

Aus dem Institut für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie
Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar
Direktor: Prof. Dr. Michael Rösler

**Prävalenz von Psychiatrischen Erkrankungen und
Psychopathologischen Syndromen von Frauen im Strafvollzug:
Eine Querschnittsuntersuchung in der Justizvollzugsanstalt
Zweibrücken**

**Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes 2011**

Vorgelegt von: Mohammad Khalid Yaqoobi
geb. am 03.01.1973 in Kabul (Afghanistan)

1. Inhaltsverzeichnis:	Seite
2. Zusammenfassung/Summary	4
3. Einleitung	8
3.1. Kriminologische Aspekte	8
3.2. Psychiatrische Aspekte	9
4. Material und Methodik	11
4.1. Stichprobenbeschreibungen	11
4.2. Instrumente	11
4.2.1. Strukturiertes klinischen Interview gemäß DSM IV (SKID)	11
4.2.2. SKID-II	12
4.2.3. Young Self Report (YSR) / Young Adult Self Report (YASR)	13
4.2.4. NEO Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI)	14
4.2.5. Impulsivitätsfragebogen I-7 nach Eysenck	15
4.2.6. Wender Utah Rating Scale (WURS-k)	15
4.3. Statistik	16
5. Ergebnisse	17
5.1. Soziodemographische Daten	17
5.1.1. Familienstand	17
5.1.2. Familienverhältnisse	18
5.1.3. Berufsausbildung	19
5.2. Deliktverteilung	20
5.3. Psychiatrische Diagnosen	21
5.3.1. Affektive Störungen	21
5.3.2. Psychotische Störungen	22
5.3.3. Substanzmissbrauch/Substanzabhängigkeit	23
5.3.4. Angststörungen	24
5.3.5. Essstörungen	25
5.4. SKID II (Persönlichkeitsstörungen)	26
5.5. Psychopathologische Syndrome	27
5.5.1. YASR	28
5.5.2. NEO-FFI	29
5.5.3. Impulsivitätsfragebogen I-7 nach Eysenck	30
5.5.4. WURS-k	31

6. Diskussion	32
6.1. Demographische Daten	32
6.2. Deliktstruktur	33
6.3. Psychiatrische Erkrankungen u. Psycho-Pathologische Syndrome	34
6.4. Persönlichkeitsstörungen	35
6.5. ADHS	36
6.6. Schlussfolgerung	37
7. Literaturverzeichnis	39
8. Danksagung	44
9. Lebenslauf	45

2. ZUSAMMENFASSUNG

Die internationale Literatur zeigt eine hohe Prävalenz für psychiatrische und psychopathologische Auffälligkeiten bei inhaftierten Frauen. Bezüglich der Situation in deutschen Strafanstalten ist die Datenlage derzeit jedoch wenig befriedigend. Vor diesem Hintergrund wurde eine systematische Untersuchung psychischer Störungen bei Frauen im Strafvollzug durchgeführt. In der vorliegenden Arbeit wurden die Prävalenz von psychiatrischen Erkrankungen und psychopathologischen Syndromen der weiblichen Strafgefangenenpopulation systematisch untersucht. Dazu wurden 110 weibliche Häftlinge unter Verwendung standardisierter diagnostischer Interviews und psychopathologischer Skalen untersucht.

Die Mehrzahl der Probandinnen war ledig, in vollständigen Familien aufgewachsen und verfügte über einen Hauptschulabschluss, jedoch nicht über eine abgeschlossene Ausbildung. 79.6% der Frauen befanden sich wegen BTM-Delikten in Haft, 21.2% wegen Betrugsdelikten. Die Prävalenz von Gewalt- und Sexualstraftaten lag dagegen unter 5%. Von den 110 in unserer Stichprobe untersuchten Frauen wurden 13 (11,8 %) in der Vergangenheit bereits psychiatrisch behandelt. Die häufigsten im Rahmen des SKID-II Interviews gestellten psychiatrischen Diagnosen waren depressive und substanzbedingte Störungen. Die Gesamtprävalenz von Persönlichkeitsstörungen lag bei 84%, wobei am häufigsten antisoziale und Borderline-Persönlichkeitsstörungen angetroffen wurden.

Hinsichtlich der mit dem Selbstbeurteilungsverfahren Young Adult Self Rating (YARS) erfassten psychopathologischen Syndrome wurden von den Probandinnen besonders körperliche und ängstlich/depressive Beschwerden sowie dissoziales Verhalten beschrieben. Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe strafrechtlich unauffälliger Frauen waren auf übergeordneter Ebene sowohl internalisierende als auch externalisierende Störungen bei inhaftierten Frauen deutlich stärker ausgeprägt. Bezüglich der mit dem NEO-FFI erfassten Persönlichkeitsdimensionen fanden sich bei den inhaftierten Frauen gegenüber den Kontrollprobandinnen signifikant geringere Ausprägungen der Merkmale *Offenheit* und *Verträglichkeit*, während von ihnen eine stärker ausgeprägte *Gewissenhaftigkeit* beschrieben wurde. Die Auswertung des Impulsivitätsfragebogens I-7 nach Eysenck ergab im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant höhere Werte auf der Skala *Impulsivität*. Hinsichtlich der Skalen *Waghalsigkeit* und *Empathie* ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Die Wender-Utah-Rating Scale (WURS-k) wurde als Selbstbeurteilungsinstrument zur retrospektiven Erfassung kindlicher ADHS-Symptome verwendet. Bei etwa einem Drittel der Probandinnen lässt sich retrospektiv annehmen, dass in der Kindheit ein ADHS bestand.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass bei den Probandinnen eine hohe Belastung mit psychiatrischen und psychopathologischen Syndromen besteht. Die Problematik einer hohen

Prävalenz psychischer Störungen bei Frauen im Strafvollzug scheint ein relativer Mangel an adäquaten Therapieangeboten gegenüber zu stehen. Diese Diskrepanz birgt eine enorme Gefahr für ungünstige Auswirkungen auf den Strafvollzug und die Rehabilitation und Wiedereingliederung inhaftierter Frauen in die Gesellschaft.

Summary

The international literature shows a high prevalence for psychiatric and psychopathological features in arrested women. However, with regards to the situation in German penitentiaries the data available are little satisfactory at present. Given this situation a systematic examination of psychological disturbances was executed in women taken into custody due to a sentence. In the present work were examined the prevalence of psychiatric illnesses and psychopathological syndromes in the feminine penal prisoner population systematically. In addition 110 feminine prisoners were examined by standardized diagnostic interviews and psychopathological scale tests.

The majority of the subjects was single, had grown up in complete families and had a secondary school qualification, but not a completed professional education. 79.6% of the women were taken into custody because of narcotic drug offenses, 21.2% because of trickery offenses. The prevalence of authority criminal offences and sexual criminal offences was on the contrary less than 5%. 13 out of 110 women examined in our study was previously treated for psychiatric problems. The most frequent psychiatric diagnoses within the framework of the interview SKID-II were depression and drug-substance-related problems. The overall prevalence of personality disturbances was 84% and consisted most frequently in anti-social and borderline-personality disturbances.

With regards to with the selfjudgement procedure in the Young Adult Self Rating (YARS) to detect psychopathological syndromes the major complaints were particularly physical and nervous disturbances and depression as well as anti-social behavior. Compared to a control group of unsuspecting women internalizing as well as externalizing problems were largely pronounced in arrested women. In the detection of personality dimensions within the NEO-FFI openness and compatibility were found in a lower frequency in the arrested women which was significant and opposite to the control subjects mentioned, while a stronger conscientiousness was described in arrested women. There was significantly higher level of impulsiveness in arrested women compared to controls as evaluated by form I-7 according to Eysenck. In the scales for daredevil attitude and empathy there was no significant difference. Turn Utah Rating Scale (WURS-k) was applied as a self-judgement instrument to the retrospective evaluation of ADHS symptoms in childhood. Approximately one third of the subjects supposed to have suffered from ADHS in infancy.

Altogether we summarize that we have found a high prevalence of psychiatric and psychopathological syndromes in our cohort. This problems of a high prevalence of psychological disturbances in women taken into custody for a sentence is contrasted by a

relative lack of adequate therapy. This discrepancy bears an enormous danger consisting in unfavorable effects in the execution of a sentence and for the rehabilitation and reintegration of arrested women back into the society.

3 EINLEITUNG

3.1. KRIMINOLOGISCHE ASPEKTE

Die jährliche polizeiliche Kriminalstatistik der Bundesrepublik Deutschland erfasste für das Jahr 2009 insgesamt 6.054.330 Kriminalfälle (Polizeiliche Kriminalstatistik Deutschland für das Jahr 2009). Bei dieser Zahl handelt es sich nur um die Zahl der offiziell erfassten Fälle. Die Dunkelziffer der Straftaten wird durch die Polizeiliche Kriminalstatistik nicht erfasst. Die Anzahl der Tatverdächtigen erfasste insgesamt 2.187.217 Personen, wobei die weiblichen Tatverdächtigen mit einem Anteil von 545.627 Personen 24,9% aller Tatverdächtigen ausmachten (Polizeiliche Kriminalstatistik Deutschland für das Jahr 2009).

Die Art der Straftaten und die Psychopathologie der Personen, die letztlich zu Gefängnisstrafen verurteilt wurden, unterscheiden sich zwischen Männern und Frauen. Die Kriminalitätsrate insgesamt ist auch hier bei Frauen wesentlich geringer als bei Männern. Gemäß der allgemeinen Kriminalstatistik spielen in der Deliktstruktur „Gewalt und Sexualdelikte“ die Frauen eine untergeordnete Rolle. Diese Delikte sind eher eine Domäne der Männer. Frauen begehen zwar auch Gewaltdelikte, wie eindrucksvolle, von den Medien berichtete Beispiele von Folterung und Erniedrigung von irakischen Gefangenen durch amerikanische Soldatinnen belegen. Aber laut der Kriminalstatik ist die Beteiligung von Frauen an Gewaltdelinquenz insgesamt gesehen deutlich geringer als die von Männern. Nur etwa 17,5% der Gewaltkriminalität wird weiblichen Tatverdächtigen angerechnet.

Es gibt aber auch Deliktbereiche, die bei Frauen besonders häufig registriert werden. Hierzu gehören vor allem Betrugsdelikte, wie beispielsweise der Missbrauch von Scheck- und Kreditkarten. Hier liegt der weibliche Tatverdächtigenanteil bei 44,6%. Auch bei anderen Delikten wie Ladendiebstahl, liegt der Anteil der weiblichen Tatverdächtigen mit 40,2% und bei Waren- und Warenkreditbetrug mit 32,4% weit über dem Durchschnitt. Deutlich überdurchschnittlich liegt der Frauenanteil bei der Verletzung der Fürsorge- und Erziehungspflichten mit 71,9% und Entziehung Minderjähriger mit 49,1 %. Bei Rauschgiftdelikten oder schwerem Diebstahl war nur jeder achte bis zehnte Tatverdächtige weiblich. Sexualstraftaten kommen bei Frauen und Mädchen sehr selten vor.

Anhand der Kriminalstatistik wird klar, dass Gewalt und Sexualstraftaten eher eine Domäne der Männer sind. Da Frauen und Mädchen weniger und leichtere Straftaten begehen als Männer, werden sie auch wesentlich seltener zu Gefängnisstrafen verurteilt. Der Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unterbringung auf Haftplätzen des geschlossenen und offenen Vollzuges in Deutschland betrug insgesamt 77.944 Personen am Stichtag des 30. November 2010. Der Anteil der weiblichen Gefangenen betrug dabei ca. 5,8% (Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2011). Außerdem haben Frauen und Mädchen nach der Entlassung aus dem Strafvollzug ein geringeres

Rückfallrisiko sowie eine günstigere Sozialprognose als Männer. (Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung vom 28.01.2003).

Die Frage nach Unterschieden zwischen Männer -und Frauenkriminalität ist trotz einiger Erklärungsansätze bis heute nicht ausreichend beantwortet. Es existieren verschiedene Erklärungsversuche, die sich auf biologische, psychologische sowie soziologische Befunde stützen (Schwind, Kriminologie, 12 Auflage). Karl Gustav Cremer (1974) vertrat die Theorie, dass Frauen genetisch bedingt eine stabilere Persönlichkeitsstruktur besitzen und damit über mehr Widerstandskraft gegen kriminelle Versuchungen verfügen als Männer mit ihrem XY Chromosomensatz (Stabilitätstheorie). Pollack (1950) vertrat einen komplett anderen Ansatz. Er postulierte, dass Frauen genauso viele kriminelle Delikte wie Männer begehen würden. Der Unterschied liege aber darin, dass Frauen besser in der Lage seien, ihre Taten zu verschleiern. Zudem verfolgten die verantwortlichen Ermittler (zumeist Männer) die von Frauen begangene Taten nicht so ambitioniert, und somit würden Frauen entsprechend wesentlich seltener und evtl. auch milder bestraft (Ritterlichkeitstheorie). Neuere Untersuchungen nehmen an, dass sich die weibliche Kriminalitätsrate in dem Maße der des Mannes angleicht, wie sich das weibliche Rollenverhalten dem männlichen annähert. (Krauß und Thorsten 2005).

3.2. Psychiatrische Aspekte

Das Vorhandensein von psychischen Erkrankungen von Frauen im Strafvollzug ist in Deutschland in einigen wenigen Studien untersucht worden. Von Schönfeld untersuchte zum Stichtag 01.05.2002 im geschlossenen Justizvollzug Bielefeld Brackwede 63 Frauen und 76 Männer (C.-E. von Schönfeld et al. 2006). Ziel der Studie war die Untersuchung psychischer Störungen der DMS-IV-Achse I und II sowie aktuelle Psychopathologie und die Abschätzung des Behandlungsbedarfs bei Frauen und Männern im geschlossenen Vollzug. Bei 88,2% der Untersuchten beider Geschlechter wurde mindestens eine aktuelle Achse-I oder Achse-II Störungen festgestellt. Bei den weiblichen Gefangenen waren opiatbezogene und polyvalent substanzbedingte Störungen, affektive und posttraumatische Belastungsstörungen häufiger als bei männlichen Strafgefangenen gefunden worden. Männer wiesen dagegen häufiger alkoholbezogene Störungen auf.

Es hat sich in Studien in verschiedenen westlichen Ländern auch gezeigt, dass die Anzahl von Frauen im Gefängnis, die an diversen psychische Erkrankungen leiden, nicht unerheblich ist. Initiiert vom Department of Psychiatry der University of Oxford und vom Institute of Public Health der University of Cambridge wurde eine große Metaanalyse zur Erfassung von ernsthaften mentalen Erkrankungen bei Gefängnisinsassen durchgeführt. Die Studie umfasste neben Skandinavien, den USA und Großbritannien noch 9 weitere westliche

Länder. Es wurden 62 von Januar 1966 bis Januar 2001 durchgeführte Studien in die Untersuchung einbezogen. Es konnte gezeigt werden, dass von 22.790 Gefangenen 18.530, also 81% männlichen Geschlechts waren. Ferner wurde gezeigt, dass die Anzahl psychisch kranker Personen im Gefängnis wesentlich höher lag als in der normalen Bevölkerung. In westlichen Ländern liegt demnach sich bei ungefähr einer von sieben inhaftierten Personen eine psychische Erkrankung vor. Unter anderem ist die Rate von schweren Depressionen deutlich erhöht. Eine antisoziale Persönlichkeitsstörung ist bei einem von zwei männlichen Gefangenen und bei einer von fünf weiblichen Gefangenen nachweisbar.

In die Metaanalyse von Fazel und Danesch (2002) ist keine Studie aus Deutschland eingeflossen. Daran wird deutlich, dass offensichtlich ein Mangel an Untersuchungen psychopathologischer Auffälligkeiten bei Frauen im deutschen Strafvollzug existiert. Von diesem Hintergrund wurde durch das Institut für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie der Universität des Saarlandes eine umfangreiche Untersuchung zur Frage der Art und Prävalenz psychischer Störungen durchgeführt. In der vorliegenden Arbeit werden die Ergebnisse bezüglich Deliktstruktur, psychischer Krankheiten und psychopathologischer Syndrome bei inhaftierten Frauen dargestellt.

4 MATERIAL UND METHODIK

4.1. STICHPROBENBESCHREIBUNGEN

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Kohortenstudie mit insgesamt 110 weiblichen Insassinnen im Strafvollzug der JVA Zweibrücken. Die JVA Zweibrücken nimmt alle jugendlichen und heranwachsenden Straftäter des Saarlandes und des Landes Rheinland Pfalz zur Verbüßung von Freiheitsstrafen auf. Demnach ist die Untersuchung dieser Population bevölkerungsstatistisch repräsentativ für das Saarland und einen Teil des Bundeslandes Rheinland-Pfalz.

Die Studie fand im Zeitraum vom Mai 2003 bis zum Juli 2004 statt und wurde durch das Saarländische Justizministerium und Ethikkommission geprüft und genehmigt. Es erfolgte eine Einführungsveranstaltung durch Bedienstete des Institutes für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie der Universität des Saarlandes, um die Ziele und den Ablauf der Untersuchung den im JVA Strafvollzug beschäftigten Personen und den Probanden zu erläutern. In einem Vorgespräch wurden die Probanden noch einmal individuell ausführlich über die Untersuchung aufgeklärt und auf unserer Schweigepflicht hinsichtlich aller gemachten Angaben hingewiesen. Weiterhin wurden sie darüber aufgeklärt, dass es für jeden Teilnehmerin jederzeit und ohne Angabe von Gründen oder nachteiligen Folgen möglich war, die Studie abzubrechen. Die Einschlusskriterien waren die schriftliche Einverständniserklärung sowie ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache. Die Untersuchungen erfolgten grundsätzlich als Individualuntersuchung.

Bei der Kontrollgruppe handelt es sich um 22 weibliche Probandinnen aus unserem Umfeld. Die akquirierten waren im Mittel 28,1 (SD 12,5) Jahre alt. 59 % der Kontrollgruppe hatten einen Hauptschulabschluss, 18 % verfügten über eine Mittlere Reife und 4% hatten Abitur.

4.2. INSTRUMENTE

4.2.1. STRUKTURIERTES KLINISCHEN INTERVIEW GEMÄß DSM IV (SKID-I)

Um die Deliktstruktur und die Psychopathologie von Frauen im Strafvollzug zu untersuchen, kamen eine Reihe von klinisch-diagnostischen Interviews, sowie Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente zum Einsatz:

Zur Bestimmung der Prävalenzen der psychiatrischen Achse-I Störungen wurde das SKID-I Interview eingesetzt. Das SKID-Interview für Achse 1 ist ein strukturiertes klinisches Interview für DMS-IV bearbeitet von Wittchen (1997).

Durch ein klinisches Interview werden Symptome, Syndrome sowie Diagnosen die psychische Störungen betreffen, identifiziert und dokumentiert. Die Entwicklung des SKID für die Diagnostik von DSM-III Erkrankungen begann 1983 im New York State Psychiatric

Institute unter der Leitung von Robert Spitzer. Eine Revision des SKID mit DSM-IV erfolgte 1993 durch eine Internationale Arbeitsgruppe (Saß et al. 1996). Die endgültige Version wurde Februar 1996 vorgestellt. Bei dem SKID-I für DSM-IV handelt es sich um eine deutschsprachige, erweiterte Bearbeitung der amerikanischen Originalversion des SCID-I. Als Besonderheit der deutschen Version ist hervorzuheben, dass die korrespondierenden ICD-10 Kodierungsziffern zusätzlich angegeben werden können. SKID Achse-I wird in zwei Versionen eingeteilt: Forschungsversion und Klinikversion. In der vorliegenden Studie wurde die SKID-I Forschungsversion angewendet.

SKID-I erfasst folgende Diagnosen (Achse-I): Affektive Störungen, psychotische Störungen und assoziierte Symptome, Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, sowie Essstörungen und Anpassungsstörungen. Zusätzlich werden Kodierungsmöglichkeiten für die Beurteilung von körperlichen Störungen und psychosozialen Auffälligkeiten angeboten.

4.2.2. SKID-II

SKID-II ist ebenso ein strukturiertes klinisches Interview und liefert Informationen über Persönlichkeitsstörungen Achse-II (Fydrich et al., 1997). Da SKID-II ein halbstrukturiertes Interview ist, sollte es möglichst in Kombination mit dem SKID-I zur Beurteilung der Achse-Psychopathologie (Wittchen et al. 1997) verwendet werden.

Das SKID-II ist ein zweistufiges Verfahren, bestehend aus einem Fragebogen, der von Probanden beantwortet wird, und dessen Rubriken die Kriterien des DMS repräsentiert. Der Fragenbogen besteht aus Fragen, die mit „Nein“ oder „Ja“ beantwortet werden sollen. Der Vorteil bei diesem Fragenbogen besteht darin, dass man im nachfolgend durchgeführten Interview nur auf mit „Ja“ beantwortete Fragen einzugehen braucht. Dadurch wird die Zeit für das Interview deutlich reduziert. Die Fragebogenkategorien sind sehr allgemein formuliert, so dass damit eine hohe Sensitivität erreicht wird. Der Fragebogen kann allerdings nicht allein zur kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen eingesetzt werden. Bei der Durchführung des Interviews sollen die Probanden sich auf die letzten 5 bis 10 Jahre beziehen, und nicht auf die letzten Tage und Wochen, in der möglicherweise eine akute psychiatrische Symptomatik vorgelegen hat.

Die Kodierung des Interviews erfolgt genauso wie beim SKID-I des Untersuchers. Wenn eine Frage bejaht wurde, entscheidet der Untersucher, ob er es mit „1“, „2“ oder „3“ kodiert.

1= nein/nicht vorhanden

2= vorhanden, jedoch nicht kriteriumsgemäß ausgeprägt

3= sicher vorhanden und kriteriumsgemäß ausgeprägt

Ein Kriterium wird als nicht beurteilbar gekennzeichnet („?“), wenn es keine eindeutigen Informationen über das Vorliegen des Kriteriums gibt.

Folgende Persönlichkeitsstörungen können mit SKID-II diagnostiziert werden: *Selbstunsicherheit, Abhängigkeit, Zwanghaftigkeit, Negativismus, Depression, Paranoia, Schizotypie, Schizoismus, Histrionismus, Narzismus, Borderline Syndrom, und antisoziales Verhalten*. Eine Persönlichkeitsstörung wird dann als gegeben angesehen, wenn eine bestimmte, für die jeweilige Störung festgelegte Anzahl von Kriterien sicher erfüllt ist.

4.2.3. YOUNG SELF REPORT (YSR) / YOUNG ADULT SELF REPORT (YASR)

Mit dem YSR (Young Self Report) werden diagnosenübergreifend Verhaltensauffälligkeiten und psychopathologische Syndrome erfasst. Es handelt sich um eine Selbstbeurteilungsskala für Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 11 bis 18 Jahre (Achenbach 1991, Achenbach 1997). Der YASR (Young Adult Self-Report) Fragebogen ist auch für Erwachsene und für die Altersgruppe bis 30 Jahre validiert.

Bei dem in der Studie eingesetzten Verfahren handelt es sich um die deutsche Fassung des YASR, der im ersten Teil auf psychosoziale Kompetenzen und im zweiten Teil auf Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeit und somatische Beschwerden eingeht. Die Rubriken des ersten Teiles werden in fünf Skalen zur Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus in verschiedenen Funktionsbereichen (*Freunde, Bildung, Beruf, Familie, Partnerschaft*) und einer Gesamtskala zusammengefasst. Aus den Rubriken des zweiten Teils des Fragebogens werden acht Problemskalen gebildet. Die Skalen „*Sozialer Rückzug*“, „*Körperliche Beschwerden*“ und „*Ängstlichkeit/Depression*“ werden zu der übergeordneten Skala „*Internalisierende Auffälligkeiten*“ zusammengefasst. Jugendliche mit einer Tendenz zu sozialem Rückzug möchten lieber alleine sein, sind schweigsam und verschlossen. Körperliche Beschwerden umfassen verschiedene somatische Symptome wie zum Beispiel Schwindel, Müdigkeit, Schmerzzustände und Erbrechen. Die Skala *Ängstlichkeit/Depression* erfasst allgemeine Ängstlichkeit und Nervosität sowie Einsamkeit und soziale Ablehnung.

Die Skalen „*Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten*“, „*Dissoziales Verhalten*“ und „*Aggressives Verhalten*“ bilden die übergeordnete Skala „*Externalisierende Auffälligkeiten*“. Dissoziales Verhalten umfasst vor allem die Ablehnung durch Gleichaltrige sowie unreifes und erwachsenenabhängiges Sozialverhalten.

Die restlichen beiden Skalen mit den Bezeichnungen, und „*Aufmerksamkeitsprobleme*“ sind keiner übergeordneten Skala zugeordnet. Die Skala „*Bizarres Verhalten*“ beinhaltet neben den Tendenzen zu zwanghaftem Denken und Handeln auch psychotisch anmutende

Verhaltensweisen (Halluzinationen). Die Skala Aufmerksamkeitsstörung erfasst motorischen Unruhe, Impulsivität, und Konzentrationsstörungen.

Der YASR Fragebogen (Achenbach 1997 und Arbeitsgruppe Deutsche Child behavior Checklist) beinhaltet 119 Items. Die Fragen beziehen sich auf aktuelle oder in den letzten 6 Monaten zutreffende Eigenschaften oder Verhaltensweisen. Jedes Item ist auf eine 0-2 Lickert-Skala zu bewerten.

0= nicht zutreffend

1= etwas oder manchmal zutreffend

2= genau oder häufig zutreffend.

Die Auswertung der individuellen Punktwerte kann entweder mit Hilfe einer Schablone oder mit Hilfe eines Computerprogramms erfolgen.

4.2.4. NEO FÜNF-FAKTOREN INVENTAR (NEO-FFI)

Das NEO-FFI (NEO-Fünf-Faktoren Inventar) dient der multidimensionalen Erfassung von persönlichen Merkmalsausprägungen. Es erfasst individuelle Merkmalsausprägungen in den *Bereichen Neurotizismus, Extraversion, Offenheit, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit* (Borkenau et al., 1993). Beim NEO-FFI nach Costa und McCrae handelt es sich um ein multidimensionales Persönlichkeitsinventar, welches die wichtigsten individuellen Unterschiede erfasst (Borkenau et al., Fritz, 1993). Von den Probanden wird ein Faktoren-analytisch konstruierter Fragebogen auf vier Seiten mit 5 Persönlichkeitsfaktoren und insgesamt 60 Rubriken ausgefüllt. Die Rubriken beziehungsweise Kategorien werden in Form von 5 abgestuften Skalen nach dem Grad der Zustimmung bewertet: Starke Ablehnung – Ablehnung – neutral – Zustimmung – starke Zustimmung.

Die Persönlichkeitsdimensionen beinhalten die folgenden Persönlichkeitsfaktoren:

Neurotizismus: Hier wird auf Nervosität, Ängstlichkeit, Traurigkeit, Unsicherheit, Verlegenheit, Gesundheitssorgen, Neigung zu unrealistischen Ideen, Bedürfniskontrolle und Angemessenheit der Reaktionen auf Stress eingegangen.

Extraversion: Hierbei geht es um Eigenschaften des Probanden, die seine Aktivität, Gesprächigkeit, Herzlichkeit, seinen Optimismus, und seine Empfänglichkeit für Anregungen und Aufregungen betreffen.

Offenheit für Erfahrung: Diese Dimension beschreibt die Wertschätzung eines Menschen für neue Erfahrungen und Abwechslungen, seine Wissbegierigkeit und sein Interesse für öffentliche Ereignisse.

Verträglichkeit: Dieses Persönlichkeitsmerkmal betrifft die Frage, wie verständnisvoll, kooperativ und wie stark das Harmoniebedürfnis eines Menschen ausgeprägt ist.

Gewissenhaftigkeit: Bei dieser Rubrik wird beschrieben, ob der betreffende Mensch Wert auf Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit und Disziplin legt.

Die Bearbeitungszeit der 60 Items umfassenden Skala dauert etwa 15 Minuten, die Auswertung der Punktwerte erfolgt mit Hilfe einer Schablone.

4.2.5. Impulsivitätsfragen nach Eysenck (I7)

Zur Standardisierung des Eysenckschen Impulsivitätsfragenbogens (I7) wurden die deutsche Übersetzung des Fragebogens von 175 Männern und 214 Frauen ausgefüllt. Beim Faktorenvergleich mit einer englischen Gruppe konnte sehr hohe Werte (kein Wert unter 97) festgestellt werden. Die *Impulsivität*, *Waghalsigkeit* und *Empathie* werden in der im I7 gemessenen Form in England und Deutschland als identisch erachtet (Eysenck et al. 1990). Bei diesem Instrument handelt es sich um 54 Fragen, welche mit Ja/Nein beantwortet werden. Die Selbsteinschätzung eines Probanden gibt Hinweise auf dessen *Impulsivität*, *Waghalsigkeit* und *Empathie* an.

4.2.6. Wender Utah Rating Scale (WURS-k)

Bei der Wender-Utah-Rating Scale (WURS-k) handelt es sich um einen Fragebogen für Erwachsene zur retrospektiven Erfassung von Krankheitssymptomen im Rahmen eines Aufmerksamkeitsdefizitssyndromes/Hyperaktivitätsstörung im Kindesalter von 8 bis 10 Jahren (Retz-Junginger et al. 2002). Der Fragebogen besteht aus 21 Items, welche durch eine Selbstbeurteilungsskala retrospektiv den Ausprägungsgrad kindlicher Verhaltensweisen bzw. Eigenschaften erfasst. Mit 4 Kontrollitems, die hinzugefügt wurden, wird es ermöglicht, etwaige Antworttendenzen und Verzerrungen bei der Bearbeitung zu erkennen. Die Skalierung erfolgt von „0“ bis „4“ (0 = trifft nicht zu, 4 = stark ausgeprägt). Das Instrument ist in mehreren Untersuchungen für den deutschen Sprachraum validiert worden (Retz-Junginger et al. 2001, 2003). Nach einer ROC Analyse (Receiver Operator Characteristics) stellt ein Cut-Off-Wert von 30 und mehr einen Hinweis für das Vorliegen eines ADHS in der Kindheit oder Jugend dar (Retz-Junginger et al. 2001, 2003).

4.3. Statistik

Die statische Analyse der gewonnenen Daten erfolgt mit dem SPSS-Programm (SPSS für Windows Version 11.5., SPSS, Inc., Chicago, IL, USA). Bei Mittelwertvergleichen wurden sowohl non-parametrische Verfahren (Mann-Whitney-Test) als auch t-Tests verwendet.

Für die Datenanalyse kamen deskriptive explorative Statistiken und Kreuztabellen zum Einsatz.

5. ERGEBNISSE

5.1. Soziodemographische Daten

Die in der Studie befragten 110 Probandinnen waren zwischen 16 und 66 Jahre und im Durchschnitt 37,3 (SD 1,9) Jahre alt. Die überwiegende Zahl der Probandinnen (86,4%) verfügte über einen Hauptschulabschluss. Deutlich geringer war der Anteil der Personen mit Mittlerer Reife (3,6%) und mit Abitur (2,7%). Dazu kamen 5,5% mit abgebrochener Hauptschulausbildung und weitere 1,8% Absolventen einer Sonderschule.

5.1.1. Familienstand

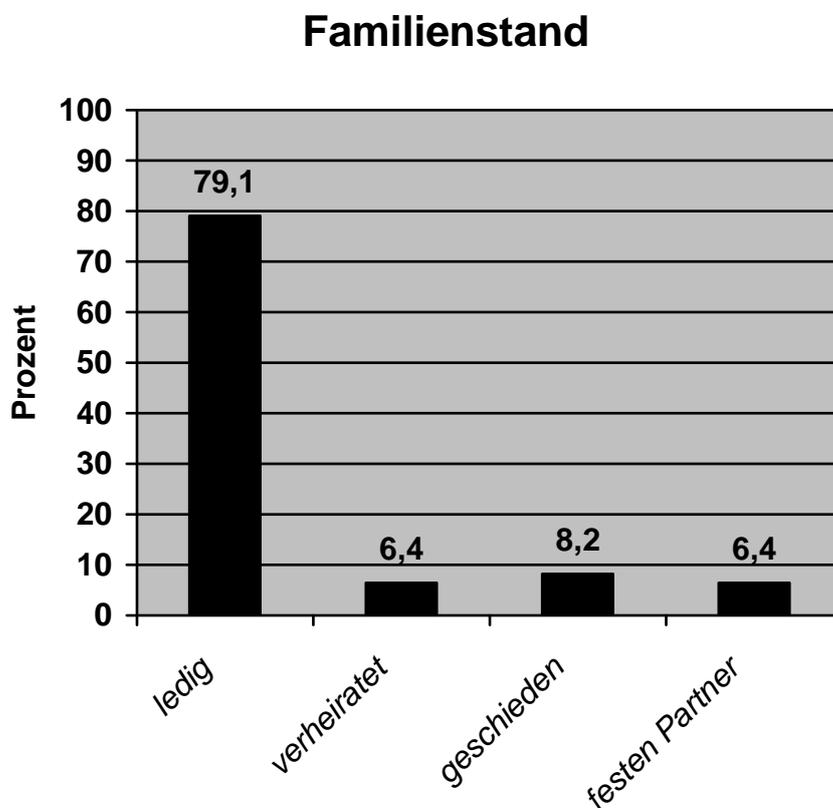


Abb. 1: Familienstand der befragten Probandinnen in Prozent.

Die meisten der Probandinnen 79,1% waren ledig. Deutlich weniger Personen waren verheiratet oder lebten mit festen Partnern je 6,4% (Abb. 1).

5.1.2. Familienverhältnisse

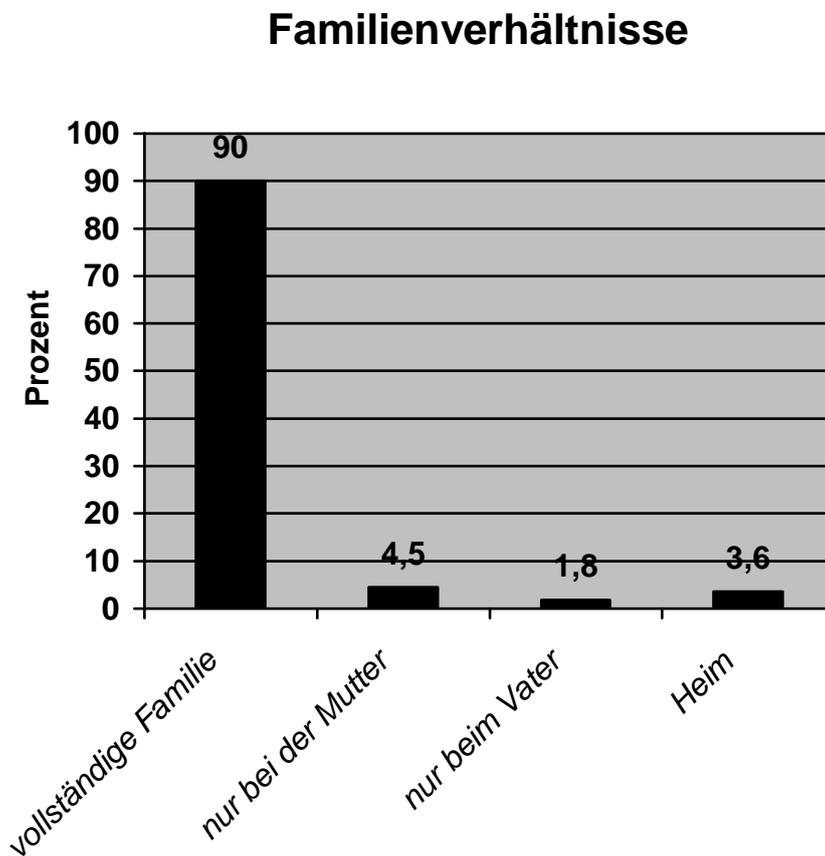


Abb. 2: Darstellung der Familienverhältnisse, unter denen die befragten Personen aufgewachsen sind.

Die meisten Untersuchten sind in vollständigen Familien aufgewachsen. Etwa 10% der Probandinnen sind bei einem alleinerziehenden Elternteil oder in einem Heim aufgewachsen. Eine Information über die Intaktheit der Familiensituation kann hier nicht abgeleitet werden (Abb. 2).

5.1.3. Berufsausbildung

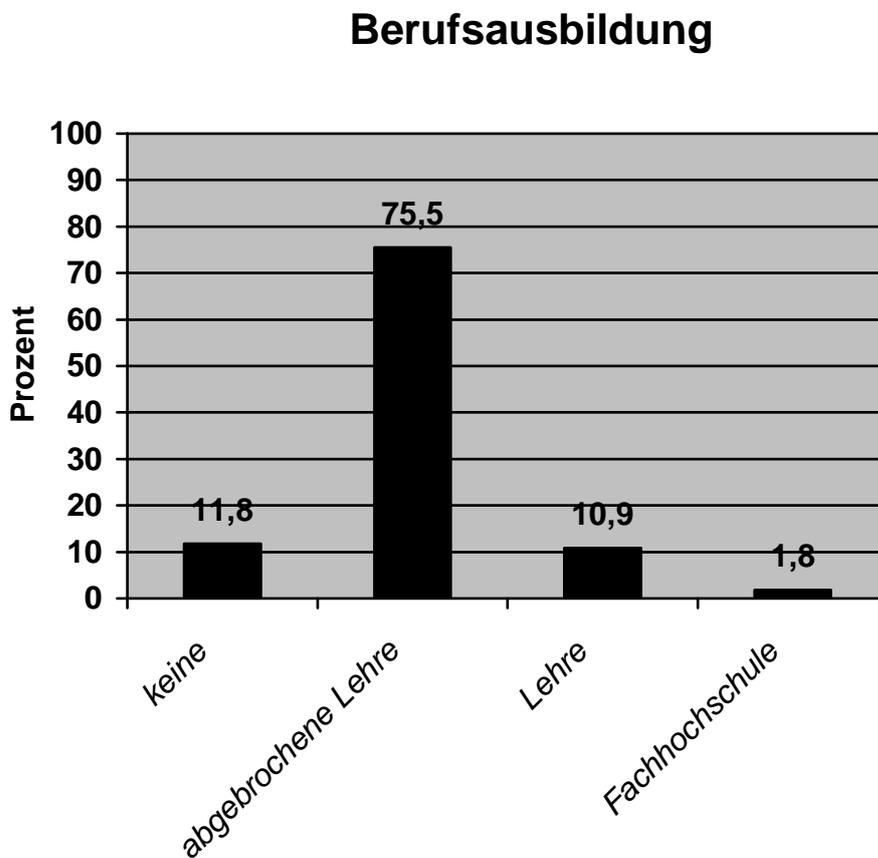


Abb. 3: Berufsausbildung in Prozent.

Eine relativ geringe Zahl von Probandinnen aus der Kohorte (10,9%) verfügte über eine abgeschlossene Berufsausbildung. Die große Mehrzahl hatte ihre Berufsausbildung frühzeitig abgebrochen, und lediglich 10,4% hatten vor Inhaftierung zuletzt gearbeitet (Abb. 3).

5.2. Deliktstruktur der weiblichen Insassinnen im Strafvollzug

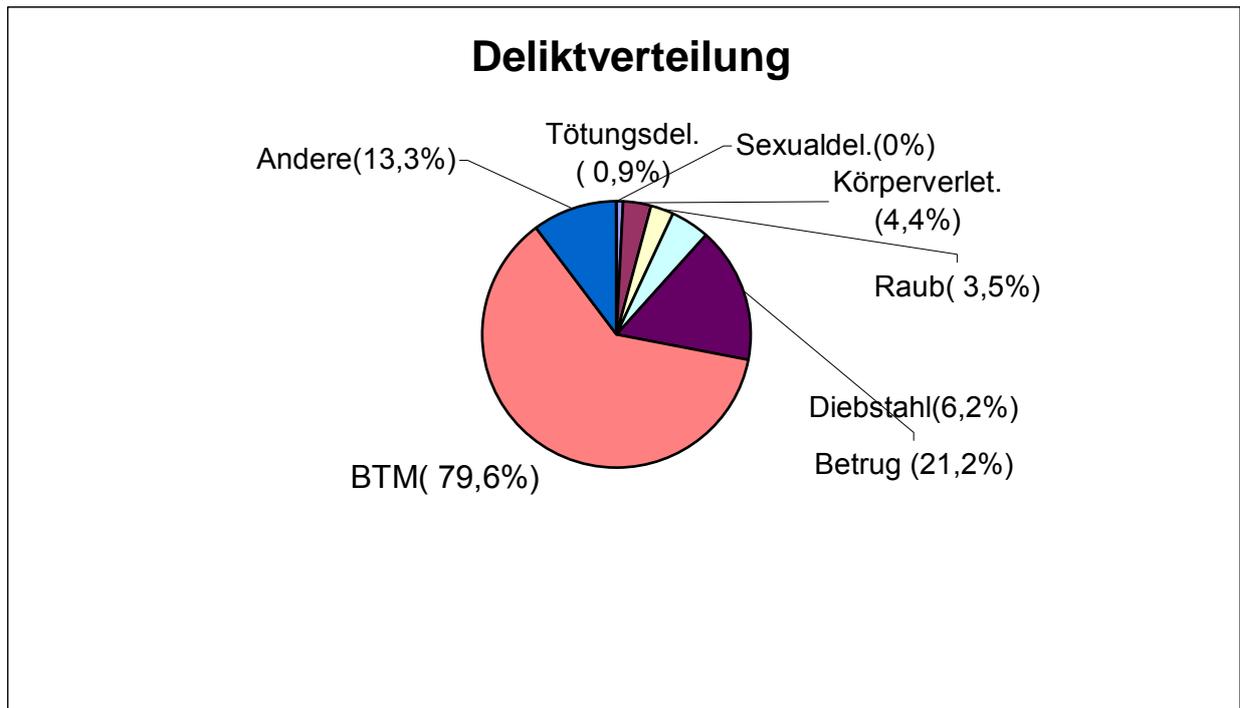


Abb. 4: Häufigkeit der Straftaten, die zu Verurteilung geführt haben (in Prozent und codiert mit unterschiedlichen Farben). Die Summe der aufgeführten Straftaten kann 100 Prozent überschreiten, da ein Teil der Frauen wegen mehrerer Straftaten verurteilt wurden.

Bezüglich der zur Verurteilung führenden Delikte wurden die in der Abb.4 aufgeführten Häufigkeiten gefunden. In der Mehrzahl der Fälle handelte es sich um BTM-Delikte mit einem Anteil von 79,6%. Weitere Verurteilungen erfolgten in absteigender Häufigkeit wegen Betrug, Diebstahl, Körperverletzung und Raub. Sexualstraftaten und Tötungsdelikte waren zahlenmäßig vernachlässigbar (Abb.4).

70 Probandinnen, d.h. 63,6% waren bei Verurteilung bereits vorbestraft; 4,5% waren bereits vor der Eintritt der Strafmündigkeit in der von 14 Jahren mit delinquenten Verhalten in Erscheinung getreten.

Von den 110 untersuchten Frauen wurden 13 in der Vergangenheit psychiatrisch behandelt. Das entspricht einem prozentualen Anteil von 11,8%.

5.3. Psychiatrische Diagnosen

5.3.1. Affektive Störungen

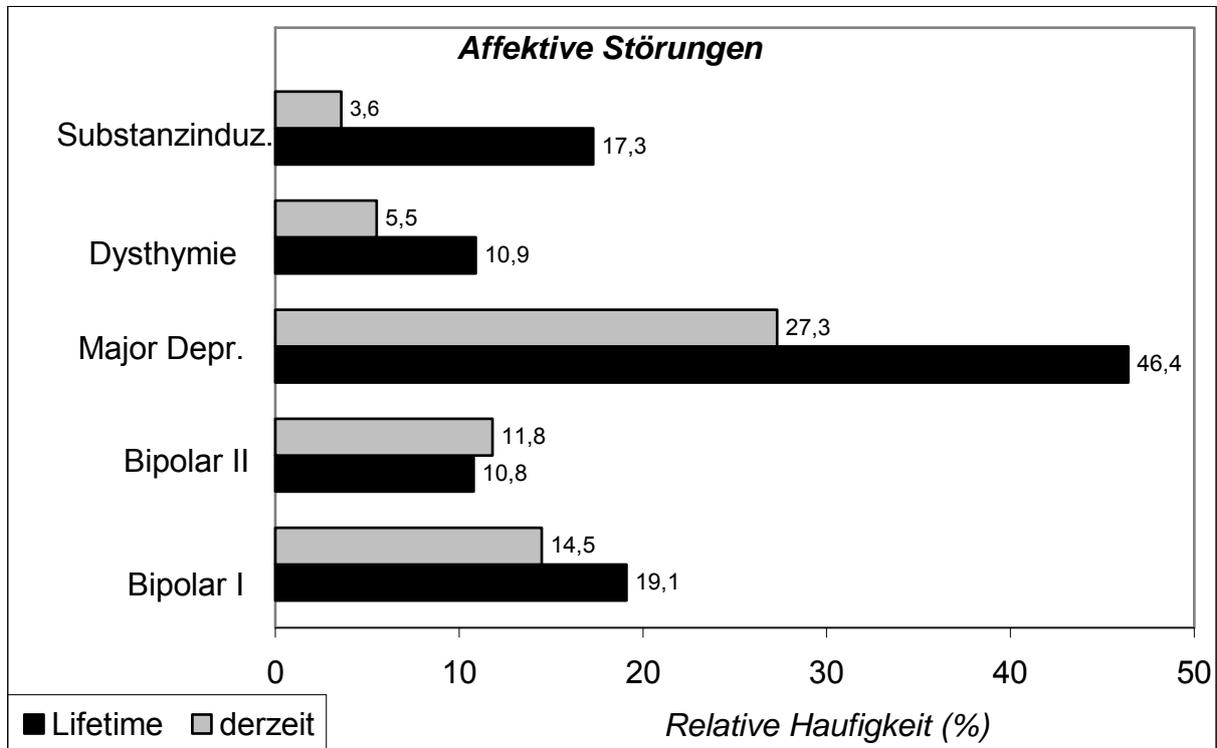


Abb. 5: Relative Häufigkeit gegenwärtiger oder lifetime affektiver Störungen in Prozent gemäß der im SKID I erhobenen Daten (n =110).

Anhand Abb. 5 wird ersichtlich, wie viele der weiblichen Insassen im Gefängnis an affektiven Störungen leiden. Besonders auffällig ist der hohe Anteil derer, die zu irgendeinem Zeitpunkt im Leben vor der Inhaftierung an einer schweren Depression (major depression) erkrankt waren. Jedoch ist auch der Anteil der Personen mit Depressionen im Rahmen des Gefängnisaufenthaltes hoch. Danach folgen weit weniger häufig bipolare Störungen und substanzinduzierte Störungen.

5.3.2. Psychotische Störungen

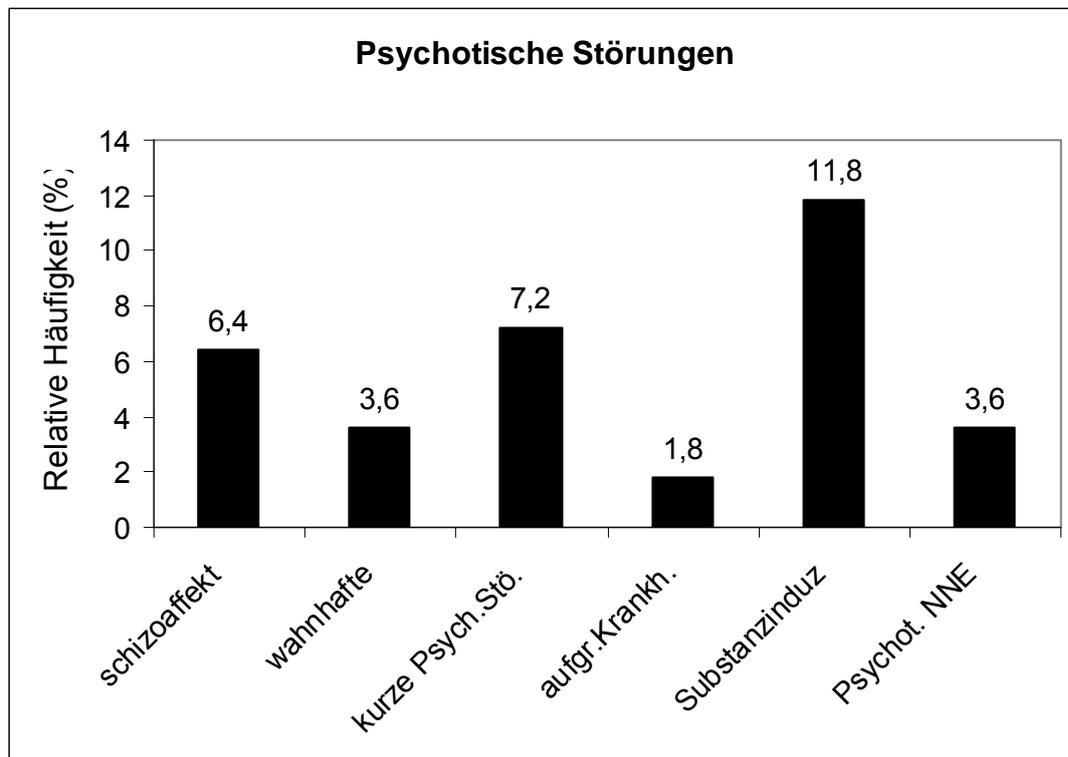


Abb.

6: Anzahl psychotischer Krankheitsbilder in der untersuchten Kohorte (schwarz = Lifetime, total n =110).

Aus dem Formenkreis psychotischer Störungen lagen in der von uns untersuchten Gruppe von Probandinnen zum Zeitpunkt der Befragung keine aktuellen Fälle vor. Hinweise auf sonstige aktuelle psychotische Störungen fanden sich nur bei 2 Probandinnen. Anhand der dargestellten Tabelle werden nur psychotische Störungen bezogen auf die Gesamtlebenszeit (lifetime) vor Inhaftierung angegeben. Auffällig ist die hohe Prävalenz substanzbedingter psychotischer Störungen. Dagegen erreichten andere, genuine psychotische Erkrankungen wie kurze psychotische Störungen oder schizoaffective Episoden keine zweistelligen Prozentanteile.

5.3.3. Substanzmissbrauch/Substanzabhängigkeit

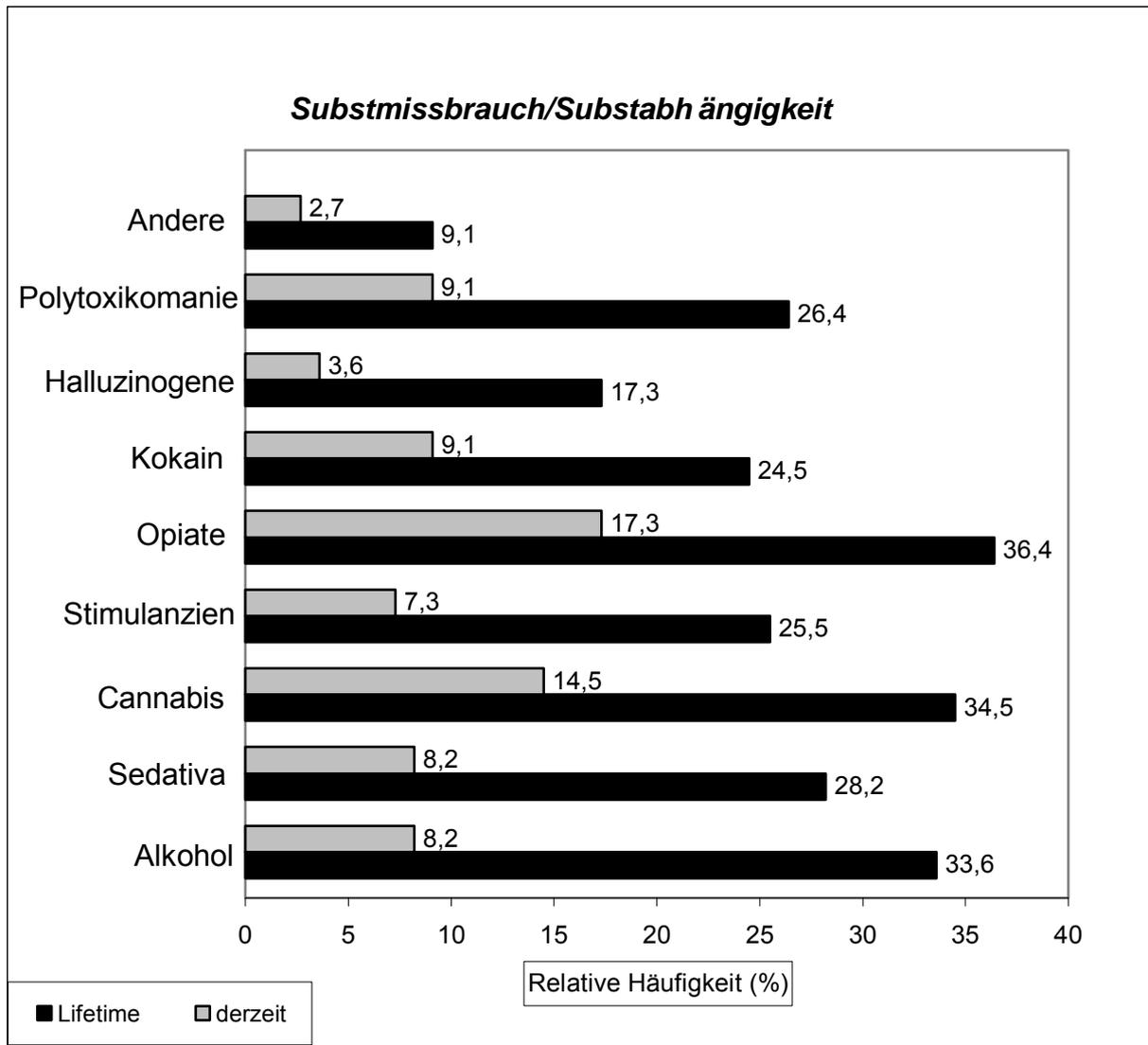


Abb. 7: Relative Häufigkeit von Substanzmissbrauch/Substanzabhängigkeit vor oder zum Befragungszeitpunkt in Prozent (n =110).

Abbildung 7 zeigt die relative Häufigkeit von Substanzmissbrauch bzw. Substanzabhängigkeit in der untersuchten Kohorte. Es fällt hierbei auf, dass bei mehr als einem Drittel der Probandinnen ein Missbrauch oder eine Abhängigkeit von Opiaten, Cannabis oder Alkohol in der Vergangenheit zu verzeichnen war, aber auch alle anderen erfassten Substanzgruppen häufig missbräuchlich verwendet wurden. Bei mehr als einem Viertel der inhaftierten Frauen waren die diagnostischen Kriterien für eine Polytoxikomanie erfüllt.

5.3.4. Angststörungen

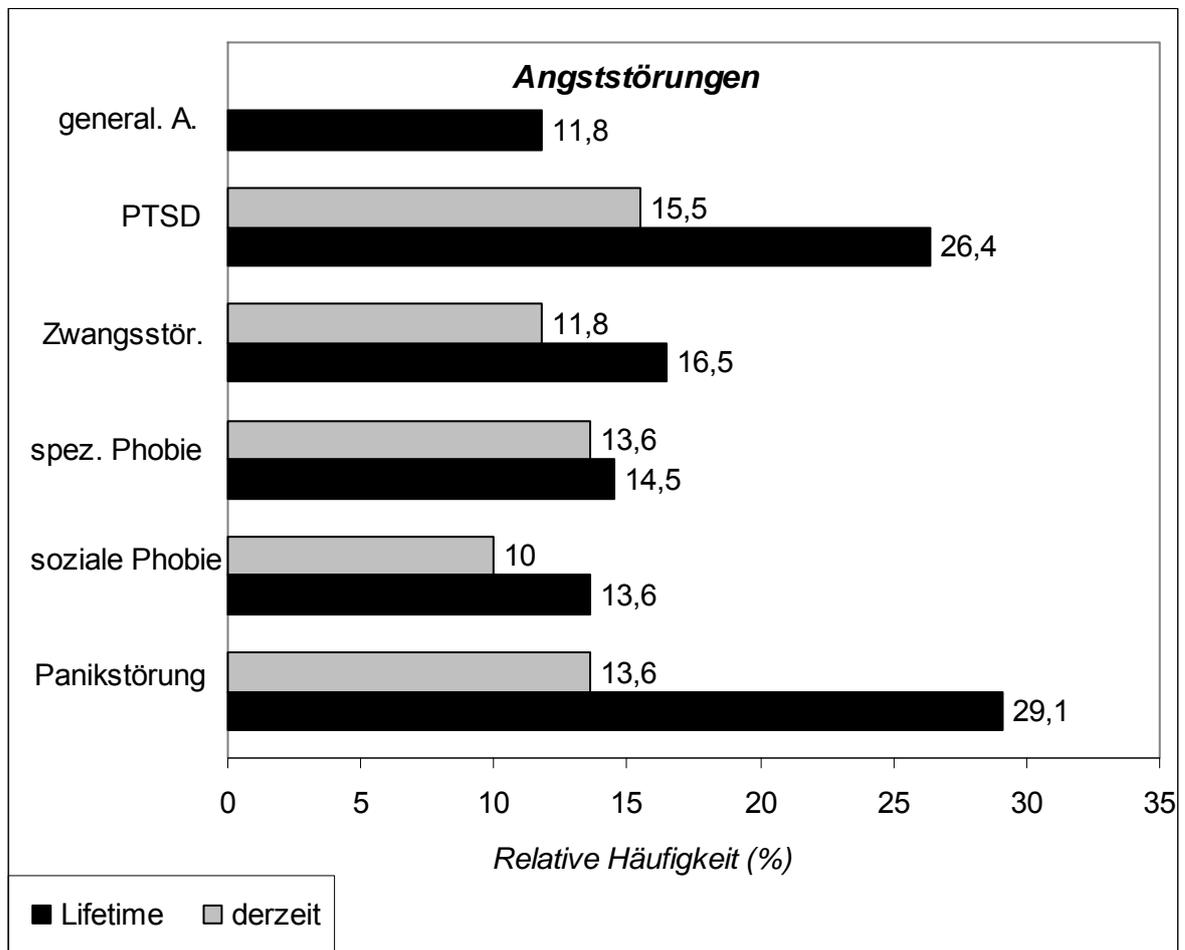


Abb. 8: Relative Häufigkeit von Angststörungen im Leben vor oder zum Zeitpunkt der Befragung in Prozent (n =110).

Hinsichtlich der Gruppe der Angststörungen konnten wir feststellen, dass fast 30 % der inhaftierten Frauen in ihrem Leben unter einer Panikstörung und ein geringfügig niedrigerer Anteil an einer Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) litt. Dagegen war zum Befragungszeitpunkt die oben erwähnte Krankheitsentität unter 16 %.

Die Abb. 8 zeigt die verschiedene Formen und das Auftreten der Angststörungen in der Kohorte.

5.3.5. Essstörungen

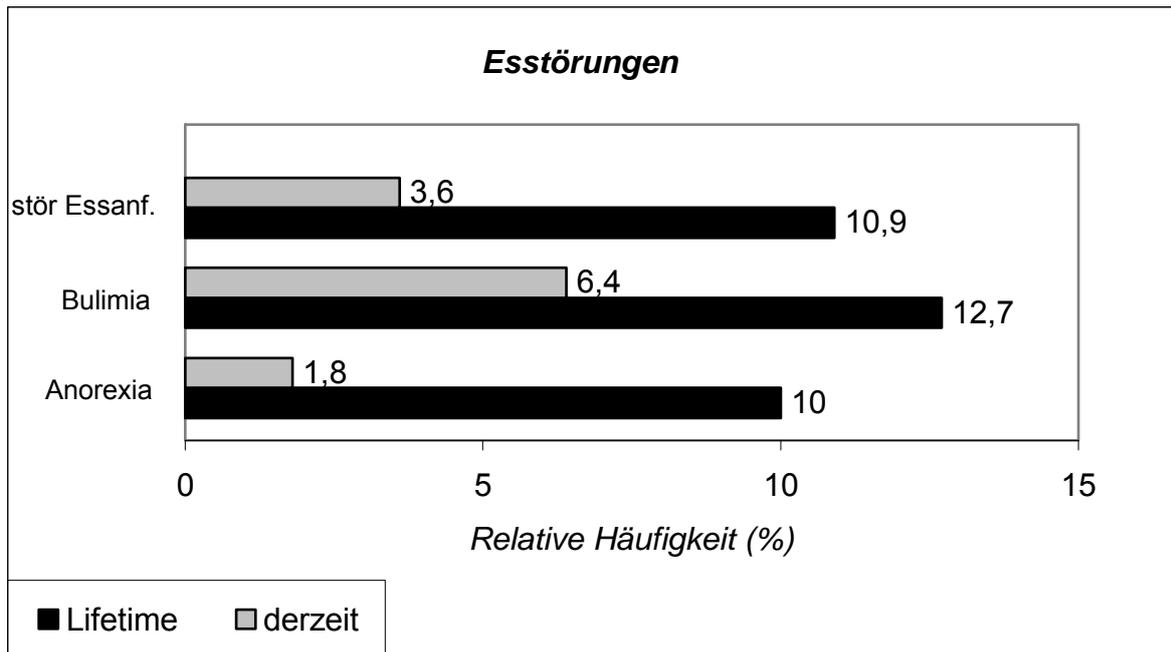


Abb. 9: Relative Häufigkeit von Essstörungen im Leben vor oder zum Zeitpunkt der Befragung in Prozent (n =110).

Essstörungen wurden in der Kohorte von über 10% der Befragten angegeben. Aktuell lag die Prävalenz deutlich niedriger. Bei 3,5 % waren mehreren Essstörungen gleichzeitig vorhanden.

5.4. SKID II (Persönlichkeitsstörungen)

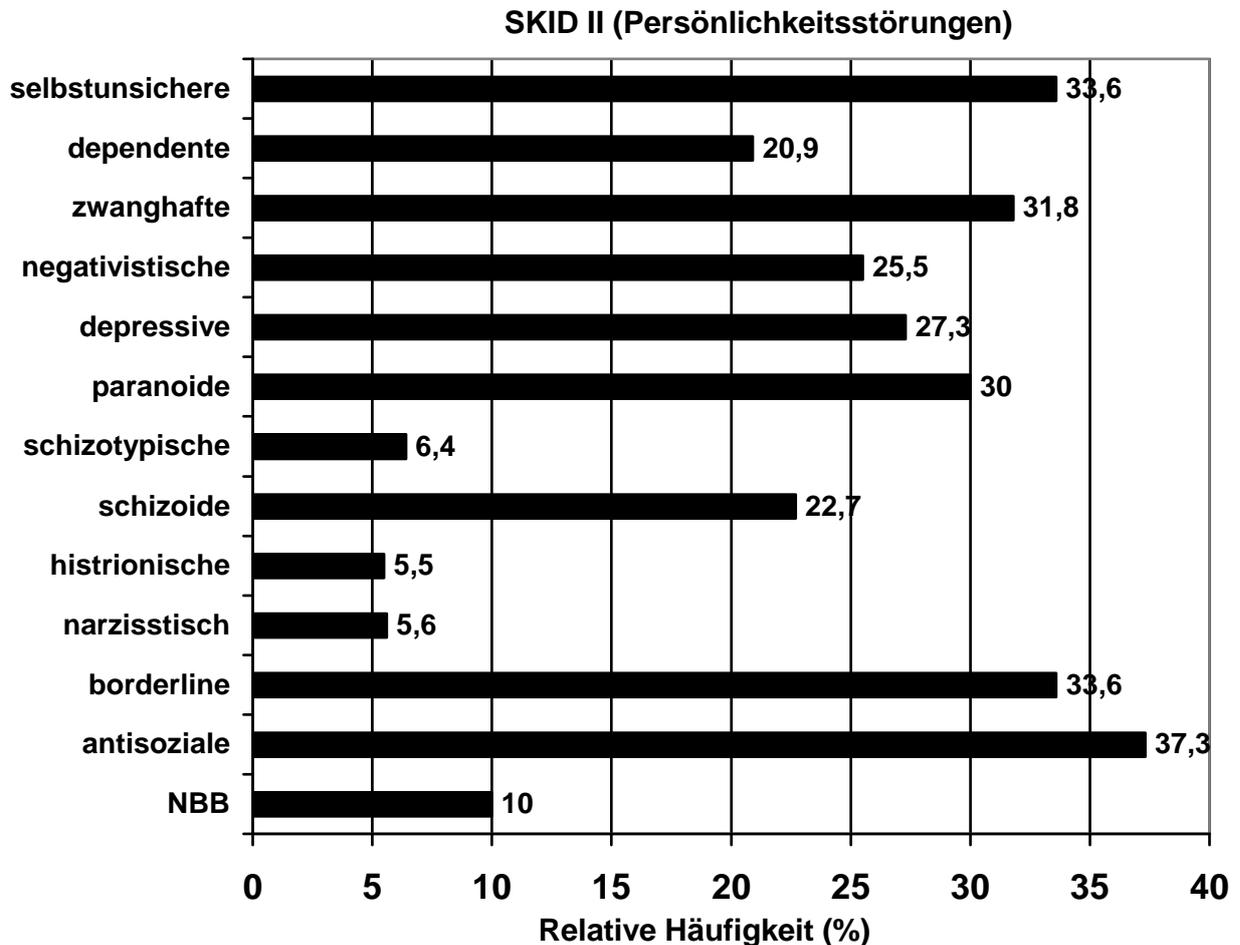


Abb. 10: Relative Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen in der untersuchten Kohorte (n=110).

Persönlichkeitsstörungen kamen in unserer Untersuchung mit einer Gesamtprävalenz von 84% besonders oft vor. Dabei handelt es sich um ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht, tiefgreifend und unflexibel ist, seinen Beginn in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter hat, im Zeitverlauf stabil ist und zu Leid oder Beeinträchtigungen führt (Saß et al., 1996).

Bei mehr als 30% der Untersuchten wurden antisoziale, selbstunsichere, zwanghafte oder paranoide Persönlichkeitsstörungen festgestellt. Erwähnenswert ist auch die hohe Prävalenz von Borderline Persönlichkeitsstörung mit fast 34%. In zweiter Linie sind das häufige Vorkommen von depressivem und negativistischem Persönlichkeitsstörungen (noch >25%), sowie von schizoidem und abhängigem Persönlichkeitsstörungen zu nennen (etwa 20%).

5.5. Psychopathologische Syndrome

5.5.1. YASR

		<i>N</i>	<i>Mittlere Werte</i>	<i>T-Standardabweichung</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>
Sozialer Rückzug	Kontrolle	16	52,00	6,73	48	67
	JVA	58	57,09	9,12	48	82
Körperliche Beschwerden	Kontrolle	16	53,50	5,46	49	68
	JVA	58	62,03	11,17	49	96
Ängstlich/Depressiv	Kontrolle	16	52,06	6,22	47	66
	JVA	58	61,55	9,99	47	92
Soziale Probleme	Kontrolle	16	50,75	3,67	48	61
	JVA	58	52,95	6,83	48	82
Schizoid/Zwanghaft	Kontrolle	16	55,31	10,16	50	83
	JVA	58	59,74	11,18	50	96
Aufmerksamkeitsprobleme	Kontrolle	16	52,31	5,09	48	64
	JVA	58	58,19	7,49	48	78
Dissoziales Verhalten	Kontrolle	16	52,06	5,83	49	70
	JVA	58	60,41	7,51	49	83
Aggressives Verhalten	Kontrolle	16	52,38	4,47	48	60
	JVA	58	57,79	9,55	48	92
Internalisierend	Kontrolle	16	46,75	10,87	29	67
	JVA	58	59,53	12,15	29	89
Externalisierend	Kontrolle	16	46,06	9,51	31	58
	JVA	58	56,47	10,80	31	93
Gesamt	Kontrolle	16	44,94	12,32	22	65
	JVA	58	59,47	12,91	22	88

Tabelle 1: Darstellung der Selbstbeurteilung von Verhaltensauffälligkeiten nach dem Youth Adult Self Report (YASR) von weiblichen Insassinnen im Strafvollzug der JVA Zweibrücken und Kontrollgruppe.

In der Selbstbeurteilung verschiedener Problembereiche mit dem YASR wurden die psychosozialen Kompetenzen, Verhaltensauffälligkeiten, emotionalen Auffälligkeiten und somatische Beschwerden erfasst. Das Niveau der berichteten Beschwerden erwies sich im Vergleich zur Norm als insgesamt erhöht. Die mittleren T-Werte waren auf allen Subskalen, auf den globalen Skalen für internalisierende und externalisierende Störungen sowie auf der Gesamtskala erhöht und liegen durchgehend über dem Mittelwert (T-Wert 50) (Tabelle 1). Hierbei hat sich gezeigt, dass bei den Probandinnen körperliche Beschwerden einen

besonderen Schwerpunkt bei den Problemskalen darstellen. Auf hohem Niveau sind auch die Skalen der *internalisierenden Auffälligkeiten* angesiedelt. Zu den *internalisierenden Auffälligkeiten* zählen die Skalen wie *sozialer Rückzug* und *Ängstlichkeit/Depression*. Die *externalisierenden Störungen* sind im Vergleich nur geringfügig weniger bedeutsam. Bezogen auf die Zahlen für Internalisierung und Externalisierungsstörung zeigt sich kein wesentlicher Unterschied.

Die Skala *Soziale Probleme*, in denen sich die von den Probandinnen wahrgenommenen Probleme der sozialen Anpassung widerspiegeln, schert aus und weicht vom allgemein hoch angesiedelten Beurteilungsniveau nach unten ab.

5.5.2. NEO-FFI

		<i>Mittlere Werte</i>	<i>T-Standardabweichung</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	
Neurotizismus	Kontrolle	21	46,97	8,67	29,57	67,10
	JVA	107	51,85	9,72	21,16	76,67
Extraversion	Kontrolle	21	49,08	12,67	17,41	63,45
	JVA	107	46,68	9,00	20,34	72,07
Offenheit	Kontrolle	21	47,83	7,64	35,29	68,04
	JVA	107	40,82	8,71	17,25	69,61
Verträglichkeit	Kontrolle	21	54,53	9,09173	38,22	71,56
	JVA	107	46,88	10,97	12,22	77,11
Gewissenhaftigkeit	Kontrolle	21	50,95	10,32	30,00	72,97
	JVA	107	52,38	9,04	23,44	72,97

Tabelle 2: Ergebnisse des multidimensionalen Persönlichkeitsinventars gemäß dem NEO-FFI Fragebogen bei weiblichen Insassinnen im Strafvollzug der JVA Zweibrücken und Kontrollgruppe dargestellt als Mittelwerte und Standardabweichung.

Mit dem NEO-FFI wurden hier die sogenannten „Big Five“ erfasst. Dabei handelt es sich um die 5 Persönlichkeitsfaktoren: *Neurotizismus*, *Extraversion*, *Offenheit*, *Verträglichkeit* und *Gewissenhaftigkeit*. Zu erwähnen ist, dass nach der Selbstbeurteilungsskala die *Gewissenhaftigkeit* bei Insassinnen im Strafvollzug der JVA Zweibrücken intensiver ausgeprägt ist als bei der Kontrollgruppe.

5.5.3. I-7 nach Eysenck

		N	Mittlere T-Werte	Standardabweichungen	F	p-Werte
Impulsivität	Kontrolle	22	52,50	9,39	4,14	0,04
	JVA	106	58,11	12,17		
Waghalsigkeit	Kontrolle	22	55,03	7,87	0,73	0,78
	JVA	106	55,03	9,71		
Empathie	Kontrolle	22	55,44	7,74	2,30	0,13
	JVA	106	51,69	11,04		

Tabelle 3: Ergebnisse der Mittelwerte, Standardabweichung und alpha adjustiertes Signifikanzniveau (p-Werte) des Selbsteinschätzungsfragebogens I-7 bei weiblichen Insassinnen im Strafvollzug der JVA Zweibrücken und Kontrollgruppe zusammengefasst.

Das Ergebnis zeigt, dass bezüglich der *Waghalsigkeit* und *Empathie* keine signifikanten Unterschiede zwischen Insassinnen im Strafvollzug der JVA und Kontrollgruppe besteht. Hinsichtlich der *Impulsivität* unterscheiden sich die Deliktgruppen von der Kontrollgruppe signifikant ($p = 0,04$).

5.5.4. WURS-k

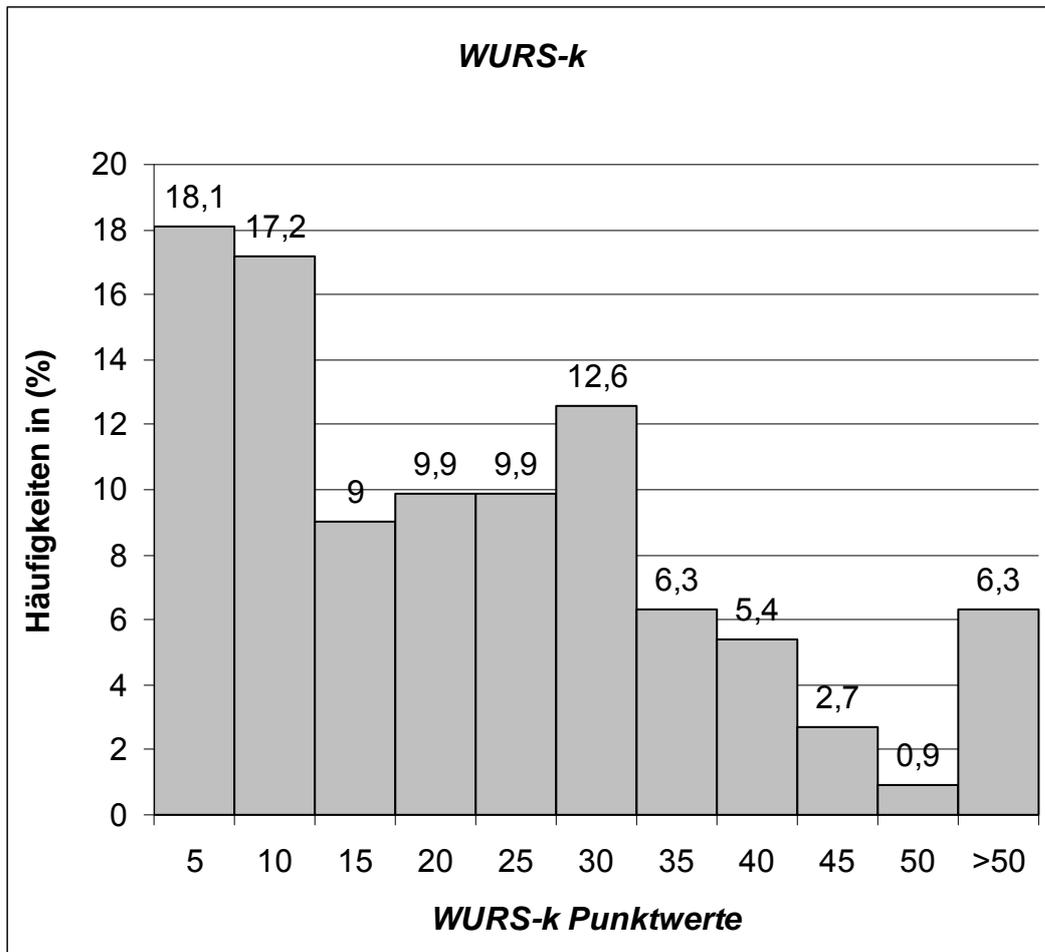


Abb.

11: Retrospektive Erfassung von Symptomen des Hyperaktivitäts- Aufmerksamkeitsdefizitskomplexes anhand der Wender Utah Rating Scale (WURS-k) in der prozentualen Häufigkeit der erreichten Punktzahlen.

Die Untersuchungen der inhaftierten Frauen auf das Vorhandensein von kindlichen Symptomen des ADHS-Symptomenkomplexes zeigten, dass 27% der befragten Probandinnen, also 26 Frauen, den Cut-off Wert von 30 Punkten überschritten hatten. Demnach kann bei diesem Anteil der inhaftierten Frauen mit hoher Wahrscheinlichkeit vom Vorliegen eines ADHS im Kindesalter ausgegangen werden.

6. DISKUSSION

Im Rahmen der vorliegenden systematischen Untersuchung konnten wir zeigen, dass psychiatrische Störungen und psychische Beeinträchtigungen bei Frauen im Strafvollzug häufig anzutreffen sind. Besonders auffällig waren bei Insassinnen die Persönlichkeitsstörungen. Bei mehr als 30% der Untersuchten konnten wir antisoziale, selbstunsichere, zwanghafte oder paranoide Persönlichkeitsstörungen nachweisen. Viele der weiblichen Insassen im Gefängnis litten unter affektiven Störungen. Besonders auffällig war der hohe Anteil derer, die im Leben an einer schweren Depression (major depression) erkrankt waren. Jedoch war auch der Anteil der Personen mit Depressionen im Rahmen des Gefängnisaufenthaltes hoch. Die Bipolaren Störungen waren mit etwa 20% nicht so häufig repräsentiert.

Bezüglich der zur Verurteilung führenden Delikte wurden im Abstand mit einem Anteil von 79,6% Betäubungsmitteldelikte dokumentiert. Weitere Verurteilungen erfolgten in absteigender Häufigkeit wegen Betrug, Diebstahl, Körperverletzung und Raub. Sexualstraftaten und Tötungsdelikte waren wie erwartet zahlenmäßig vernachlässigbar.

6.1. Demographische Daten

Die meisten Probandinnen waren zum Zeitpunkt der Untersuchung ohne festen Partner. Die Mehrzahl der untersuchten Frauen war in vollständigen Familien aufgewachsen und verfügte über einen Hauptschulabschluss. Am Anschluss kam es bei der Mehrzahl zu einer abgebrochenem Lehre. Eine vergleichbare Studie ist im Vorfeld auch bei männlichen Gefängnisinsassen durchgeführt worden (Retz et al. 2004). Beim Vergleich fällt auf, dass die im Durchschnitt jüngeren inhaftierten Männer sich hinsichtlich der Familienverhältnisse und des schulischen Werdegangs nicht wesentlich von der hier beschriebenen weiblichen Gefangenenpopulation unterscheiden. Bei beiden Geschlechtern fällt auf, dass die Zahl der Ausbildungsabbrecher sehr hoch ist.

In einer weiteren Studie zur Prävalenz psychischer Störung und Psychopathologie bei Männern und Frauen (von Schönfeld 2006) fand sich ein ähnliches Durchschnittsalter der weiblichen Probanden. Hinsichtlich Familienstand und Berufsausbildung gibt es Abweichungen dahin gehend, dass 33% der Frauen verheiratet waren und doch fast 40% eine Lehre abgeschlossen hatten. Es stellt sich somit die Frage, zu welchem Zeitpunkt sich die psychopathologischen Persönlichkeitsstruktur sich manifestiert. Abgesehen von diesen Unterschieden sind die soziodemographischen Merkmale im Grunde typisch und stimmen mit Beobachtungen in anderen Justizvollzugsanstalten überein.

6.2. Deliktstruktur

In der Mehrzahl der Fälle handelte es sich um BTM-Delikte mit einem Anteil von 79,6%. Die drogenassoziierten Erkrankungen waren mit 79,6 % die häufigsten Erkrankungen, bezogen auf die Inhaftierungssituation, gefolgt von Betrug mit 21,2 %. Unsere Ergebnisse fügen sich insofern konsistent in das Bild bisher publizierter Studien ein, in denen ebenfalls ein hoher Anteil an Betäubungsmitteldelikten und drogenassoziierten Erkrankungen beschrieben wurden (Milin et al. 1991, Vreugdenhil et al. 2003, Martin Grann et al. 2004).

Weitere Verurteilungen erfolgten in absteigender Häufigkeit wegen Betrug, Diebstahl, Körperverletzung und Raub. Sexualstraftaten und Tötungsdelikte waren zahlenmäßig vernachlässigbar. 70 Probandinnen, d.h. etwa 63,6% waren bei Verurteilung bereits vorbestraft; davon bereits 4,5% vor Eintritt in die strafmündige Alterstufe.

Die vorhandene Datenlage zeigt, dass Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz bei Frauen im Wesentlichen die häufigste Ursache für Gefängnisstrafen darstellen. Aus unserer Studie mit einer hohen Fallzahl von BTM Delikten kann auf die Zahl der drogenabhängigen Personen geschlossen werden. Eine solche Beobachtung wurde auch einer anderen Studie an inhaftierten Frauen gemacht, wo 85% einen mehrfachen Drogenabusus innerhalb von 4 Wochen vor Inhaftierung angaben (Staton 2003).

Die 2006 durchgeführte Studie von Schoenfeld liefert jedoch abweichende Daten (nur 1/3 der Frauen hatten BTM Delikte begangen). Keine wesentlichen Unterschiede bestanden hier im Bezug auf Vorstrafen und Gesamthaftdauer. Die Ursache für die beobachteten Diskrepanzen ist nicht klar, und ist eventuell durch die niedrigere Zahl der Probandinnen und deren geringfügig unterschiedliche soziodemographische Situation zu erklären.

Es ist an dieser Stelle wichtig zu erwähnen, dass die Deliktstruktur bei männlichen Gefängnisinsassen deutlich verschieden ist. Zum Beispiel sind bei den zur Haft führenden Straftaten Delikte gegen die sexuelle Selbstbestimmung sowie Verkehrsdelikte ausschliesslich bei Männern zu verzeichnen (v. Schöneld 2006). Des Weiteren wurde berichtet, dass männliche Delinquenten deutlich häufiger Überfälle und Körperverletzungen begehen (Watzke 2006). Dagegen sind weibliche Personen mit Substanzabususverhalten oft beteiligt an risikohaftem Verhalten im Zusammenhang mit HIV Infektionen (Staton 2003). Dieses Verhalten schließt das gemeinsame Benutzen von verschmutztem Injektionsbesteck, Sex mit multiplen Partnern, Prostitution, sexuell übertragbare Erkrankungen und Alkoholabusus mit ein (Cotton-Oldenburg, Jordan Martin, & Kupper, 1999; Cotton-Oldenburg, Martin, Jordan, Sadowski, & Kupper, 1997). Diese Daten belegen, dass es einen Zusammenhang zwischen Substanzabusus bzw. BTM Delikten und kriminellen Handlungen gibt, die in der Folge mit erhöhter Inhaftierungsrate in der Gruppe der Substanzabhängigen führt. In Schweden waren gemäß einer anderen Studie 16% aller Gewaltverbrechen von

Personen begangen worden, die auch einen Alkoholabusus betrieben hatten (Grann et al. 2004). Die Beobachtung ist mit der Einschränkung zu betrachten, dass die soziale Struktur der Gesellschaft in Schweden von der in Deutschland unterschiedlich ist, und auch der Zugang zum Alkohol in Schweden anders geregelt ist. Jedoch gingen mehr als 1/10 der Gewaltdelikte auf Personen zurück, die einen Drogenabusus betrieben, und hinsichtlich dieser Substanzen dürfte die Beschaffung zumindest in ähnlichen Mustern ablaufen, wie das in Deutschland der Fall ist. Hierbei ist erwähnenswert, dass Alkohol- und Drogenabusus in der deutschen Bevölkerung bei 6.7% der Männer und etwa 1.3% der Frauen vorkommt, aber in weitaus höherem Masse bei Gefängnisinsassen, wie unsere Studie zeigt und durch andere Erhebungen aus Deutschland bestätigt wurde (Watzke 2005). Es handelt sich deswegen aus forensisch psychiatrischer Sicht um ein bedeutendes Problem.

6.3. Psychiatrische Erkrankungen und psycho-pathologische Syndrome

Die Prävalenz mentaler Erkrankungen ist unter Gefängnisinsassen offenbar im Allgemeinen erhöht. Allerdings variiert die Datenlage. Die in verschiedenen Studien berichtete Prävalenz psychischer Störungen reichen von 37% bis 94% je nach Studie (Gunn 1991, Corrado 2000).

Bereits vorhandene Literatur zeigt, dass bei Frauen im Strafvollzug von einer hohen Belastung mit psychiatrischen Erkrankungen auszugehen ist (Fazel 2002). Zudem ist bekannt, dass Frauen im Vollzug weitaus häufiger von psychiatrischen Erkrankungen betroffen sind als Männer. In einer Studie wurde eine Prävalenz von 61% bei Frauen versus 39% bei Männern berichtet (Butler 2005). In einer deutschen Untersuchung war die Prävalenz allgemeiner psychischer Störungen im Wesentlichen unter den Geschlechtern nicht unterschiedlich (von Schoenfeld 2006), wobei es Unterschiede in der Prävalenz einzelner psychotischer Störungen gab. Erneut sind die Unterschiede zur vorliegenden Datenlage wohl am ehesten durch die Stichprobe zu erklären. Erschwerend kommt hinzu, dass fundierte Untersuchungen zur Prävalenz psychischer Störungen bei inhaftierten Frauen in Deutschland bislang fehlen. Die hier vorgelegte Arbeit erfüllt daher in ganz erheblichem Masse die wissenschaftlichen Bedürfnisse. Schwierigkeiten bei der Erhebung solcher Daten sind insbesondere darauf zurückzuführen, dass weltweit nur 7-19% der Gefängnisinsassen Frauen sind (Harrison 2003, Fazel 2002). Diese Zahl ist in Deutschland noch einmal niedriger als beispielsweise in den USA (Jemelka 1993), wo die Haftzeiten auch insgesamt höher sind. Von den 110 in unserer Strichprobe untersuchten Frauen wurden 13 in der Vergangenheit psychiatrisch behandelt. Das entspricht einem prozentualen Anteil von 11,8%. Die häufigste Diagnose war die Major Depression mit etwa 60% aktueller und 93% lifetime Prävalenz. Die hohe Prävalenz von Major Depression wurde in der anderen deutschen Studien (Schoenfeld 2006) nicht erreicht, stimmt aber mit zahlreichen internationalen Beobachtungen überein. In diesem Zusammenhang erwähnenswert ist eine

große Metaanalyse an 23.000 Gefängnisinsassen aus dem Jahr 2002 (Fazel 2002). Die Studie wertete 62 Beobachtungsstudien aus verschiedenen Ländern aus (ohne Deutschland). Es stellte sich heraus, dass unter Gefängnisinsassen psychotische Störungen und Major Depression überdurchschnittlich öfter vorkommen als in der Normalbevölkerung. Dabei trat Major Depression in 10% der männlichen Insassen und in 12% der weiblichen Insassen auf. Ähnliche Daten wurden in einer anderen deutschen Studie erhoben (Watzke 2005). Weitere Studien fehlen bislang in Deutschland, sind aber nötig, um diesen Sachverhalt detaillierter zu erfassen. Das ist auch deswegen wichtig, weil Frauen eher dazu neigen, internalisierende Störungen zu generieren im Vergleich zu externalisierenden Problemen (Cauffman 2004). In der vorliegenden Arbeit z. B. kann das Ergebnis der Metaanalyse bzgl. des Vorkommens der Major Depression bestätigt werden, allerdings ist diese Zahl in unserer Stichprobe deutlich höher. An dieser Stelle komme wir noch einmal auf die hohe Zahl der BTM-Delikte in unserer Kohorte zurück (fast 80%). In den bisher publizierten Studien wird über eine sehr hohe substanzassoziierte mentale Komorbidität berichtet (von Schoenfeld 2006). Dabei stehen bei Männern alkoholbedingte Störungen im Vordergrund (Watzke 2005), während bei Frauen doppelt so viele opiatbedingte Störungen nachweisbar waren (60.3% vs. 31.6%). In unserer Studie stehen substanzabhängige mentale Störungen ebenfalls im Zusammenhang mit Opiaten oder aber auch Cannabiskonsum. Die sich ableitenden Probleme bestehen zu 12% aus psychotischen Störungen und zu etwa 20% aus affektiven, substanzinduzierten mentalen Problemen bezogen auf die Lebenszeitprävalenz.

Bezüglich der Angststörungen konnten wir demonstrieren, dass fast etwa 30 % der Delinquenten irgendwann im Leben unter einer Panikstörung und ein geringfügig niedrigerer Anteil an einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) litt. Dagegen war zum Befragungszeitpunkt keine besondere Häufung dieser Krankheitsentität zu verzeichnen. Angststörungen wurden in früheren Studien bei weiblichen Gefängnisinsassen in höherer Prävalenz diagnostiziert (Anderson 2004). Jedoch ist auch hier die Datenlage nicht homogen. In unserer Studie war die Zahl aktueller Angst- oder Panikstörungen eher gering (bei hoher lifetime Prävalenz), und in einer anderen Studie sogar fast nicht nachweisbar (Teplin 1996). Anderson (2004) hat dementsprechend noch bemerkt, dass es bestimmte länderspezifische Unterschiede gibt.

6.4. Persönlichkeitsstörungen:

Die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen wird in der Allgemeinbevölkerung mit 6-13% in Erwachsenenalter angegeben. In der Alterspanne der 11-19-Jährigen betragen die Prävalenzraten zwischen 13-17% (Bernstein et al., 1993).

Es fällt auf, dass Persönlichkeitsstörungen in unserer Kohorte im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich häufiger vorkommen. Die Gesamtprävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Gefängnisinsassinnen lagen bei 84%. Bei mehr als 30% der untersuchten Frauen haben wir feststellen können, dass sie sich in der Vergangenheit mitunter *antisozial* (>35%), *selbstunsicher* (fast 35%), *zwanghaft paranoid* verhalten haben. In der Metaanalyse von 2002 (Fazel 2002) kommt *antisoziales Verhalten* - wie auch in unserer Studie - gehäuft unter den inhaftierten Frauen vor (1/5, Fazel 2002). Erwähnenswert ist auch die hohe Prävalenz einer Borderline Symptomatik (fast 35%). Dieses Resultat ist konform mit Beobachtungen aus den USA (Jordan 1996) und auch mit der Arbeit von Schönfeld (2006). Mit den *paranoiden Verhaltensstörungen* und dem *selbstunsicheren Verhalten* ist es ähnlich, wobei stets noch bemerkt werden muss, dass all diese Störungen deutlich höher frequent auftreten als in der Normalbevölkerung. In zweiter Linie sind *depressives und negativistisches Verhalten* (noch >25%), sowie *schizoides und abhängiges Verhalten* zu nennen (etwa 20%). Auch in der Studie von Schönfeld 2006 fanden sich Persönlichkeitsstörungen in etwa 2/3 der Fälle und damit deutlich häufiger als bei männlichen Insassen (Schönfeld 2006). Wie auch in unserer Studie war die Zahl der Personen mit Mehrfachdiagnosen im Bereich der Persönlichkeitsstörungen dabei ausgesprochen hoch (Schönfeld 2006). Diese Tatsache der hohen Prävalenz von Komorbiditäten ist ein Hinweis auf die ausgesprochene Belastungssituation unter weiblichen Inhaftierten, wie von Blocher untersucht und festgestellt wurde (Blocher 2001).

6.5. ADHS

In einer Reihe der Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass ein Zusammenhang zwischen ADHS und delinquentem Verhalten im späteren Leben besteht (Retz et al. 2004). Die Symptome von ADHS bei Erwachsenen üben eine negative Wirkung auf das tägliche Leben, einschließlich der Arbeit, soziales Leben und Beziehungen aus (Rösler et al. 2010). In dieser Studie wurden 128 männliche Gefangene untersucht. 28 Gefangene konnten die Voraussetzung für die Diagnose einer ADHS nach DSM-IV und ICD-10 Kriterien erfüllen. Das ist weit überdurchschnittlich im Vergleich zur Normalbevölkerung. In unserer Studie wurden SKID-I, SKID II Interviews und standardisierte Instrumente für die Beurteilung der ADHS bei Erwachsenen (HASE) verwendet. Bei der untersuchten Kohorte wurde eine Lebenszeitprävalenz (lifetime Prevalence) von 24,5 festgestellt und bei 10% konnte eine ADHS Persistenz nach DSM-IV-Kriterien nachgewiesen werden. Es wurde beobachtet, dass die ADHS Persistenz mit dem Alter von 17,9% (Alter <25 Jahre) auf 10% (Alter 26-45 Jahre) und 0% (Alter >45 Jahre) sinkt. Die weiblichen Gefangenen mit der Diagnose ADHS waren bei der ersten Verurteilung jünger im Vergleich zu Frauen ohne ADHS Diagnose und

sie zeigten eine längere Inhaftierungs-Periode bezüglich ihres Alters. Die Mittelwerte der Achse I Diagnosen bei Frauen mit ADHS betrug 3,6 und bei Frauen ohne ADHS 2,3. Die Untersuchung ergab keine Unterschiede zwischen den Frauen mit und ohne ADHS bezüglich der Prävalenz von *psychotischen, affektiven* und *posttraumatischen Störungen* sowie von *Angst* und *Somatisation*. In unserer Studie zeigte sich eine hohe Prävalenz von ADHS bei weiblichen Gefangenen vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Vergleich zur Normalbevölkerung und erhöht das Risiko für weitere psychiatrische Erkrankungen (Rösler et al. 2009).

Das Ergebnis unterstreicht die Notwendigkeit einer angemessenen psychiatrischen Therapie für die weiblichen Gefangenen sowie für therapeutische Programme für ADHS.

6.6. Schlussfolgerungen

Im Strafvollzug weiblicher Delinquenten besteht eine mannigfaltige Problematik im Hinblick auf psychopathologische und psychotische Störungen. Obwohl es dabei länderspezifische Unterschiede und einzelne, studienabhängige Unterschiede in der Prävalenz der Einzelsymptome gibt, ist die Gesamtprävalenz psychischer Störungen bei Frauen im Gefängnis sehr hoch. Dazu kommt, dass in Deutschland viele psychisch kranke Straftäter ohnehin primär nicht ins Gefängnis kommen, sondern über §§ 63/64 StGB in Krankenhäuser des Maßregelvollzugs (Psychiatrisches Krankenhaus/Entziehungsanstalt). Umso mehr überraschen die hohen Prävalenzen. Das erschwert auch den Vergleich mit Ländern, in denen anders mit psychisch kranken Straftätern verfahren wird (z.B. Behandlung im Strafvollzug/Gefängnis). Die Ergebnisse zeigen, dass die Straftäter unmittelbar vor der Aufnahme im Strafvollzug einer adäquaten psychiatrischen Untersuchung unterzogen werden müssen. Aus unserer Sicht besteht hier ein dringender Handlungsbedarf, und zudem die Notwendigkeit, die Entwicklung und Dynamik der vorkommenden Störungen fortlaufend zu erfassen.

Einschränkend muss erwähnt werden, dass die Diagnosen in der vorgelegten Arbeit durch die Verwendung von Selbstbeurteilungsinstrumenten und auf Grundlage der standardisierten Interviews gestellt wurden. Diese standardisierten Interviews sind zwar validiert, aber ersetzen nicht eine umfassende klinische Untersuchung durch psychiatrische Experten. Bei der Verwendung von Selbstbeurteilungsinstrumenten besteht immer die Gefahr für Verfälschungstendenzen. Edens et al. verglichen 2001 die Ergebnisse von vier Analogstudien zum Täuschungsverhalten. Die Probanden sollten Psychosen, affektive Störungen, Angststörungen und kognitive Beeinträchtigungen vortäuschen. Die Ergebnisse zeigten, dass erfolgreich simulierende Personen weniger psychische Symptome bejahten, ungewöhnliche und bizarre Items vermieden und sich in der Beschwerdedarstellung stärker

an eigenen Erfahrungen orientierten. Diese Studie verweist auf die Komplexität des Problems der verfälschten Angaben. Somit stellt sich die Frage, inwieweit Verzerrungen durch Subjektivität oder Manipulation entstanden sein könnten.

Wir konnten mit 110 Probandinnen eine grosse Anzahl der Gefängnisinsassinnen in unsere Studie einschließen. Bei unseren Untersuchungen wurden ausschließlich überprüfte und standardisierte Verfahren eingesetzt. Dies ermöglicht eine Vergleichbarkeit mit Studienergebnissen anderer Forschungseinrichtungen.

7 LITERATURVERZEICHNIS

1. Achenbach T M (1991): Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile. Department of Psychiatry, University of Vermont, Burlington
2. Achenbach T M (1997): Manual for the Young Adult Self-Report and Young Adult Behavior Checklist. Department of Psychiatry, University of Vermont, Burlington
3. Andersen H S (2004): Mental health in prison populations. A review with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 424: 5-59
4. Bernstein D, Cohen P, Velez CN, Schwab-Stone M, Siever LJ, Shinsato L (1993): Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *American Journal of Psychiatry* 150: 1237-1243
5. Blocher D, Henkel K, Retz W, Retz-Junginger P, Thome J, Rösler M (2001): Symptome aus dem Spektrum des hyperkinetisches Syndroms bei Sexualdelinquenten. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 69: 453-459
6. Borkenau P und Ostendorf F(1993): NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae. Göttingen: Hogrefe
7. Bundesministerium des Innern, polizeiliche Kriminalstatistik (2009): www.bmi.bund.de
8. Butler T, Allnutt S, Cain D, Owens D, Muller C (2005): Mental disorders in the New South Wales prisoner population. *Australien and New Zealand Journal of Psychiatry* 39: 407-413
9. Cauffman E (2004): A statewide screening of mental health symptoms among juvenile offenders in detention. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry* 43:430-9
10. Corrado RR, Cohen I, Hart S, Roesch R (2000): Comparative examination of the prevalence of mental disorders among jailed inmates in Canada and the United States. *International Journal of Law and Psychiatry* 23:633-647
11. Costa PT and McCrae RR (1992): Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five Factor Inventory, Professional Manual. Odessa Florida

12. Cotton Oldenburg N U, Jordan K, Martin S L, and Kupper L (1999): Women inmates risky sex and drug behaviors: Are they related? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 25: 129-149
13. Cremer Carl Gustav (1974): *Untersuchung zur Kriminalität der Frauen. Schwind: Kriminologie*, 12. Aufl. 44 ff
14. Edens JF, Guy LS, Otto RK, Buffington JK, Tomicic TL (2001): Factors differentiating successful versus unsuccessful malingerers. *Journal of Personality Assessment* 77:333-338
15. Elisabeth F. Moulds (1980): *Einführung in die Kriminologie* 3. Auflage, Hans Joachim Schneider, de Gruyter. Berlin, New York: S. 206
16. Eysenck SBG, Daum I, Schuggens M, Diehl JM (1990): A Cross-Cultural study of impulsiveness, venturesomeness and empathy: Germany and England. *Differentielle und Diagnostische Psychologie* 11: 209-213
17. Fazel S, Danesh J (2002): Serious mental disorder in 23000 Prisoners. a systemic review of 62 surveys, *THE LANCET* 359: 545-55036
18. Fazel S, Grann M (2004): Homicide offenders and psychiatric morbidity. a Swedish population study. *American Journal of Psychiatry* 161:2129-2131
19. Fydrich T, Renneberg B, Schmitz B und Wittchen HU (1997): *SKID-II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse II: Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe
20. Grann M, Fazel S (2004): Substance misuse and violent crime: Swedish population study. *British Medical Journal* 328: 1233-1234
21. Gunn J, Maden A, Swinton M (1991): Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. *British Medical Journal* 303: 338-341
22. Harrison PM, Beck AJ (2003): *Prisoners in 2002*. Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics, Washington DC

23. Jemelka RP, Rahman S, Trupin EW (1993): Prison mental health: overview. In: Steadman HJ, Cocozza JJ (eds) Mental illness in Americas prisons. WA National Coalition for the Mentally Ill in the Criminal Justice System, Seattle: 9-19
24. Jordan B, Schlenger W, Fairbank J, Caddell J.(1996): Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. Archives of General Psychiatry 53: 513-19
25. Krauß und Thorsten (2005): Mädchen und Gewalt. Im Spiegel jugendliterarischer Neuerscheinungen: S. 14
26. Milin R, Halikas JA, Meller JE, Morse C (1991): Psychopathology among substance abusing juvenile offenders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 30: 569-574
27. Pollak O (1950): The Criminality of Women. Pennsylvania: 44 ff
28. Retz-Junginger, P., Retz, W., Blocher, D. et al. (2002). Wender Utah Rating Scale (WURS-k): Die deutsche Kurzform zur retrospektiven Erfassung des hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen. Nervenarzt 73: 830-838
29. Retz-Junginger P, Retz W, Blocher D, Stieglitz R-D, Georg T, Supprian T, Wender PH, Rösler M (2003): Reliabilität und Validität der Wender-Utah-Rating-Scale-Kurzform: Retrospektive Erfassung von Symptomen aus dem Spektrum der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Nervenarzt 74: 987-993
30. Retz W, Retz-Junginger P, Hengesch G, Schneider M, Thome J, Pajonk FG, Salahi-Disfan A, Rees O, Wender PH, Rösler M (2004): Psychometric and psychopathological characterization of young male prison inmates with and without attention deficit/hyperactivity disorder. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 254: 201-208
31. Retz W, Retz-Juninger P, Schneider M, Hengesch G, Rösler M (2007): Drug addiction in Young perison inmates with and without attention deficit hyperactivity disorder. Fortschr Neurol Psychiatrie 75: 285-92

32. Rösler M, Retz W, Retz-Junginger P, Hengesch G, Schneider M, Supprian T, Schwitzgebel P, Pinhard K, Dovi-Akue N, Wender P, Thome J (2004): Prevalence of attention deficit-/hyperactivity disorder (ADHD) and comorbid disorders in young male prison inmates. *European Archives Psychiatry and Clinical Neuroscience* 254 : 365–371
33. Rösler M, Retz W, Yaqoobi K, Burg E, Retz-Junginger P (2009): Attention deficit/hyperactivity disorder in female offenders: prevalence, psychiatric comorbidity and psychosocial implications. *European Archives Psychiatry and Clinical Neuroscience* 259 : 98–105
34. Rösler M, Casas M, Konofal E, Buitelaar J (2010): Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *World Journal of Biological Psychiatry* 2010: 684-698
35. Sass H, Wittchen H-U & Zaudig M (1996): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe
36. Schönfeld C-E v, Schneider F, Schröder T, Widmann B, Botthof U, Driessen M (2005): Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen. *Nervenarzt* 2006, 77:830-841
37. Schmörlzer G (2003): Geschlecht und Kriminalität: <http://www.querelles-net.de/index.php/gn/article/view/228/236>. Habilitationsschrift
38. Statistisches Bundesamt (2011): Wiesbaden. Erschienen am 17.01.2011, Artikelnummer: 5243201109004
39. Statistisches Bundesamt (2003): Pressemitteilung vom 28. Januar 2003, http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2003/p0360_101.htm
40. Staton M, Leukefeld C, J. Webster M (2003): Substance Use, Health and Mental Health: Problems and Service Utilization Among Incarcerated Women. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 47: 224-239
41. Teplin L, Abram K, Mc Clelland G (1996): Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. I. Pretrial jail detainees. *Archives of General Psychiatry* 53: 505-512

42. Vreugdenhil C, Van den Brink W, Wouters LF, Doreleijers AT (2003): Substance use, substance use disorder and comorbidity patterns in a representative sample of incarcerated male Dutch adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease* 191:372-378

43. Watzke S , Ullrich S und Marneros A (2006): Gender/ and violence related prevalence of mental disorders in prisoners. *European Archive of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 256:414-421

8 DANKSAGUNG

Mein besonderer Dank gilt:

Prof. Dr. M. Rösler für die Überlassung des interessanten Themas, der mir die Möglichkeit gegeben hat, diese Arbeit unter seiner Leitung durchzuführen.

Prof. Dr. W. Retz für exzellente Betreuung und ein hervorragendes Arbeitsklima. Auch für die mühevollen Arbeit des Korrekturlesens möchte ich mich herzlich bedanken.

PD. Dr. J. Schneider für die Unterstützung der statistischen Analysen und seine Ratschläge.

Besonderen Dank auch an allen Mitarbeitern des Instituts für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie der Universität des Saarlandes für stete Hilfsbereitschaft.

Insbesondere möchte ich auf diesem offiziellen Weg meiner Mutter, der diese Doktorarbeit gewidmet ist, danken. Sie hat mir diese Universitätsausbildung und auch sonst alles was ich im Leben erreicht habe, ermöglicht.

Bei meiner Tante, den Geschwistern, Onkeln und Freunden möchte ich mich ganz besonders herzlich bedanken für die uneingeschränkte, liebevolle und vielseitige Unterstützung während meines Studiums.

Zum Schluss danke ich noch meiner Frau und meinen Kindern, die wesentlich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

9. LEBENS LAUF

Name: Mohammad Khalid Yaqoobi

Geb.-Datum: 03.01.1973

Geburtsort: Kabul (Afghanistan)

Familienstand: Verheiratet

Staatsangehörigkeit: Deutsch

Schulbildung und weiterer Werdegang:

1979 – 1985 Grundschule in Afghanistan

1985 – 1990 Privatschule in Pakistan

1990 – 1991 Hauptschule in Nordkirchen, Kreis Coesfeld

1991 – 1995 St. Antonius Gymnasium in Lüdinghausen
Abschluss: Allgemeine Hochschulreife

1995-1998 Angestellter bei IKEA

ab WS 1998 / 1999 Studium der Humanmedizin an der
Universitätsklinik Homburg / Saar

Frühjahr 2001 Physikum

Frühjahr 2002 1. Staatsexamen

Herbst 2004 2. Staatsexamen

Frühjahr 2005 3. Staatsexamen (Approbation als Arzt)

Assistenzarzt Vom 01.07.2005 bis 30.06.2008 in der SHG Klinik
Merzig Innere Medizin
Vom 01.07.2008 bis dato Assistenzarzt im
St. Josef Hospital Bonn Beuel
Innere Medizin Gastroenterologische Abteilung