Zeitschrift: Kriminologisches Bulletin = Bulletin de criminologie

Herausgeber: Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie

Band: 9 (1983)

Heft: 2

Artikel: Die Hafterstehungsfaehigkeit aus psychiatrischer Sicht unter besonderer Beruecksichtigung transkultureller Faktoren

Autor: Madritsch, W. N.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1046866

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 06.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

DIE HAFTERSTEHUNGSFAEHIGKEIT AUS PSYCHIATRISCHER SICHT UNTER BESONDERER BERUECKSICHTIGUNG TRANSKULTURELLER FAKTOREN

von Dr. W.N. Madritsch, Psychiatrische Klinik Rheinau/ZH

Arbeiten über Hafterstehungsfähigkeit bzw. Straferstehungsfähigkeit aus der Sicht des Psychiaters gibt es nicht allzu viele; die uns interessierende und zugängliche Literatur ist einigermassen überschaubar.
Es kann nachfolgend nicht darum gehen, die grundsätzliche Problematik dieser Fragestellung (Hafterstehungsfähigkeit) zu erörtern. Der Zürcher Forensiker Max O.Keller (1) hat dies in vorbildlicher Art und Weise bereits getan.

Sehr viel grösser ist die Anzahl der Arbeiten, die sich im weitesten Sinne mit Problemen der t r a n s k u l t u r e l l e n Psychiatrie beschäftigen; diese Literatur - keineswegs nur von Psychiatern verfasst - ist für den Einzelnen kaum mehr überschaubar.Neuere (1982) umfassende Darstellungen stammen von I.Al-Issa (2) und A.Gaw (3).

Die transkulturelle Psychiatrie (Cross Cultural Psychiatry) bzw. die vergleichende Psychiatrie untersucht in enger Verbindung mit der Ethnologie und der Kulturanthropologie einerseits die kulturellen und andererseits die soziologischen Gegebenheiten in verschiedensten Volksgruppen auf ihre Bedeutung für die Entstehung und Ausgestaltung psychischer Störungen. Für einzelne psychische Störungen wurden wesentliche transkulturelle Unterschiede gefunden. Nicht nur die normalen Verhaltensweisen von Menschen, sondern auch deren aus psychischen Gründen abnormen oder kranken Verhaltensweisen sind stets in Relation zu den sozio-kulturellen Hintergründen ihrer Volksgruppe zu sehen. Das bekannte Sprichwort lässt sich erweitern: "Andere Länder, andere Sitten und andere Ausgestaltung psychischer Störungen".

Es ist uns indessen keine einzige wissenschaftliche Arbeit bekannt geworden, die allfällige f o r e n s i s c h e Aspekte der transkulturellen Psychiatrie in irgendeiner Art und Weise mitberücksichtigt. Die nachfolgenden Erörterungen können sich somit nicht auf bereits vorliegende Publikationen stützen oder auf diese Bezug nehmen; sie basieren ausschliesslich auf unseren eigenen Erfahrungen und Beobachtungen in der psychiatrischen Klinik und im gefängnispsychiatrischen Dienst. Vor zwei Jahren sahen wir psychisch auffällige oder kranke Häftlinge fast ausschliesslich in der Klinik, nunmehr sehen wir sie in der Regel auch vor der Klinikeinweisung und wir betreuen sie auch weiter, wenn sie wieder in die Haft zurückversetzt worden sind. Früher, als der gefängnispsychiatrische Dienst durch eine Poliklinik ausgeübt wurde, bestand kaum die Möglichkeit, psychisch kranke Häftlinge auch während eines Klinikaufenthaltes zu beobachten.

Wir können uns heute auf eine Kasuistik von etwa 50 Fällen stützen, bei denen die Frage nach der weiteren Hafterstehungsfähigkeit aus medizinisch-psychiatrischer Sicht zur Diskussion stand.
Wir werden diese Kasuistik - in Zusammenarbeit mit anderen in Gefängnissen teilzeitlich arbeitenden Aerzten und Gefängnispsychiatern - weiter ausbauen. Insbesondere interessieren uns auch die Befunde ausländischer (z.B. deutscher, holländischer, österreichischer, französischer , italienischer, englischer etc.) Psychiater (4).

Die Anzahl der Untersuchungs- und Strafgefangenen aus andern, nicht-westlichen Kulturkreisen hat in unseren Untersuchungsgefängnissen und Vollzugsanstalten in den letzten 10 Jahren stetig zugenommen.
Wir werden somit als Psychiater in Kliniken und insbesondere als Gefängnispsychiater vermehrt mit Häftlingen aus anderen Volksgruppen im wahrsten Sinne des Wortes konfrontiert.

Unter Zugrundelegung unserer Ausbildung und aufgrund unserer Erfahrung sind wir in der Regel mehr oder weniger in der Lage, uns ein psychiatrisches Urteil über Häftlinge aus *unserem* Kulturkreis zu bilden. Wir haben jedoch etwelche Mühe, unser "psychopathologisches Vokabularium" auf Menschen anzuwenden, die aus einem soziologisch und kulturell anders strukturierten Land stammen. Hysterische Symptome lassen sich beispielsweise bei einem Norweger leichter nachweisen und beschreiben als bei einem Thailänder!

Die Anzahl der im Zürcher Bezirksgefängnis inhaftierten Personen aus andern Ländern ist beträchtlich. So beherbergte das Bezirksgefängnis Zürich (BGZ) im Jahre 1982 Gefangene aus 56 Nationen. 60% der Untersuchungsgefangenen waren Ausländer. Die Verteilung war wie folgt:

	Anz.Pers.	%
Schweizer	500	40.6
Ausländer	731	59.4
Jugoslawien	188	15.3
Italien	107	8.7
Türkei	86	7.0
Tunesien	42	3.4
Deutschland	38	3.1
Spanien	31	2.5
Oesterreich	27	2.2
Chile	18	1.5
Kolumbien	14	1.1
England	13	1.1
Frankreich	12	1.0
Libanon	11	0.9
Marokko	9	0.75
Algerien	8	0.65
Nigeria	7	0.55

und so weiter

Am Stichtag des 13.12.1982 waren sogar 72.2% aller Insassen des BGZ Ausländer und am 1.6.1983 waren von den 127 Häftlingen 65% (82 Personen) Ausländer.
Auch in Vollzugsanstalten für Rückfällige finden wir unter den Häftlingen 50 - 65% Ausländer. Zur Zeit sind in der kantonalen Strafanstalt Regensdorf/ZH 33 Nationen "vertreten". Auffallend gross ist dabei der Anteil von Nordafrikanern.
Es ist beinahe überflüssig zu erwähnen, dass diese Insassen fast ausschliesslich wegen Drogendelikten verurteilt wurden. Mehrere der Dealer sind selbst rauschgiftsüchtig. Gerade solche Dealer beanspruchen unsern gefängnispsychiatrischen Dienst und auch unsere Klinik in zunehmendem Ausmass. Immer häufiger stellt sich die Frage nach der weiteren Hafterstehungsfähigkeit.

Generelle Hafterstehungsunfähigkeit und situativ-akzidentelle Hafterstehungsunfähigkeit

Psychiater haben relativ häufig zur Frage der Hafterstehungsfähigkeit Stellung zu beziehen; am häufigsten haben sich in Kliniken tätige Psychiater sowie Gefängnispsychiater zu dieser Frage zu äussern.
Relativ selten sollen wir uns in Form eines gutachtlichen Berichtes zur Frage der *generellen Hafterstehungsfähigkeit* äussern. Zu beantworten ist in solchen Fällen u.a. die Frage (5), inwieweit bei Fortdauer der Haft gesundheitliche und insbesondere psychische Schädigungen zu erwarten sind und welcher Art diese sind. Auch prognostische Erwägungen sind in diesem Zusammenhang von Interesse. Die Frage nach der generellen Hafterstehungsfähigkeit wird von den psychiatrischen Sachverständigen nur noch ungern oder überhaupt nicht mehr beantwortet. Es ist letztlich Sache juristischer Instanzen zu entscheiden, ob ein Gefangener weiterhin in Haft zu behalten ist (Abwägen der gesundheitlichen Risiken inkl. Suizidgefahr gegen die Gefährdung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung). Die Frage nach der generellen Hafterstehungsfähigkeit stellte sich bisher bei Inhaftierten aus andern Kulturkreisen etwas häufiger als bei schweizerischen Gefangenen bzw. Häftlingen aus unserem Kulturkreis. In 2 Fällen von rund 20 in unserer Klinik vorübergehend hospitalisierten "exotischen" Häftlingen hatten wir ein Gutachten über die Hafterstehungsfähigkeit auszuarbeiten.

Recht häufig haben wir jedoch zur Frage Stellung zu beziehen, ob ein Häftling aus akzidentell-situativen Gründen nicht mehr hafterstehungsfähig sei. Diese Fragestellung erhebt sich bei exotischen Häftlingen besonders häufig.
Die *situativ-akzidentelle Hafterstehungsunfähigkeit*

- ist in der Regel zeitlich determiniert (einige Tage bis Wochen, nur ausnahmsweise mehrere Monate)
- bedingt de facto keinen Strafunterbruch; die Einweisung des Häftlings in eine geschlossene Klinik stellt einen modifizierten Strafvollzug dar (StGB Art. 40/ Art. 242 BStP)

- bedingt kein generelles Vollzugshindernis
- ergibt sich fast immer aus einer a k u t e n Gefährdung von Gesundheit oder Leben des Häftlings (Suizidalität, Haftpsychose, Depression). Bei der Beurteilung prävalieren ärztliche Erwägungen.(Die Wahl einer geeigneten Klinik hat sich allerdings nach dem Fluchtrisiko zu richten).

Um den Haft- oder Strafunterbruch einzuleiten, genügt in der Regel eine mündliche Absprache mit dem Untersuchungsrichter oder dem Gefängnisdirektor. Wir haben es bisher noch nie erlebt, dass eine dringend indizierte Klinikeinweisung (z.B. nach einem ernsthaften Suizidversuch) aus juristischen Erwägungen heraus verweigert worden wäre.

Welche Faktoren spielen bei der Beurteilung exotischer Häftlinge eine Rolle ?

Wir befragten mehrere forensisch erfahrene Psychiater, welchen Faktoren sie bei der Beurteilung exotischer Häftlinge eine besondere Bedeutung zumessen würden. Genannt wurden, der Reihe nach:

- sprachliche Verständigungsschwierigkeiten
- religiöse Besonderheiten
- magische Gedankeninhalte

> (Schizophreniediagnose !)

Mit uns sind auch die meisten der befragten Psychiater der Auffassung, dass es

- schwierig ist, bei Häftlingen aus anderen Kulturkreisen die Suizidalität abzuschätzen
- oft unmöglich ist, eine genaue Diagnose zu stellen
- gelegentlich einer längeren Beobachtungsphase bedarf, um Simulanten, die z.B. eine Geisteskrankheit vortäuschen, zu entlarven.

Im Folgenden stützen wir uns auf die gefängnispsychiatrischen und klinischen Krankengeschichten von 20 exotischen Häftlingen aus dem Zürcher Bezirksgefängnis und aus der Strafanstalt Regensdorf. Mehrere dieser Häftlinge mussten mehrmals wegen Haftverstehungsunfähigkeit hospitalisiert werden. Ein 43-jähriger syrischer Drogendelinquent weilt nunmehr zum vierten Male in unserer Klinik, zuvor hatte er ein halbes Dutzend mal in anderen Kliniken geweilt. Er war auch von einem kompetenten Psychiater begutachtet worden. Der Begutachter hatte die Frage nach der generellen Haftverstehungsfähigkeit nicht beantwortet und auf die ev. zu erwartenden gesundheitlichen und psychischen Schädigungen hingewiesen.
Wir haben alle Häftlinge vor der Klinikeinweisung gesehen und untersucht, sie während des Klinikaufenthaltes z.T. mehrmals besucht und wir haben sie in den meisten Fällen auch nach der Rückversetzung in Untersuchungshaft oder in den Strafvollzug wieder gesehen und betreuen sie teilweise heute noch.
In 7 Fällen von 27 Hospitalisationen (unter Berücksichtigung der Mehrfacheinweisungen) gab ein Suizidversuch den Anstoss zur

Klinikeinweisung. 13 mal stellten wir die Diagnose "depressive Haftreaktion" und 4 mal bezeichneten wir das psychopathologische Zustandsbild als "psychotische Haftreaktion". In 3 Fällen bestand der Verdacht auf das Vorliegen einer paranoiden Schizophrenie, in einem Fall nahmen wir eine Schizophrenie als sicher an und in 2 Fällen konnten wir keine brauchbare Diagnose stellen. Die Hospitalisationsdauer schwankt zwischen 3 Tagen und 3 Monaten; im Mittel beträgt sie etwa 10 - 14 Tage.

Zweimal stellten wir die Diagnose einer "hysteriformen Persönlichkeit", wobei in einem Fall eine eindrückliche "Ganser-Symptomatik" beobachtet werden konnte.

Es mag in diesem Zusammenhang auffallen, dass wir davon Abstand nahmen, die Diagnose Psychopathie oder gar Soziopathie zu stellen. Gewisse psychopathische (anlagemässige) Merkmale können wir zwar auch bei exotischen Häftlingen diagnostizieren, doch fällt es uns schwer zu entscheiden, wer z.B. in der Türkei oder in Pakistan als "Soziopath" zu gelten hat. Es erübrigt sich, in diesem Zusammenhang weiter auf den Soziopathiebegriff (aus transkultureller Sicht) einzugehen.
Etwas ist uns allerdings wiederholt aufgefallen: wenn Häftlinge sich immer wieder in Konflikte und Querelen mit Mitgefangenen aus demselben Land verstricken (hier bestehen ja keine sprachlichen Schwierigkeiten !), so gibt uns dies Hinweise auf mehr oder weniger ausgeprägte psychopathische bzw. soziopathische Züge des betreffenden Häftlings. *Ein vermutlich erheblich soziopathischer türkischer Strafgefangener wurde von sämtlichen Landsleuten gemieden und allgemein als "Spinner" taxiert. Er isolierte sich zusehends und zog es schliesslich vor, auch tagsüber in seiner Zelle zu bleiben.*

Neurotiker mögen unter exotischen Häftlingen ebenfalls vorkommen, wir haben indessen bis jetzt diese Diagnose als Hauptdiagnose nicht stellen können. Es ist jedoch sehr leicht möglich, dass wir neurotische Störungen vor allem aus sprachlichen Gründen übersehen haben bzw. zufolge mangelhafter verbaler Kommunikationsmöglichkeit nicht in der Lage waren, solche Störungen zu erkennen.

Am schwierigsten und wohl auch am verantwortungsvollsten istin der Regeldie Diagnostik e n d o g e n e r P s y c h o s e n , weniger der endogenen Depressionen als vielmehr der Schizophrenien. Das Auftreten einer paranoid gefärbten psychotischen Haftreaktion bedeutet noch lange nicht, dass der entsprechende Häftling an einer Schizophrenie leidet. Häufig aber merken Häftlinge, dass schizophrene Symptome nicht nur das Aufseherpersonal beeindrucken, sondern auch von den Aerzten praktisch immer sehr ernst genommen werden. Oft simulieren Häftlinge - nicht nur exotische - schizophrene Symptome auf recht plumpe und leicht durchschaubare Art und Weise. *Ein türkischer Untersuchungshäftling verweigerte die Nahrung, weil das Essen ganz gewiss vergiftet sei. Er gab an, dauernd von Stimmen gequält zu werden, auch würden in den Abendstunden regelmässig Hände vor dem Zellenfenster auftauchen und sich am Gesims festklammern. Beide Eltern seien schizophren und er selbst sei mehrmals in einer psychiatrischen Klinik behandelt worden. Das ärztlich verordnete, relativ niedrig dosierte Neuro-*

leptikum Nozinan lehnte der Mann nach einigen Tagen ab, er wünschte hohe Schlafmitteldosen. Als wir Nachforschungen in der Türkei anstellen wollten, erinnerte sich der Häftling plötzlich nicht mehr an den Namen der Klinik, in welcher er vorgab hospitalisiert gewesen zu sein.

In andern Fällen ist die Simulation geschickter bzw. raffinierter und gelegentlich lässt sich eine Schizophrenie weder beweisen noch ausschliessen. Hierzu folgendes Beispiel:

Ein 30-jähriger thailändischer Staatsangehöriger chinesischer Abstammung wurde dringend des umfangreichen Checkbetruges verdächtigt. Er war bereits international ausgeschrieben worden und hatte auch bereits in einem anderen Land eine 3-jährige Gefängnisstrafe verbüsst. In der dritten Woche seiner Untersuchungshaft wurde der Mann erstmals dem Gefängnispsychiater als sonderbar und "unheimlich" gemeldet. Er war damals verschlossen und redete nichts, obwohl er nachweislich Englisch und Französisch versteht und spricht. Eine thailändische Uebersetzerin hatte ebenfalls sehr Mühe, mit ihm ins Gespräch zu kommen; andererseits waren Briefe, die er in seine Heimat schickte, vollkommen unauffällig. Während Tagen wirkte der Häftling "wie in Trance" und fiel durch seinen starren Blick auf. Schliesslich legte er sich in seiner Zelle mit der Matratze unter den Tisch und erklärte, das Bett sei gespalten; überdies machte er Gebärden des Halsabschneidens und des Tötens. Es erfolgte darauf die Klinikeinweisung wegen Verdachts auf Schizophrenie. Hier gab er über sich selbst keine Auskunft; immer wieder betonte er, er habe Frau und Kinder verloren. Nach einigen Tagen, er setzte sich lieber auf den Boden als auf Stühle, konnte er mit Mitpatienten längere Zeit unauffällig Gespräche führen. Im persönlichen ärztlichen Gespräch jedoch wirkte er nach wie vor eingeengt im Denken, wobei er aufmerksam mit den Augen jede Bewegung des Arztes registrierte.

Obwohl in diesem Falle für uns effektiv krankhaftes und psychotisches Verhalten nicht erkennbar war, liessen wir die Diagnose einer Schizophrenie offen und behandelten den Mann auch wie einen Schizophrenen.

Das Auftreten schizophrener Symptome bedingt nicht a priori eine Hafterstehungsunfähigkeit. Tritt bei einem Häftling ein schizophrener Schub auf, der in seinem Ausmass über eine psychotisch gefärbte Haftreaktion hinausgeht, bedingt dies in der Regel eine m o m e n t a n e Hafterstehungsunfähigkeit, d.h. der Häftling kehrt nach der Behandlung ins Gefängnis zurück, wo er allerdings in der Regel weiter ärztlich überwacht wird. Gelegentlich sind mehrere Klinikeinweisungen notwendig, bis die Schizophreniediagnose feststeht. Im folgenden Fall wurde die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie erst anlässlich der dritten Hospitalisation gestellt.

Der 25-jährige Kurde (aus Anatolien/Türkei stammend) war schon wiederholt straffällig geworden, nun warf man ihm vor, rund ein halbes Kilogramm Heroin in Umlauf gebracht zu haben. Der Mann war bereits psychiatrisch begutachtet in bezug auf seine vorangegangenen Delikte. In der Untersuchungshaft traten einige Tage vor der Hospitalisation plötzlich Unruhezustände auf; der Patient berichtete verworren von seiner Angst, einen Mord ausführen zu

müssen, oder selbst umgebracht zu werden. In der Klinik wirkte der allseitig orientierte Mann düster. Er müsse jemanden oder gar seine ganze Familie umbringen. Schliesslich berichtete er von seiner grossen Bewunderung für Königin Elisabeth - nach seiner Haftentlassung wolle er sofort nach England reisen, sich der Königin zu Füssen werfen und ihre Schuhe küssen. Daheim bewahre er einige Locken von der Prinzessin Anne auf.
Dieser Patient wurde in der Klinik mit hohen Dosen Nozinan behandelt, später wurde auf Leponex umgestellt. Beim Besuch seiner Mutter wirkte er auf jene körperlich, aber nicht geistig krank. Wir stellten die Diagnose "Haftreaktion bei entwurzeltem Kurden" und setzten hinter die Diagnose einer Schizophrenie ein Fragezeichen. Bei einem Westeuropäer aus uns vertrautem Kulturkreis hätten wir bei gleichen Krankheitssymptomen mit der Schizophreniediagnose kaum gezögert. Bei fremdländischen Patienten jedoch, die auf uns unvertraut wirken, sind wir vorsichtiger geworden - zu oft haben raffinierte Häftlinge versucht, eine Psychose vorzutäuschen. Als der oben erwähnte Türke innert Jahresfrist zum dritten Male in unsere Klinik eingewiesen wurde, er hatte nach einer beleidigenden Injurie einem mitinhaftierten Landsmann mit einem Hammer mehrere Schläge auf den Kopf versetzt, wirkte er eindeutig schizophren-krank. Vor allem sprachkundigen Pflegern fiel er durch wirres Sprechen und inkohärentes Denken auf. Er äusserte das Gefühl, von irgendwoher gesteuert zu sein.

Die Frage, was mit einem Schizophrenen zu geschehen hat, der zufolge der Haft wiederholt in psychotische Schübe gerät, ist nicht leicht zu beantworten. Er ist dann jedesmal in eine Klinik einzuweisen. Ab der wievielten Klinikeinweisung soll man beschliessen, einen kranken Häftling - auch wenn er zu einer mehrjährigen Strafe verurteilt ist - definitiv in der Klinik zu belassen ?

Häufig zeigen Haftreaktionen ein psychotisches oder depressiv gefärbtes Bild. Gerade bei exotischen Häftlingen beobachteten wir aber auch andere Zustandsbilder, die sich am ehesten noch mit dem Begriff "hysteriform" umschreiben lassen. Nicht selten ziehen Häftlinge theatralische Register, die geradezu grotesk wirken. *Ein 34-jähriger Türke zog es vor, weil er mit niemandem zurechtkam, auch tagsüber in seiner Zelle zu bleiben. Nachdem diese selbstgewollte Isolation mehrere Wochen gedauert hatte, hub er plötzlich an, seltsame, tierisch anmutende Schreie auszustossen. Nach einer verbalen Auseinandersetzung entlud sich sein angestautes Aggressionspotential solcherart, indem er seinen Kanarienvogel, den er in seiner Zelle gehalten hatte, in der Weise exekutierte, dass er dem Vogel den Kopf abdrehte und zum Fenster hinauswarf.- Dieser Häftling unternahm später einen Suizidversuch und in der Folge musste er 4 mal in unserer Klinik hospitalisiert werden. Vor der letzten Hospitalisation zeigte er bei aspektmässig schwer depressiver Stimmungslage vor allem vor Publikum und in der ärztlichen Sprechstunde eine Jactatio capitis sowie ein eigenartiges "Zwangslachen" (für das keine organische Ursache vorlag).* Auffällig war bei diesem Patienten, dass er jeweils nach wenigen Tagen Klinikaufenthalt selbst seine Rückversetzung in die Strafanstalt beantragte, weil ihm der Anblick psychisch Kranker und insbesondere Schizophrener nicht behagte.

In einem Falle sahen wir ein sog. Ganser-Syndrom, wobei der betreffende Häftling gleichzeitig das Vorliegen einer Epilepsie vom Grand-mal-Typus simulierte.
Ueber diesen 22-jährigen Nordafrikaner berichteten die Aufseher, er sei wahrscheinlich schwachsinnig und möglicherweise Epileptiker, man habe bei ihm wiederholt seltsame Anfälle mit Hinstürzen beobachten können.
Bei der Untersuchung bot der kindlich-infantil wirkende und offenbar stark im magischen Denken verhaftete Patient ein hysterisches Gansersches Syndrom. Er küsste die Hand des Arztes, bezeichnete sich selbst als "Dr.med.", der zufolge der ungerechtfertigten Untersuchungshaft blödsinnig geworden sei und an Epilepsie leide. Der vermeintlich studierte Mann war ausserstande, seinen Namen oder sonst ein Wort zu schreiben. Beim Anzünden einer Zigarette stellte er sich so ungeschickt an, dass Brandgefahr entstand. Als Hauptstadt von Italien nannte er New York und 3% von 200 Franken waren nach seiner Berechnung 8 Franken 50. - Der Patient wünschte dringend seine eingehende Untersuchung durch einen kompetenten Professor. Als ihm erklärt wurde , dass er nicht schwachsinnig oder geisteskrank sei, sondern dass bei ihm eine behandelbare Haftreaktion vorliege, begann er hemmungslos zu weinen wie ein kleines Kind. Als er wenig später auf der Korridor geführt wurde, stiess er, auf dem Weg in die Zelle, unvermittelt einen grellen Schrei aus, warf ein Heft und einen Kugelschreiber weit von sich und stürzte sich hechtartig zu Boden, was eine Rissquetschwunde auf der Stirn und eine Verstauchung der einen Hand zu Folge hatte. Am Boden liegend verdrehte er die Augen, streckte die Zunge heraus und "krampfte" wie bei einem grossen epileptischen Anfall - dabei schrie er unaufhörlich weiter. Nach einer Weile - wir hatten zugeschen und nicht interveniert - erhob er sich und wünschte vor einem Spiegel seine blutende Stirnwunde zu sehen. Angesichts des rinnenden Blutes begann er erneut zu weinen. - Später wurde dieser Häftling wegen ähnlichen "Zuständen" einmal psychiatrisch hospitalsiert. Seit mehreren Monaten war er weitgehend unauffällig.
Der soeben beschriebene Nordafrikaner hat zweifellos nicht arglistig oder gar raffiniert versucht, uns zu täuschen. Im Rahmen seiner hysterischen Persönlichkeitsstruktur hatte er keine anderen Möglichkeiten, als auf diese Art und Weise seine Not, Angst und Verzweiflung zum Ausdruck zu bringen. Auch andere Häftlinge, die Krankheiten simulieren, mögen unter erheblichem Leidensdruck stehen, was auch verständlich ist.

Gelegentlich versuchen Gefangene, hauptsächlich Untersuchungshäftlinge, durch lügenhafte Angaben einen Haftabbruch zu erwirken.
Ein 28-jähriger staatenloser, ursprünglich aus Osteuropa stammender Untersuchungsgefangener (es wurden ihm Dutzende von Betrügereien und Einbruchdiebstähle zur Last gelegt) gab an, Epileptiker zu sein. Tatsächlich war er bei seiner Verhaftung im Besitze mehrerer antiepileptisch wirkender Medikamente gewesen und er erhielt diese Medikamente in der Folge auch vom internistisch tätigen Gefängnisarzt verschrieben. Seine Epilepsie sei die Folge eines vor Jahren erlittenen Schädeltraumas, berichtete er. Er wünschte dringend seine Einweisung in eine Klinik für Anfallskranke. Abklärungsuntersuchungen (Hirnstromableitungen etc.) ergaben keinerlei Hin-

weise auf ein Anfallsleiden. Anfragen bei ausländischen Kliniken, die der Mann uns nannte, blieben unbeantwortet. Schliesslich erhielten wir mehr zufällig den Bericht einer welschen Klinik: dort war die ganze "Epilepsie-Abklärung" bereits einmal vorgenommen worden - mit negativem Resultat.

Wir haben mehrfach versucht, auf ausdrücklichen Wunsch exotischer Häftlinge aus deren Heimatland ärztliche Berichte anzufordern. Die meisten Anfragen blieben unbeantwortet und in einigen Fällen war der vermeintliche Patient im Archiv der angeschriebenen Klinik nicht vermerkt. Lediglich in zwei Fällen erhielten wir eine Antwort, wobei in beiden Fällen die uns mitgeteilte Diagnose nicht derjenigen entsprach, die der Häftling uns genannt hatte (Impfreaktion statt Schizophrenie / Erregungszustand statt Schizophrenie).

Aufgrund solcher Erfahrungen sind wir mit der Uebernahme uns suggerierter Diagnosen auch dann äusserst vorsichtig und zurückhaltend, wenn ein Häftling tatsächlich ein vermeintlich psychotisches Zustandsbild zeigt.

Suizidalität: Suizidale Handlungen, Beurteilung der Suizidalität.

Eine zentrale Stellung in der Beurteilung der Hafterstehungsfähigkeit nimmt die Beurteilung des Selbsttötungsrisikos ein. Ob jemand suizidal sei, ist - oft selbst nach einer Selbstbeschädigung - nicht sicher zu beurteilen. Bei der Beurteilung der Suizidalität halten wir uns an die in den Arbeiten von Kielholz (Basel) herausgearbeiteten Beobachtungs- und Beurteilungskriterien und achten insbesondere auf das von Ringel beschriebene "praesuizidale Syndrom".
In Gefängnissen kommen "suizidale Handlungen" häufig vor. Sie können Ausdruck appelativ-hilfesuchenden Verhaltens sein, sie können rein theatralisch-demonstrativ sein, sie können kurzschlüssig aus Not und Verzweiflung erfolgen, aber sie können auch bewusst reflektiert in echt suizidaler Absicht - z.B. aufgrund bilanzierender Erwägungen heraus - erfolgen.

Nach unseren bisherigen Erfahrungen sind Erhängungsversuche besonders ernst zu bewerten. Häufiger sind freilich Schnittverletzungen mit Messern oder anderen spitzen Gegenständen. In 4 von 27 Fällen erfolgte bei exotischen Häftlingen die psychiatrische Hospitalisation nach Schnittverletzungen (einmal am Hals, drei Mal an typischer Stelle im Bereiche der Arteria radialis). In zwei weiteren Fällen wurden gehortete oder illegal erworbene Drogen bzw. Medikamente in suizidaler Absicht geschluckt und in einem weiteren Falle wurden Rasierklingen verschluckt.
Ein Häftling unternahm in der Klinik einen wohl eher demonstrativen Suizidversuch, indem er eine Neonröhre der Deckenbeleuchtung zertrümmerte und anschliessend mehrere Glasscherben verspeiste. Ein anderer Häftling zerkaute in suizidaler Absicht mehrere Zigarettenstummel.

Vor allem das Verschlucken von Gegenständen aller Art (Gabeln, Nadeln, Löffel etc.) hat in der Regel eher appellativen Charakter; dass sich hinter solchen Handlungsweisen letztlich grösste Verzweiflung und echte Suzidalität verbergen können, ist unbestritten.

Oft aber haben Suizidankündigungen und auch Selbstbeschädigungen vorwiegend oder gar ausschliesslich erpresserischen Charakter. Es geht dem Häftling nicht darum, sein Leben an sich zu beenden, sondern er möchte eine Aenderung seiner aktuellen Lebensumstände herbeiführen. Es geht ihm also primär nicht darum, sein Dasein zu beenden, sondern er möchte quasi "à tout prix" etwas Konkretes erreichen.
Er nimmt dabei die Auslöschung seiner Existenz oft als "schwer kalkulierbares Risiko" in Kauf. Wir haben folgende Gründe bzw. Motivationen für demonstrative oder erpresserische Suizidankündigungen oder vermeintliche Suizidhandlungen (Selbstbeschädigungen) eruieren können:

- Untersuchungshäftlinge möchten in eine Gemeinschaftszelle verlegt werden
- Untersuchungshäftlinge oder Strafgefangene möchten in eine Klinik eingewiesen werden
- Gefangene (vor allem Fixer oder sonstwie Süchtige) möchten die Verschreibung von Medikamenten (mit in der Regel hohem Suchtpotential) erzwingen
- Strafgefangene möchten ihre Versetzung in eine andere Vollzugsanstalt erzwingen
- Untersuchungsgefangene möchten den Untersuchungsrichter "erschrecken" oder "unter zeitlichen Druck setzen".

Sprachliche Barrieren machen es für uns oft recht schwierig, das Suizidrisiko richtig einzuschätzen. Wir befürworten einen Haftunterbruch vor allem dann, wenn Suizidankündigungen oder ernste Selbstbeschädigungen im Zusammenhang mit einer Haftpsychose (hysterisch, depressiv oder paranoid-halluzinatorisch gefärbt) auftreten. Vorsichtig sind wir auch bei jüngeren Tätern, die das 20.te Altersjahr noch nicht zurückgelegt haben - es betrifft dies recht häufig Drogenabhängige, die ohnehin vermehrt suizidgefährdet sind.
Zurückhaltender sind wir hingegen, wenn demonstrative oder rein erpesserische Momente überwiegen. Hierzu zwei Beispiele:
Ein aus Sizilien stammender Untersuchungsgefangener (Drogendelinquenz) fügte sich an b e i d e n Vorderarmen volar mehrere nicht allzu tief reichende Schnittwunden zu. Zur Steigerung der von ihm angestrebten Dramaturgie schwang er seine beiden mässig blutenden Arme im Kreis herum, was eine erhebliche und eindrucksvoll wirkende Blutverspritzung der gesamten Zelle zur Folge hatte.

Ein anderer südamerikanischer Häftling bereitete sich eine Strangulationsschlinge vor, in welche er sich just fallen liess, als der Aufseher die Zellentür öffnete, um das Mittagsmahl zu bringen. Der Gefangene war anschliessend scheinbar bewusstlos, indessen konnten am Hals bei der unmittelbar darauf erfolgenden ärztlichen Untersuchung keinerlei Strangulationsspuren festgestellt werden.

Zusammenfassung

Die Anzahl ausländischer Häftlinge hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Vor allem zugenommen haben Gefangene aus anderen, uns wenig vertrauten Kulturkreisen. Diese Zunahme ist zweifellos in Zusammenhang mit der internationalen Drogenszene (es werden immer mehr Dealer verhaftet) zu sehen.

Die Anzahl der Gutachten, die sich zur generellen Haftfähigkeit äussern sollen, hat leicht zugenommen; es werden diesbezüglich etwas mehr Ausländer als Schweizer begutachtet.

Sehr viel häufiger haben wir uns zur Frage der momentanen Haftfähigkeit(un)fähigkeit zu äussern - dies in erheblich zunehmendem Masse bei exotischen Häftlingen.

Die psychiatrische Beurteilung von Häftlingen aus anderen Kulturkreisen (der Begriff "exotischer Häftling" soll hier keineswegs abwertend verstanden werden !) ist oft recht schwierig und auch zeitraubend. Sprachliche Barrieren verunmöglichen oft ein differenziertes, in die Tiefe gehendes Gespräch. Der Zuzug von Dolmetschern kann uns immerhin helfen, rascher eine Stellungnahme inbezug auf die zu treffenden Massnahmen (Haftunterbruch und Klinikeinweisung) zu beziehen.
Zufolge sprachlicher Schwierigkeiten ist häufig eine sichere Diagnosestellung nicht möglich.
Wir meinen allerdings, dass eine genaue Diagnose in den meisten Fällen gar nicht notwendig ist - entscheidend für unser Handeln ist der Schweregrad des psychopathologischen Zustandsbildes.
Leider ist gerade bei uns weitgehend unvertrauten exotischen Häftlingen der "Schweregrad" des von ihnen gezeigten Krankheitsbildes schlecht abzuschätzen.
Besonders verantwortungsvoll ist die Einstufung des Suizidrisikos. - Im Zweifelsfall erfolgte stets die Klinikeinweisung.

Es ist eine sehr undankbare Aufgabe für Psychiater, Simulanten oder gar "Lügner" zu entlarven, vor allem dann, wenn es aus sprachlichen Gründen unmöglich ist, psychotherapeutische Gespräche zu führen.
Auch hinter grob-theatralischer und appellativer Simulation mag sich gelegentlich schweres psychisches Leiden eines hilfesuchenden Häftlings verbergen. Vor allem Angehörige mediterraner Völker neigen dazu, auch in echten Notlagen vorwiegend "hysterische Register" zu ziehen. Nicht immer werden solche Symptome richtig verstanden und oft wird dahinterstehende Suizidalität nicht rechtzeitig erkannt.
In Gefängnissen finden wir also einerseits raffinierte, berechnende Simulanten und andererseits "psychisch eben doch erheblich angeschlagene" Simulanten. Fürwahr keine leichte Aufgabe, hier immer richtig zu unterscheiden !

Hysterische Persönlichkeiten - auch wenn sie ein Leiden simulieren - behandeln wir wie "echt" Kranke, also wie z.B. Psychotiker.

Wir gehen auf ihre sichtbaren oder von ihnen geäusserten Symptome ein, wir offerieren ihnen Aussprachemöglichkeiten. In mehreren Fällen liessen sich auf diese Weise Klinikeinweisungen vermeiden.
Vor allem exotische Gefangene waren oft vollkommen im Unklaren darüber, was sie hier erwartet. Nicht wenige befürchteten wie in ihrem Heimatland schlecht behandelt, gefoltert oder gar umgebracht zu werden. Hier bringt eine Aussprache fast immer mehr als das Verschreiben beruhigender Medikamente.

Bei allen Klinikeinweisungen wurden die zuständigen Untersuchungsrichter oder der Gefängnisdirektor über den Sachverhalt - in keinem Falle übrigens zum Nachteil des Häftlings - informiert und über die Einweisungsgründe orientiert.

Es sind viele kleine Suizidhandlungen vorgekommen, die eher den Charakter einer aus Wut oder Verzweiflung heraus erfolgenden Affektabfuhr hatten, wir möchten in diesem Zusammenhang lieber von S e l b s t b e s c h ä d i g u n g sprechen. Das Ausmass der Selbstbeschädigung gibt aber niemals schlüssige Hinweise auf das tatsächlich vorhandene Suizidrisiko.

Im Verlaufe des letzten Jahres kam weder in der Strafanstalt Regensdorf noch im Bezirksgefängnis Zürich ein gelungener Suizid (eines unserer Patienten) vor.

Hingegen waren des öftern Häftlinge als hoch-suizidal zu betrachten, vor allem im Zusammenhang mit depressiven und paranoiden bzw. halluzinatorischen Haftrekationen.
Wir ziehen übrigens den Begriff "Haftreaktion" der Bezeichnung "Haftpsychose" vor. Die sog. Haftpsychosen sind ja in der Regel keine echten Psychosen im medizinischen Sinne, sondern abnorme psychische Reaktionen und Entwicklungen; sie sind somit Ausartungen der normalen Reaktionsmöglichkeiten auf das Hafterlebnis (Ausgleichs-, Flucht-, Auflehnungs-, Unterliegensreaktionen ins Pathologische, wobei Bilder von in populärem Sinne psychotischem Gepräge und weniger drastische Bilder ohne scharfe Grenze ineinander übergehen: depressive Reaktionen und Entwicklungen, allgemeine seelische Verkümmerung, "Zuchthausknalle", abnorme Gereiztheit und Reizbarkeit, Trotzreaktionen und chronische Vertrotzung, neurasthenische, hypochondrische, querulatorische, paranoische Entwicklungen, Wahnbildungen, halluzinatorische und paranoid-halluzinatorische Entwicklungen bzw. Episoden (Abgrenzung zur Schizophrenie !), psychogene Dämmerzustände, gelegentlich abnorme sexuelle Entwicklungen und last but not least vor allem bei exotischen Häftlingen teils eindrückliche hysterische Symptombildungen.

Weil wir mit exotischen Häftlingen meist unvertraut sind (wir kennen weder deren magischen Gedankeninhalte, deren religiösen Bindungen noch deren sozio-kulturellen Hintergründe), fällt es uns schwer, die obenerwähnte Grenze am richtigen Ort zu ziehen.

Die seinerzeit von H.Binder herausgearbeiteten Begriffspaare normal - abnorm / gesund - krank,finden zweifellos eine wohl von den meisten Psychiatern akzeptierte Auslegung *in unserem Kulturkreis*. Können wir aber Ausländer verschiedenster Herkunft gemäss unserer Kriterien beurteilen ?
Mit anderen Worten: wie eindrücklich müssen Symptome sein, bis wir einen Schweizer "hysterisch" nennen und welchen Schweregrad muss die Symptomatik erreichen, bis wir bei einem Süditaliener oder bei einem Tunesier diese Diagnose stellen ?

Solch unterschiedliche Interpretationen bzw. Auffassungen machen es mitunter so schwierig, die Entität eines Krankheitsbildes in Relation zu transkulturellen Faktoren zu sehen. Daraus ergeben sich letztlich auch die Schwierigkeiten in der Beurteilung der Hafterstehungsunfähigkeit.

LITERATUR

(1) Max O.Keller, forensisch-psychiatrischer Dienst der Universitätsklinik Burghölzli: "Haftfähigkeit und Verhandlungsfähigkeit aus der Sicht eines Psychiaters", in: Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht, 97. Jahrgang 1980, Heft 2, ab p. 188

(2) Al-Issa, I.: "Culture and Psychopathology", 1982, 448 p. cloth 108.10, beziehbar über Verlag Hans Huber AG, Zeltweg 6, 8032 Zürich

(3) Gaw E. (ed.): "Cross-cultural psychiatry", 1982, 366 p. ill. cloth 72.40, beziehbar über Verlag Hans Huber AG, Zeltweg 6, 8032 Zürich

(4) *Herrn Dr. med. P. Westdijk, psychiatrische Klinik Rheinau, sei an dieser Stelle für seinen unermüdlichen und aufopferungsbereiten Einsatz im Gefängnispsychiatrischen Dienst herzlich gedankt.*
Ebenso gebührt mein Dank meinem Chef, Herrn Dr. med. R.Knab, ärztlichem Direktor der Klinik Rheinau, dem die Supervision des gefängnispsychiatrischen Dienstes obliegt und der uns zu unserer Arbeit wertvolle Anregungen gab.
Dankbar sind wir aber auch für die Zusammenarbeit mit dem gefängnisärztlichen Dienst der Strafanstalt Regensdorf (Dr.med. P. Pestalozzi) und den Aerzten der medizinischen Poliklinik des Universitätsspitals Zürich, die im Bezirksgefängnis Zürich Untersuchungshäftlinge betreuen (Oberarzt Dr. med. Ch. Graf sowie Assistenzarzt Dr. Eichenberger).

(5) Vgl. Kreisschreiben der Staatsanwaltschaft Zürich von 28.Juli 1982 (Dr. Trinkler): Umformulierung der an den psychiatrischen Experten gerichteten Fragen betr. die Straf- bzw. Hafterstehungsfähigkeit.

Résumé

Le nombre de détenus étrangers a sensiblement augmenté ces dernières années, surtout les détenus provenant de régions culturels peu connues. Cette croissance joue certainement un rôle dans le phénomène de la drogue internationale. Le nombre d'expertises devant juger l'aptitude à subir une peine a légèrement augmenté. On constate en effet qu'il y a nettement plus d'étrangers que de suisses qui sont expertisés. Nous devons donc nous exprimer beaucoup plus souvent quant à l'aptitude de subir une peine actuelle. L'expertise psychiatrique des détenus étrangers est relativement difficile. Les barrières linguistiques empêchent souvent un entretien différencié et nuancé. Toutes ces difficultés ne permettent souvent pas de poser un diagnostic. Pour un psychiatre de découvrir un "simulateur" ou un "menteur" lors d'entretien psychothérapeutique impossible, est une tâche ingrate, peu gratifiante, car derrière une simulation théatrale peut se cacher une souffrance psychique grave. Selon certaines mentalités, on rencontre des détenus ayant des comportements hystériques dans des situations psychiques graves. Dans les prisons nous sommes confrontés avec des simulateurs calculateurs et des simulateurs psychiquement souffrants. Les personnes hystériformes, même si elles simulent leurs souffrances, sont traitées comme de vraies malades, par exemple comme des psychotiques. On a souvent vu de petits comportements suicidaires qui avaient le caractère d'une décharge affective et présentés sous forme d'auto-mutilation. Au cours de l'année passée, que ce soit au pénitencier de Regensdorf où à la prison du district de Zurich, aucun suicide n'a réussi. Cependant on a souvent vu des détenus super-suicidaires, résultat de réactions carcérales chez des personnalités dépressives, paranoïdes et hallucinatoires.
Du fait que les détenus étrangers (exotiques) sont peu connus (nous ne cannaissons ni leurs pensées magiques, ni leurs liaisons religieuses, ni leurs arrière-fonds socio-culturels) nous avons beaucoup de difficultés pour diagnostiquer leurs états de santé. Les notions de H. Binder, normales, anormales/saines, malades, trouvent certainement une interprétation acceptable pour la plupart des psychiatres dans notre contexte culturel. Mais peut-on juger des détenus d'origines diverses selon nos critères? En d'autres termes, de quelle nature doivent être les symptômes pour diagnostiquer une hystérie chez un suisse et de quelle importance doivent être ces mêmes symptômes pour poser le même diagnostic chez un italien du Sud ou un Tunisien. Ces différentes interprétations compliquent l'entité d'un symptôme de maladie en relation avec des facteurs transculturels, d'où résultent les difficultés quant à la décision de déclarer un détenu apte ou inapte à subir une détention.