose« untersucht. Es fanden sich 91 Akten mit der Diagnose »Haftpsychose« in der Zeit von 1970 bis 1996. Weiterer Baustein war das Erstellen einer gleich großen Vergleichsgruppe. Hierzu wurden Akten mit der Diagnose Schizophrenie herangezogen. Da sich mehr Akten mit einer Schizophreniediagnose fanden, wurde die entsprechend alphabetisch eingeordnete Archivakte mit der Diagnose Schizophrenie nach der jeweiligen Patientenakte mit der Diagnose Haftpsychose ausgewählt.

Es kamen insgesamt 26 Items mit soziodemographischen, forensischen und psychopathologischen Variablen zur Anwendung (Tabelle 2). Die Diagnosegruppen Haftpsychose und Schizophrenie (jeweils n = 91) wurden gesondert bezüglich der Items epikritisch betrachtet. Die Schizophreniekriterien wurden in der Untersuchung unter der Maßgabe mit aufgeführt, dass es sich

bei den 91 im Zeitraum von 1970 bis 1996 diagnostizierten »Haftpsychose«-Fällen um in der Symptomatik fehlinterpretierte Schizophrenie-Diagnosen handeln könnte. Die Kriterien für die Diagnose »Haftpsychose« beziehen sich nur auf Betroffene männlichen Geschlechts, da in der Psychiatrisch-Neurologischen Abteilung der Justizvollzugsanstalt Tegel nur männliche Inhaftierte betreut wurden. Untersuchungen zu Haftpsychosen bei weiblichen Gefangenen liegen nicht vor, in der Literatur wird auf das Vorliegen einer »Haftpsychose« bei Frauen nicht gesondert eingegangen.

Ergebnisse

Auf die Diagnose »Haftpsychose« als eigenständige Entität hinweisende Merkmale

Bei insgesamt zwölf Untersuchungsmerkmalen ergab sich ein signifikanter Unterschied zwischen den untersuchten Gruppen (Tabelle 2). In der Untersuchungsgruppe »Haftpsychose« liegt ein sehr stark gleichgerichteter Zusammenhang zwischen den Merkmalen »Jahr der Erstaufnahme« und »Jahr des Störungsbegins« vor. Der Pearson Korrelationskoeffizient lautet $r = +0,97$. Ursächlich hierfür kann die Vorstellung der diagnostizierenden Ärzte gewesen sein, dass die psychische Störung nur während der Inhaftierungszeit auftritt, quasi als psychische Reaktion eines weitgehend gesunden, jedoch prädisponierten Betroffenen auf die Haft. In der Vergleichsgruppe »Schizophrenie« ist der lineare Zusammenhang jedoch nicht ganz so stark ausgeprägt, der Pearson-Koeffizient beträgt $r = +0,82$. Dabei könnten sich die in einigen aktuelleren Studien dargestellten Zusammenhänge zwischen einer Erstmanifestation einer Schizophrenie und einer Inhaftierung abbilden (WOLFOWSKIJ 2002).

In der vorliegenden Studie besteht ein signifikanter Unterschied $r = +0,49$ mit dem Merkmal »Vordiagnose einer Psychose« zwischen den beiden Untersuchungsgruppen (»Haftpsychose« 22,9 %, »Schizophrenie« 72,4 %). Da als vermeintlich »psychotische« Reaktion auf die Haft entstanden, deutet der signifikante Unterschied auf das Vorliegen einer psychischen Störung hin, die nicht einer Schizophrenie entspricht. Jedoch führen auch aktuellere Untersuchungen an, dass ungefähr 33 % der Erstdiagnosen einer Schizophrenie in Haft gestellt werden (WOLFOWSKIJ 2002). Der signifikante Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen unterstützt die konstruktionale Vorstellung einer »Haftpsychose« als nicht-schizophrenen Störung einerseits, andererseits weist sie auf eine Störung hin, die in der Tendenz eher in der Haft auftritt.

Ein weiteres Indiz für das Bestehen einer früher »Haftpsychose« genannten Störung ist die unterschiedliche Häufigkeit des Auftretens des Items »Vorliegen von einer oder mehreren psychiatrischen Vorbehandlungen« zwischen den beiden Untersuchungsgruppen. Es besteht ein signifikanter Unterschied mit $r = +0,35$ (»Haftpsychose« 44,3 %, »Schizophrenie« 78,3 %).

In der Interpretation der erhobenen Daten kann man davon ausgehen, dass Betroffene aus der Vergleichsgruppe »Schizophrenie« eher schon Kontakt zu therapeutischen Einrichtungen hatten. Diese Kontakte spiegeln sich im Vorliegen von einer oder mehreren Epikrisen über den Patienten wider.

Erstaunlich ist der nicht erwartete hohe Anteil an mit Neuroleptika behandelten Betroffenen aus der Untersuchungsgruppe »Haftpsychose« (»Haftpsychose« 76,4 %, »Schizophrenie« 92,3 %). Eine Erklärungsmöglichkeit für diesen hohen Anteil bietet die fehlende Ausdifferenzierung des untersuchten Items. In der vorliegenden Studie wurde nicht zwischen hoch-, mittel- oder niedrigpotenten Neuroleptika unterschieden. Eine das

Item »Behandlung mit Neuroleptika« betreffende, vergleichende Diskussion mit Angaben aus älteren Quellen ist nicht möglich, da vor Mitte vergangenen Jahrhunderts noch keine Neuroleptika zur Verfügung standen. Es wurde, unter einem retrospektiven Aspekt, davon ausgegangen, dass »Haftpsychosen« eher zurückhaltend mit Neuroleptika behandelt wurden, da sie maßgeblich reaktiv auf die Inhaftierung entstanden sind. Diese Vermutung bezieht sich auf die Zeit nach der Entdeckung und Implementierung der Neuroleptika Anfang der 50er-Jahre des 20. Jahrhunderts. Da ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Untersuchungsgruppen besteht mit $r = +0,22$, wird anhand des untersuchten Items als Rückschluss deutlich, dass es sich um zwei verschiedene Störungsbilder handeln kann, obwohl der Anteil an mit Neuroleptika behandelten Fällen aus der »Haftpsychose«-Untersuchungsgruppe mit $n = 68$ erstaunlich hoch ist. Dies könnte daran liegen, dass Neuroleptika syndrom- und nicht diagnosebezogen eingesetzt wurden.

In dem aktuell vorliegendem Untersuchungsmaterial zeigt sich, dass ein signifikanter Unterschied $r = -0,44$ zwischen den Untersuchungsgruppen und dem Merkmal »Sistieren der Symptomatik mit Haftende« besteht (»Haftpsychose« 31,8 %, »Schizophrenie« 1,3 %), wobei die Aussage aufgrund nicht zufälliger Stichproben relativiert werden muss. Hier wird ein entscheidender Unterschied zwischen der Schizophrenie und der »Haftpsychose« deutlich, wobei an dieser Stelle anzumerken ist, dass auch schizophrene Erkrankte in der Akuität der Erkrankung von einer Entlassung profitieren, jedoch nicht in dem Ausmaß einer Sistierung.

Ein anderer Aspekt, der für das Vorliegen einer »Haftpsychose« als eigenständige Entität spricht, ist das signifikant häufigere Auftreten ($r = -0,26$) eines monothematischen Wahns (»Haftpsychose« 21,0 %, »Schizophrenie« 4,4 %). Der monothematische Wahn der »Haftpsychotiker« unterscheidet sich eindeutig von dem zum größten Teil durchsystematisierten Wahn der Schizophrenen. Gerade das Auftreten eines monothematischen Wahnes in Kombination mit dem Hinweis, dass dieser Wahn auch signifikant häufiger ($r = -0,38$) institutionsbezogen ist (»Haftpsychose« 35,9 %, »Schizophrenie« 5,6 %), untermauert die Aussage der Prämisse. Sollte es eine auf die Haft beschränkte, hauptsächlich Wahnsymptome mit monothematisch-forensischem Aspekten zum Inhalt habende Störung geben, erscheint der Begriff »Haftpsychose« zu unscharf und missverständlich. Alternativ könnte man von einem »haftspezifischen Wahnsyndrom« sprechen. Der Begriff der »Psychose« sollte den psychotischen Störungen schizophrener oder drogeninduzierter Genese vorbehalten sein. Eine Nomenklatur, die den Psychosebegriff schärfer umfasst, würde den heute gültigen Klassifikationen, wie zum Beispiel der WHO-Klassifikation, eher gerecht.

Die aktuell vorliegende Studie zeigt, dass ein signifikanter Unterschied ($r = -0,26$) zwischen den Untersuchungsgruppen und dem Merkmal »Hinweis auf Simulation« besteht (»Haftpsychose« 12,5 %, »Schizophrenie« 0 %). Die Aussagekraft dieses Items ist aufgrund der ausgeprägten Mächtigkeit hoch (Haftpsychose $N = 88$, Schizophrenie $N = 91$). In einer wichtigen Arbeit aus den 20er-Jahren mündet die Haftpsychose fast völlig in der Simulation (WILMANN 1924). Man kann begründet die Hypothese vertreten, dass die »Haftpsychosen« ein dem Misstrauen der Psychiater entsprungenes Konstrukt darstellen, das in Übertragungs-/Gegenübertragungsprozessen bei Probanden mit Doppeldiagnosen (»Komorbidität«) wie Psychose/dissoziale Persönlichkeit(störung) wurzelt. Als weitere Hypothese

kommt in Betracht, dass die Bedingungen der Einzelhaft in den Justizvollzugsanstalten in Deutschland noch zu Beginn unseres Jahrhunderts gemäß der damaligen Behandlungsideologie psychoseinduzierende Bedingungen schufen, wie insbesondere von GRASSIAN (1983) beschrieben wurde. In der vorliegenden Untersuchung lässt sich jedoch allenfalls anhand der Schwere der in der Vergangenheit stattgefundenen Delikte der Grad der Dissozialität ablesen. Eine anterograd stattgefundenen Kriminalität ist – zum Beispiel mittels eines aktuellen Bundeszentralregisterauszuges – nicht eruiert worden.

Vergleicht man die beiden Untersuchungsgruppen bezüglich des Merkmals »Verlegung in das Krankenhaus des Maßregelvollzuges«, lässt sich ein signifikanter Unterschied ($r = +4,2$) zwischen den Untersuchungsgruppen darstellen (»Haftpsychose« 5,6 %, »Schizophrenie« 40,7 %). Da die Schizophreniegruppe signifikant häufiger in das Krankenhaus des Maßregelvollzuges (KMV) verlegt wurde, lassen sich Rückschlüsse über Unterschiede im Umgang mit beiden untersuchten Gruppen ableiten. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei der Schizophrenie um eine psychische Erkrankung im engeren Sinne (»krankhafte seelische Störung« gemäß § 20 StGB) handelt. Die »Haftpsychose« hingegen wird von vielen Gutachtern nicht als eine psychische Erkrankung im engeren Sinne eingestuft; die Betroffenen werden tatezeitbezogen in der Regel als schulfähig erachtet. Die Tatsache, dass fünf Fälle mit der Diagnose »Haftpsychose« dennoch in das KMV verlegt worden sind, lässt sich am ehesten dadurch erklären, dass bei diesen Fällen eine Doppeldiagnose »Haftpsychose«/Polytoxikomanie vorlag und die Betroffenen nach § 64 StGB untergebracht worden waren oder durch die Gutachter eine andere Einschätzung erfolgte.

Der Diagnose »Haftpsychose« als eigenständige Entität widersprechende Merkmale

Die Untersuchung ergab, dass in 14 Merkmalen kein signifikanter Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen »Haftpsychose« und »Schizophrenie« bestand (Tabelle 2). Diese Merkmale bezogen sich in erster Linie auf psychopathologische Phänomene, wie das Vorliegen einer Affektstörung (»Schizophrenie« 89,0 %, »Haftpsychose« 87,8 %), das Vorliegen einer Antriebsstörung (»Schizophrenie« 91,2 %, »Haftpsychose« 88,9 %), das Auftreten von Halluzinationen (»Schizophrenie« 68,1 %, »Haftpsychose« 63,6 %) – mit Ausnahme der ein Wahngeschehen betreffenden Merkmale.

Diese Items verfügen über eine hohe Aussagekraft, da die Gruppenmächtigkeit sehr hoch ist, sie liegt bei den genannten vier Items zwischen 88 und 91. Im Item »Halluzinationen« werden optische und akustische Halluzinationen, Körperhalluzinationen und Geruchs- und Geschmackshalluzinationen zusammengefasst. Die Antriebsstörung an sich stellt einen Oberbegriff dar. Der Antrieb kann bei schizophrenen Störungen vermindert sein, aber auch bei der »Haftpsychose« wird von gelegentlich auftretenden Antriebsminderungen ausgegangen, zum Teil auch »Haftstupor« genannt.

Bezogen auf das Merkmal »Auftreten von formalen Denkstörungen« wiesen fast alle »Haftpsychose-« und Schizophreniepatienten eine formale Denkstörung auf (»Haftpsychose« 80,0 %, »Schizophrenie« 90,1 %). Auch dieses Ergebnis legt den Rückschluss nahe, dass es sich bei der »Haftpsychose« und der »Schizophrenie« um ein und dieselbe Störungsentität handeln könnte.

Widersprüchlich erscheint dahingegen, dass in sehr vielen Fällen der Grad der Ausprägung der Symptomatik, gerade be-

zogen auf die Heftigkeit des Wahngeschehens und auf die erforderlichen Zeitkriterien, für die Diagnose einer Schizophrenie nach den WHO-Kriterien nicht genügen dürfte. Diese Merkmale, die Heftigkeit der Symptomatik und die Zeitdauer des Bestehens, müssten mit einem speziellen Untersuchungsdesign näher untersucht werden.

Viele der in der Vergangenheit als »Haftpsychose« beschriebenen Auffälligkeiten deuten nach heutigen Kriterien auf eine dissoziale Persönlichkeitsstörung hin, wobei mit der vorliegenden Untersuchung keine näheren Rückschlüsse zulässig sind, da Kriterien für eine dissoziale Störung nicht gesondert untersucht wurden.

Keine signifikanten Unterschiede bestehen zu 18,3 % zwischen den beiden Untersuchungsgruppen hinsichtlich des Untersuchungsmerkmals »durchschnittliche Behandlungsdauer in der Justizvollzugspsychiatrie in Monaten«. Hier wäre ein Unterschied dahingehend zu erwarten gewesen, dass die »Haftpsychosegruppe« eine signifikant niedrigere Behandlungsdauer aufweist, dementsprechend ein Hinweis auf das Fehlen einer eigenständigen Entität.

Anhand des Items »Wiederaufnahme in den Vollzug nach Haftentlassung« soll geprüft werden, ob der an einer Haftpsychose Leidende signifikant häufiger in den Justizvollzug wieder aufgenommen wird. Hier zeigen sich, mit einer Wahrscheinlichkeit von 31,6 %, keine signifikanten Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen und dem Merkmal (»Haftpsychose« 75,0 %, »Schizophrenie« 86,5 %). Die hohe Missingrate lässt eine weitergehende Interpretation der erhobenen Daten eher nicht zu (Haftpsychose $N = 16$, Schizophrenie $N = 37$). In diesem Zusammenhang wird an mehreren Stellen in der Literatur auf das besonders jugendliche Alter derjenigen Betroffenen verwiesen, die an einer »Haftpsychose« erkranken. Laut den vorliegenden Untersuchungsergebnissen bestand zu 85,0 % zwischen den Untersuchungsgruppen »Haftpsychose« und »Schizophrenie« im Merkmal »Alter der Person zum Zeitpunkt der Erstaufnahme in die Abteilung« kein signifikanter Unterschied.

Der in der Literatur benutzte Begriff des »Gewohnheitsverbrechers« als Ausdruck gehäuft auftretenden delinquenten Verhaltens durch den Betroffenen sollte sich (auch) in einer höheren Vorstrafenzahl in der Untersuchungsgruppe »Haftpsychose« abbilden lassen. In der vorliegenden Studie zeigte sich jedoch, dass der Anteil der nicht vorbestraften Patienten größer ist als in der Kontrollgruppe (»Haftpsychose« 33,9 %, »Schizophrenie« 26,3 %).

Der Durchschnitt der Vorstrafenzahl lag in der Untersuchungsgruppe »Haftpsychose« allerdings höher als in der Vergleichsgruppe (»Haftpsychose« 2,2 Vorstrafen, »Schizophrenie« 1,6 Vorstrafen). Dieses Ergebnis würde wieder für die Hypothese des »Gewohnheitsverbrechers« sprechen.

Ein weiterer interessanter soziodemographischer Aspekt, der die initialen Überlegungen zum Thema »Haftpsychose« nicht unterstützt, ist das Untersuchungsmerkmal »Muttersprache deutsch«. In der Annahme, dass eine zusätzliche Isolation aufgrund fehlender kultureller und sprachlicher Anbindung an die Gemeinschaft der Inhaftierten die Exazerbation einer »Haftpsychose« begünstigen könnte, wurde von einer erhöhten Haftpsychotikerrate unter ausländischen Inhaftierten ausgegangen. Laut der vorliegenden Studie besteht zu 17,7 % kein signifikanter Unterschied zwischen dem Merkmal »Muttersprache deutsch« und beiden Gruppen (»Haftpsychose« 53,9 %, »Schizophrenie« 63,7 %).

Als differenzialdiagnostisch bedeutsam ist bei beiden Unter-

Tab. 2: Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse hinsichtlich der Nullhypothesen, Verteilungshypothesen und Zufälligkeit

	Verteilungshypothesen			Zufälligkeit		Nullhypothese	
	Haftpsychosen (0)	N	Schizophrenie (1)	N	Haftpsychosen (0)		Schizophrenien (1)
N01 Alter der Person	normalverteilt	91	Normalverteilt	91	nicht zufällig	zufällig	bestätigt
N02 Muttersprache	gleichverteilt	91	nicht gleichverteilt	91	zufällig	zufällig	bestätigt
N03 Psychose als Vordiagnose	nicht gleichverteilt	70	nicht gleichverteilt	87	zufällig	zufällig	nicht bestätigt
N04 Drogenkonsum	gleichverteilt	83	nicht gleichverteilt	88	zufällig	zufällig	nicht bestätigt
N05 Untersuchungshäftlinge	nicht gleichverteilt	87	keine eindeutige Aussage	91	zufällig	zufällig	nicht bestätigt
N06 Anzahl der Vorstrafen	nicht gleichverteilt, nicht normalverteilt	59	nicht gleichverteilt,	57	zufällig	zufällig	bestätigt
N07 Jahr der Erstaufnahme	normalverteilt	91	nicht gleichverteilt, nicht normalverteilt	91	zufällig	nicht zufällig	nicht bestätigt
N08 Beginn der Störung	normalverteilt	82	Normalverteilt	66	zufällig	zufällig	bestätigt
N09 Länge der Haftstrafe	nicht gleichverteilt, nicht normalverteilt	48	nicht gleichverteilt, nicht normalverteilt	32	zufällig	zufällig	bestätigt
N10 Psychiatrische Vorbehandlung	gleichverteilt	70	nicht gleichverteilt	83	zufällig	zufällig	nicht bestätigt
N11 Behandlung mit Neuroleptika	nicht gleichverteilt	89	nicht gleichverteilt	91	nicht zufällig	zufällig	nicht bestätigt
N12 Wiederaufnahme in den Vollzug	keine eindeutige Aussage	16	nicht gleichverteilt	37	zufällig	zufällig	bestätigt
N13 Psychiatrische Wiederaufnahme nach Haftentlassung	gleichverteilt	8	nicht gleichverteilt	37	zufällig	zufällig	bestätigt
N14 Delikte	nicht gleichverteilt, nicht normalverteilt	85	nicht gleichverteilt, nicht normalverteilt	88	zufällig	zufällig	bestätigt
N15 Behandlungsdauer	nicht gleichverteilt, nicht normalverteilt	91	nicht gleichverteilt, nicht normalverteilt	91	zufällig	zufällig	bestätigt
N16 Verlegung in das KMV	nicht gleichverteilt	90	gleichverteilt	91	zufällig	zufällig	nicht bestätigt
N17 Sistieren der Symptomatik mit Haftende	nicht gleichverteilt	44	nicht gleichverteilt	76	zufällig	nicht zufällig	nicht bestätigt
N18 Wahnentwicklung	nicht gleichverteilt	89	nicht gleichverteilt	91	zufällig	zufällig	bestätigt
N19 Monothematischer Wahn	nicht gleichverteilt	81	nicht gleichverteilt	90	zufällig	zufällig	nicht bestätigt
N20 Institutionsbezogener Wahn	nicht gleichverteilt	78	nicht gleichverteilt	90	zufällig	zufällig	nicht bestätigt
N21 Fehlen einer Wahnprojektion auf Mitgefangene	gleichverteilt	68	nicht gleichverteilt	88	zufällig	nicht zufällig	nicht bestätigt
N22 Hinweis auf Simulation	nicht gleichverteilt	88	nicht gleichverteilt	90	zufällig	zufällig	nicht bestätigt
N23 Halluzinationen	nicht gleichverteilt	88	nicht gleichverteilt	91	zufällig	zufällig	bestätigt
N24 Formale Denkstörung	nicht gleichverteilt	90	nicht gleichverteilt	91	zufällig	zufällig	bestätigt
N25 Affektstörung	nicht gleichverteilt	90	nicht gleichverteilt	91	nicht zufällig	zufällig	bestätigt
N26 Antriebsstörung	nicht gleichverteilt	90	nicht gleichverteilt	91	nicht zufällig	zufällig	bestätigt

suchungsgruppen der Einfluss durch illegale Drogen zu werten. Laut der durchgeführten Korrelationsuntersuchungen besteht eine statistische Signifikanz ($r = +0,27$) zwischen den beiden Gruppen (»Haftpsychose« 50,6 %, »Schizophrenie« 76,1 %). Damit wird anhand der vorliegenden Ergebnisse die Vermutung einer gehäuften Komorbidität im Rahmen einer Polytoxikomanie und Schizophrenie belegt.

Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse ermöglichen, neben den bisher diskutierten soziodemographischen Merkmalen, auch Aussagen zum vollzuglichen Status des Patienten. In der Annahme, dass gerade die erste Zeit der Inhaftierung, wie in der Literatur beschrieben, zur Exazerbation der »Haftpsy-

chose« führt, wurde davon ausgegangen, dass das Merkmal »Untersuchungshäftling« in der Untersuchungsgruppe »Haftpsychose« signifikant häufiger auftritt. Laut der Korrelationsberechnung mit $r = +0,27$ besteht eine Signifikanz zwischen den beiden Untersuchungsgruppen und dem Merkmal »Untersuchungshäftling« (»Haftpsychose« 33,3 %, »Schizophrenie« 60,4 %). Die Vorstellung, dass eine »Haftpsychose« in erster Linie als eine Reaktion auf die Inhaftierung zu verstehen sei, scheint damit nicht zu korrespondieren: Interessanterweise lag die Schizophrenierate bei diesem Untersuchungsmerkmal weit aus höher, Rückschlüsse auf beschriebene, hohe Erstmanifestationsraten der Schizophrenie in der Haft erscheinen möglich.

Tab. 3: Zusammenhänge zwischen einzelnen Items

	Nullhypothesen			
	Haftpsychose (0)	N	Schizophrenie (1)	N
N27 Störungsbeginn und Jahr der Erstaufnahme	nicht bestätigt	82	nicht bestätigt	66
N28 Wahn und monothematischer Wahn	nicht bestätigt	80	bestätigt	90
N29 Wahn und institutionsbezogener Wahn	nicht bestätigt	70	bestätigt	90
N30 Wahn und Fehlen einer Wahnprojektion auf Mitgefangene	bestätigt	67	bestätigt	88
N31 Monothematischer Wahn und institutsbezogener Wahn	nicht bestätigt	77	nicht bestätigt	90
N33 Monothematischer Wahn und Fehlen einer Wahnprojektion auf Mitgefangene	bestätigt	67	nicht bestätigt	88
N34 Institutionsbezogener Wahn und Fehlen einer Wahnprojektion auf Mitgefangene	bestätigt	66	bestätigt	88

Ein weiteres, die Entität der »Haftpsychose« widerlegendes Merkmal, stellt die Länge der Haftstrafe dar. Unter der Vorstellung, dass bei Strafgefangenen mit einer höheren Strafdauer eher die Tendenz zur Ausbildung einer »Haftpsychose« besteht, wurden Untersuchungsgefangene und Abschiebehäftlinge von diesem Untersuchungsabschnitt ausgenommen. Damit erniedrigte sich die Gruppenmächtigkeit erheblich (»Haftpsychose« N = 48, »Schizophrenie« N = 32). Die prozentualen Unterschiede in den Straflängensklassen erwiesen sich, mit einer Wahrscheinlichkeit von 53,5 % in der statistischen Auswertung als nicht signifikant. Dieses Ergebnis widerspricht der in der Literatur postulierten größeren Hafterfahrung bei »Haftpsychotikern«.

Überlegungen zum »haftspezifischen Wahnsyndrom«

Die Betrachtung der Beziehung zwischen einzelnen Items untereinander soll vor dem Hintergrund der fakultativen Existenz eines »haftspezifischen Wahnsyndroms« stattfinden. Dabei kommen die Merkmale bezogen auf den »Wahn«, den »monothematischen Wahn«, den »institutionsbezogenen Wahn« und dem »Fehlen einer Wahnprojektion auf Mitinhaftierte« zur Anwendung (NITSCHKE und WILMANN 1911, Tabelle 3).

Zwischen dem Auftreten des Merkmals »Vorliegen eines Wahns« und des Merkmals »Vorliegen eines monothematischen Wahns« zeigt sich in der Untersuchungsgruppe »Haftpsychose« eine schwache und gleichgerichtete Korrelation mit $r = +0,25$. Ein statistischer Zusammenhang zwischen den beiden Items untermauert die empirischen Äußerungen einiger Autoren in der Literatur, die den »monothematischen Wahn« als ein besonderes Charakteristikum einer »Haftpsychose« ansahen, anhand dessen sich auch eine Unterscheidung zur »Dementia praecox«, der heutigen Schizophrenie, ermöglichen ließe.

In der Untersuchungsgruppe »Schizophrenie« besteht zu 93,7 % kein statistischer Zusammenhang zwischen den beiden Merkmalen. Dieses Ergebnis ist in Anlehnung an die WHO-Klassifikation zu erwarten, da hier die Schizophrenie in der Regel ein ausgeprägteres, durchsystematisiertes Wahnsystem aufweist, in dem mehrere Aspekte ineinander verwoben sind.

In der Untersuchungsgruppe »Haftpsychose« korreliert das Merkmal »institutionsbezogener Wahn« mittelstark mit dem Item »Wahn« gleichgerichtet miteinander ($r = +0,37$).

Das Ergebnis des Vergleiches entspricht den Vorstellungen der Autoren in den älteren Literaturangaben, die in der »Haftpsychose« eine wahnhaftes Widerspiegelung des Haftablaufes

oder des Verfahrensstandes beschrieben. In der Vergleichsgruppe »Schizophrenie« besteht zu 20,9 % kein statistischer Zusammenhang zwischen den beiden Items. In diesem Ergebnis wird unter anderem die Tendenz des Schizophrenen erkennbar, durchaus den Vollzug betreffende, alltägliche Abläufe mit in das Wahngeschehen einzuarbeiten, in der vergleichenden Betrachtung jedoch auffallend seltener.

In der Untersuchungsgruppe »Haftpsychose« korrelieren die beiden Merkmale »Vorliegen eines Wahns« und »Fehlen einer Wahnprojektion auf Mitgefangene« zu 69,5 % nicht miteinander. Hier muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass in der Auswertung des Untersuchungsmaterials auch Fälle mit dem Merkmal »Fehlen einer Wahnprojektion auf Mitinhaftierte« versehen wurden, die ein Wahngeschehen, gleich welcher Art, nicht aufwiesen. In der Vergleichsgruppe »Schizophrenie« besteht zu 12,6 % keine statistische Signifikanz.

In der Gesamtschau traten die das für »Haftpsychosen« typische Wahnerleben beschreibenden Merkmale in der Untersuchungsgruppe »Haftpsychose« in fünf Fällen auf. Interessanterweise wiesen diese Gefangenen mit Ausnahme eines Abschiebehäftlings eine eher lange Haftstrafe auf. Der in der Vergleichsgruppe »Schizophrenie« herausgearbeitete Patient war Ersatzfreiheitsstraffer; er hatte zudem keine Vorstrafen. Da die Gruppenmächtigkeiten zu gering sind (N = 5 und N = 1) lassen sich hier natürlich keine statistischen Aussagen treffen.

In der Untersuchungsgruppe »Haftpsychose« lag jedoch in vier von fünf Fällen eine formale Denkstörung vor. Dieses Ergebnis widerspricht der Annahme eines »haftspezifischen Wahnsyndroms« im Rahmen einer wahnhaften Störung, da formale Denkstörungen hier untypisch wären.

Ausblick

Die Auswertung der Studie wurde durch das Fehlen von vergleichbaren aktuellen Studien zu diesem Thema erschwert. Interessant erscheint die Erkenntnis, dass eine »Haftpsychose« nach den heute gültigen Diagnosekriterien ICD-10 oder DSM-IV nicht existiert. Man sollte demnach eine solche Diagnose nicht mehr stellen. Soweit mit dem vorliegenden Untersuchungsdesign statistisch signifikante Unterschiede zwischen der »Haftpsychose«- und Schizophrenie-Gruppe festgestellt wurden, lassen sich diese zumeist durch Zuschreibungsprozesse bei den Diagnostikern erklären, die eher geneigt sind, eine »Haftpsychose« bei Patienten anzunehmen, deren Symptomatik in Haft (besonders deutlich) auftritt, die zuvor nicht durch eine psychotische Sympto-

matik aufgefallen und auch nicht in psychiatrischer Behandlung waren und bei denen sich Hinweise auf Simulation fanden. Möglicherweise lässt sich aber eine Subgruppe in einer größeren Untersuchungsklientel identifizieren, die als »haftspezifisches Wahnsyndrom« zu fassen wäre. Ein Vorschlag wäre, auch in anderen Justizvollzugspsychiatrien oder vergleichbaren Einrichtungen Untersuchungen im Hinblick auf das mögliche Bestehen eines »haftspezifischen Wahnsyndroms« durchzuführen. Dabei sollte insbesondere das Zeitkriterium und die Heftigkeit der Wahnsymptomatik Berücksichtigung finden.

Durch Aufklärung des Patienten bei sicher gestellter Diagnose lässt sich hier vielleicht auch ohne Einsatz von Medikamenten eine Linderung der Symptomatik und, soweit vorhanden, des subjektiven Krankheitsgefühls erzielen. Andererseits besteht die Gefahr, dass bei Ignorieren des Bestehens einer – heutzutage recht gut behandelbaren – schizophrenen Erkrankung der Patient fehlinformiert wird, der tatsächliche Behandlungsbedarf nicht erkannt wird und indizierte Behandlungsmaßnahmen unterlassen werden. Eine weitere Benachteiligung von Patienten mit dem Label »Haftpsychose« kann darin bestehen, dass sie in der Bewertung ihrer Angaben vorschnell in eine Simulationsecke gestellt werden und allgemeinpsychiatrische Einrichtungen eine historisch geprägte Abwehr- und Nichtzuständigkeitshaltung aufbauen, wenn Patienten – etwa bei Annahme von Haftunfähigkeit – in ihre Versorgungsstrukturen gelangen.

Aus unserer Sicht besteht eine weitere Funktion der Diagnose »Haftpsychose« darin, den Begutachteten grundsätzlich strafrechtliche Verantwortlichkeit zuzuschreiben und damit von vornherein eine strafgerichtliche Unterbringung gem. § 63 StGB zu verhindern. Bei der Schuldfähigkeitsdiagnostik ist mit der Annahme einer »Haftpsychose« gewissermaßen definitionsgemäß der Beginn der psychischen Störung in die Haftzeit hineinverlagert, sodass sich eine genauere Auseinandersetzung mit dem Zustand zum Tatzeitpunkt erübrigt; hier besteht die Gefahr, dass vorschnell eine schizophrene Prodromalsymptomatik übersehen wird. Soweit trotz erheblicher Delinquenz dann eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB unterbleibt, mag man die Vorenthaltung einer besseren therapeutischen Behandlung im Vergleich zur Haft bedauern. Aus der Betroffenenperspektive ist das Unterbleiben einer strafgerichtlichen Unterbringung heutzutage angesichts der (steigenden) Unterbringungsauern und der fehlenden zeitlichen Befristung nicht unbedingt von Nachteil.

Literatur

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1998) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV. Übersetzt nach der 4. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association. Deutsche Bearbeitung und Einführung von SAß H et al., 2. Auflage. Ettligen u. a.: Hogrefe-Verlag für Psychologie
- ANDERSON HS et al. (1996) Prevalence of ICD-9 psychiatric morbidity in random samples of prisoners on remand. *International Journal of Law and Psychiatry* 19: 61–64
- BIRNBAUM K (1918) Psychische Verursachung seelischer Störungen und die psychisch bedingten abnormen Seelenvorgänge. Wiesbaden: J.F. Bergmann-Verlag
- BIRNBAUM K (1921) Psychopathologische Dokumente. Charakteristische Sondergestaltungen psychogener Störungen. Die psychogenen Spezialgruppen. S. 61–67. Berlin: Springer-Verlag
- BIRNBAUM K (1931) Kriminal-Psychopathologie und psychobiologische Verbrechenskunde. Berlin: Springer-Verlag
- GRASSIAN S (1983) Psychopathological Effects of Solitary Confinement. *Am J Psychiatry* 140: 1450–1454
- GUNN J et al. (1991) Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. *British Medical Journal* 303: 338–341
- HOMBURGER A (1912) Lebensschicksale geisteskranker Strafgefangener. Katamnestiche Untersuchungen nach den Berichten L. Kirns über ehemalige Insassen der Zentralstrafanstalt Freiburg im Breisgau (1879–1886). Berlin: Springer-Verlag
- KNIGGE F (1932) Über psychische Störungen bei Strafgefangenen. In: *Archiv Psychiatrie*, 96: 127–148
- KONRAD N (1997) Psychiatrie im Justizvollzug. In: *Recht & Psychiatrie* 15: 51–59
- KONRAD N (2000) Psychiatrie in Haft, Gefangenschaft und Gefängnis. In HELMCHEN H et al. (Hrsg): *Psychiatrie der Gegenwart, Band 3 : Psychiatrie spezieller Lebenssituationen*, S. 555–576. 4. Auflage, Berlin: Springer-Verlag
- LANGELUEDDEKE A, BRESSER PH (1976) *Gerichtliche Psychiatrie*. 4. Auflage, Berlin: de Gruyter-Verlag
- MECHLER A (1981) *Psychiatrie des Strafvollzugs*. Stuttgart, New York: Fischer-Verlag
- MISSONI L (1996) Über die Situation der Psychiatrie in den Justizvollzugsanstalten in Deutschland. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 3: 143–146
- MULLEN PE et al. (2000) Community care and criminal offending in schizophrenia. *Lancet* 355 (9204): 614–617
- NITSCHKE G, WILMANN K (1911) Die Geschichte der Haftpsychose. *Z f d g Neur Psych* 3: 353–382 und 497–524
- WELTGESUNDHEITSORGANISATION (WHO) (1999) Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD 10, Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. In: DILLING H et al. (Hrsg), Bern u. a.: Hans Huber-Verlag
- WILMANN K (1924) Die Abhängigkeit der Haftpsychose vom Zeitgeist. *Monatsschrift Kriminologie und Strafrechtsreform*, 15: 308–333
- WILMANN K (1927) Die sogenannte verminderte Zurechnungsfähigkeit als zentrales Problem der Entwürfe zu einem Deutschen Strafgesetzbuch. 30 Vorlesungen über die sogenannten geistig Minderwertigen im geltenden und künftigen Recht im Strafvollzug und in der Irrenanstalt. Berlin: Springer-Verlag
- WOLFOWSKI J (2002) Vergleich männlicher Patienten mit den psychischen Störungen der F2-Gruppe der ICD-10 in der Forensischen und Allgemeinpsychiatrischen Klinik. Dissertation, Freie Universität Berlin

Anschrift der Verfasser

KBVA – Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie
Friedrich-Olbricht-Damm 17
13627 Berlin