

Simulation von psychischen Störungen bei Häftlingen

Autor(en): **Noll, Thomas / Dubno, Benjamin**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizerische Zeitschrift für Kriminologie = Revue suisse de criminologie = Rivista svizzera di criminologia = Swiss Journal of Criminology**

Band (Jahr): **13 (2014)**

Heft 1

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1050751>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Thomas Noll, Benjamin Dubno

Simulation von psychischen Störungen bei Häftlingen

Zusammenfassung

Die Simulation von psychischen Störungen bei Häftlingen ist ausserordentlich häufig, wird aber selbst in Spezialistenkreisen nur sehr zurückhaltend diskutiert. Der nachfolgende Beitrag erläutert Gründe und Prävalenz der Simulation sowie Möglichkeiten zur Diagnostik. *Schlüsselwörter:* Simulation, psychische Störungen, Häftlinge, Symptome.

Résumé

La simulation de dérangements psychiques est exceptionnellement fréquent parmi les détenus, mais n'est discuté que très rarement même par les spécialistes. La contribution suivante illumine les raisons et la prévalence de la simulation ainsi que des possibilités de sa diagnose. *Mots-clés:* Simulation, dérangements psychiques, détenus, symptômes.

Summary

Simulation of mental disorders is extremely frequent among prisoners but only reluctantly discussed even by specialists in this field. The following contribution explains the reasons and prevalence of simulation and possibilities for its diagnosis. *Keywords:* Simulation, mental disorders, prisoners, symptoms.

*Glauben Sie doch Herr Richter
Meine Venen werden dichter
Aufgrund der Gefässverengnis
Kann ich nicht ins Gefängnis*

*zuerst Verbrechen verüben
dann Gebrechen einüben
Haft sind doch keine Ferien
Auch ohne Kalkarterien
Freiheit kann man nicht begründen
Mit Leid, das war frei erfunden
(B. Dubno)*

Einleitung

New York City, 2003: Vor einem Gericht in Brooklyn wurde endlich das Rätsel um den vermeintlich dementen Mafioso und das Ober-

haupt der «Genovese-Familie» Vincent «The Chin» Gigante gelöst. Nachdem er Jahre damit verbracht hatte, murmelnd und sabbernd, in Bettlaken gehüllt, durch die Strassen Manhattans zu wandern,¹ gestand er vor Gericht, alle Symptome simuliert und somit sämtliche psychiatrischen Gutachter getäuscht zu haben. Diese hatten ihn zwischen 1990 und 1997 im Rahmen verschiedener Untersuchungen seiner Verhandlungsfähigkeit zahlreiche Male evaluiert und unterschiedliche Formen von Demenz diagnostiziert. Gigantes Geständnis wurde am Tag vor dem Prozess abgegeben, in welchem die Staatsanwaltschaft vorhatte, Aufzeichnungen seiner Telefongespräche mit Freunden und Verwandten zu präsentieren. Rätselhaft am Ganzen bleibt, wie es Gigante gelingen konnte, so viele renommierte Psychiater und Neuropsychologen zu täuschen – darunter nicht nur einen Harvard-Professor für Psychiatrie und fünf Präsidenten der Vereinigung «The American Academy of Psychiatry and Law», sondern sogar den Entwickler eines der gebräuchlichsten Tests zur Detektion von Simulation. Alle Spezialisten, die Gigante untersucht hatten, wurden gefragt, ob es eine Möglichkeit gebe, dass Gigante die Demenzsymptome bloss vortäusche. Die meisten antworteten mit Nein, alle Symptome sprächen für eine Demenz. Nachdem Gigante die Simulation gestanden hatte, reagierten die Spezialisten defensiv: Ein Arzt sagte: «The guy on the tapes is not the one I examined». Ein anderer spekulierte, dass Gigante gleichzeitig dement und ein Simulant sein könnte. Dr. Brodie von der New York University School of Medicine bat schliesslich seine Kollegen öffentlich, doch bitte zuzugeben, dass sie einem Simulanten auf den Leim gekrochen seien.²

Obwohl das Verstecken real existierender psychischer Störungen viel häufiger ist, kommt auch das Gegenteil vor. Im offiziellen Diagnosemanual der WHO, dem ICD-10 (WHO, 2011), wird die Simulation nicht als Diagnose aufge-

1 Auf youtube können Aufnahmen dieser Spaziergänge angesehen werden. Dort wird auch beschrieben, wie ein Polizist bei einem unangekündigten Spontanbesuch Gigante in Finken und mit einem Regenschirm unter der Dusche stehend vorfand: <http://www.youtube.com/watch?v=TqzCYfcHvYw>.

2 New York Times, Andy Newman, 13.4.2003.

führt, sondern lediglich im Kapitel der «Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen» genannt. Definiert wird die Simulation (ICD-10 Z76.5) im Manual als «absichtliches Hervorrufen oder Vortäuschung körperlicher oder psychischer Symptome oder Behinderungen in Belastungssituationen oder aus anderen äusseren Gründen». Zu den häufigsten Gründen für Simulation gehören gemäss ICD-10 «die Vermeidung von Strafverfolgung, das Erlangen illegaler Drogen, das Vermeiden von Militärdienst oder gefährvollen militärischen Einsätzen sowie der Versuch, finanzielle Vorteile durch das Kranksein oder bessere Lebensbedingungen (z.B. Wohnung) zu erreichen». Im gerichtlichen und militärischen Umfeld ist die Simulation im Gegensatz zum regulären zivilen Umfeld laut ICD-10 relativ häufig. Vor allem während Kriegen schnellen die Prävalenzzahlen der Simulation in die Höhe. Während des 2. Weltkrieges wurden in Europa schätzungsweise 16 Milliarden Anleitungen zur Simulation bei den jeweiligen Gegnern verbreitet – getarnt als Streichholzbriefchen («Better a few weeks ill than all your life dead») oder in Form von Reklame-Broschüren mit detaillierten Rezepten für Rückenschmerzen, Lähmungen, Durchfall, Hauterkrankungen, Gelbsucht usw. (Taverna, 2000).

Diagnostisch muss die Simulation von anderen Verhaltensweisen unterschieden werden. Im Vordergrund steht differenzialdiagnostisch v. a. die artifizielle Störung³ (oder das Münchhausen-Syndrom, wie sie auch genannt wird). Diese ist, ebenso wie die Simulation, charakterisiert durch das willentliche Vorspielen von Symptomen. Motiv ist dabei aber nur der Wunsch, sich in die Rolle des «Kranken» zu begeben. Dieser Wunsch geht bisweilen soweit, dass «die betreffende Person sich selber Schnittverletzungen oder Schürfwunden zufügt, um Blutungen zu erzeugen oder sich selbst toxische Substanzen injiziert. Die Nachahmung von Schmerzen und das Bestehen auf dem Vorhandensein von Blutungen können so überzeugend und hartnäckig sein, dass wiederholt Untersuchungen und sogar Operationen in verschiedenen Krankenhäusern oder Ambulanzen durchgeführt werden, trotz mehrfach negativer Befunde».⁴ Finanzielle und sonstige externe Motive schliessen das Münchhausen-Syndrom also aus und sprechen eher für Simulation.

Schliesslich gibt es noch das sogenannte «Ganser-Syndrom»,⁵ das erstmals vom deutschen Psychiater Siegbert Ganser zur Beschreibung von Häftlingen verwendet wurde, die mit einer hysteriformen Reaktion versuchten, die Strafverfolgung zu umgehen (Cosgray & Fawley, 1989). Demgegenüber wird das Ganser-Syndrom heute zu den sogenannten Konversionsstörungen gezählt. Es ist gekennzeichnet durch ein «Vorbeiantworten» – das heisst, der Patient geht nicht auf die Frage ein, sondern antwortet auf eine inhaltlich andere Frage, obwohl aus der Situation ersichtlich ist, dass er die Frage verstanden hat. Es wird beim Ganser-Syndrom eine psychogene Ursache vermutet. Die Diagnose ist heute umstritten.

Dem Arzt, der bei einem Patienten Simulation feststellt, wird oft mehr oder weniger offen politisch inkorrektes Verhalten vorgeworfen – erst recht, wenn der Patient ein Häftling ist, da es sich dabei unbestrittenermassen in mehr als einem Sinn um eine besonders vulnerable Population handelt. Sogar in eindeutigen Situationen mit klassischer Symptomatik wird Simulation von Psychiatern nur sehr zurückhaltend und widerwillig identifiziert (Yates et al., 1996) aus der Befürchtung heraus, vom Patienten angegriffen zu werden oder mit der «Diagnose» falsch zu liegen: Die unzutreffende Identifizierung der Simulation kann zur Stigmatisierung des Patienten und zum Ausbleiben einer dringend benötigten Behandlung führen (Kropp & Rogers, 1993).

Warum ist es dennoch wichtig, Simulanten zu entdecken? Die zahlenmässig rasant ansteigende Population an Straf- und Massnahmefangenen in Verbindung mit der Pflicht des Staates, kranke Personen in seiner Obhut lege artis zu behandeln,⁶ lassen keinen Spielraum für Simulationen. Die finanziellen Ressourcen für intramurale Behandlungen sind limitiert und müssen daher für diejenigen reserviert bleiben, die wirklich eine Behandlung benötigen.⁷ Im Übrigen kann das Nichtentdecken einer Simulation im psychiatrischen Bereich schwerwiegende gesundheitliche Folgen haben

3 ICD-10 F68.1.

4 ICD 10 F68.1.

5 ICD 10 F44.80.

6 Art. 75 Abs. 1 StGB.

7 Gerade die medikamentöse Behandlung von psychotischen Störungen, die von den Häftlingen verhältnismässig häufig simuliert werden, ist sehr kostspielig.

(Pierre et al., 2004): Der Einsatz antipsychotischer Medikamente bei einem Simulanten – das heisst einem Gesunden – kann zum Teil irreversible Nebenwirkungen haben, wie etwa tardive Dyskinesien, die u. a. in der Gesichtsmuskulatur zu irreversiblen und entstellenden Kontraktionen führen können. Diese schwerwiegenden Nebenwirkungen sind jedoch heutzutage seltener, dass sie bei den modernen Neuroleptika nicht vorkommen. Doch auch diese können gravierende Nebenwirkungen zeigen, z. B. das sogenannte extrapyramidale Syndrom, das in seiner motorischen Symptomatik sehr der Parkinsonkrankheit gleicht.

Am schwierigsten ist die Unterscheidung zwischen Simulation und Krankheit jedoch bei den somatoformen Störungen. Bei den Eingangskriterien für die somatoformen Störungen in ICD-10 steht: *Das Charakteristikum der somatoformen Störung ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Sind aber irgendwelche körperlichen Symptome vorhanden, dann erklären sie nicht die Art und das Ausmass der Symptome oder das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten...* Bei diesen Störungen besteht häufig ein gewisses aufmerksamkeitsuchendes (histrionisches) Verhalten, besonders bei Patienten, die empfindlich darauf reagieren, dass es ihnen nicht gelungen ist, Ärzte von der grundsätzlich körperlichen Natur ihrer Erkrankung und der Notwendigkeit weiterer Nachforschungen und Untersuchungen zu überzeugen. Bei der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ist ein andauernder schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann, die vorherrschende Beschwerde. Diese Patienten tendieren ausgeprägt zur Aggravation – d. h. zum Übertreiben real existierender Symptome. Erstens fühlen sie sich oft nicht ernstgenommen und versuchen so, mehr Eindruck zu machen. Dies ist jedoch oft kontraproduktiv. Die Betroffenen stammen vermehrt aus Regionen und Ländern, die eine andere, darbietendere Leidkultur als

Mitteleuropäer haben. Bei der somatoformen Schmerzstörung wird von einer willentlichen Überwindbarkeit ausgegangen. In der Rechtsprechung haben sich zur besseren Beurteilung die Foersterkriterien etabliert (Winckler & Foerster, 1996).⁸

Prävalenz

Die Schätzungen zur Prävalenz von Simulanten unter den Häftlingen variieren stark. Das hängt mit der Prüfungsmethode zusammen, aber auch mit der Definition der Simulation. Teilweise wird die Aggravation ebenfalls zur Simulation gezählt, was jedoch nicht korrekt ist. Ein weiterer Grund für die unterschiedlichen Prävalenzzahlen ist die Tatsache, dass z. T. nicht unterschieden wird zwischen der Inhaftierung vor dem Urteil und dem Strafvollzug nach dem Urteil. Simulation im Vollzug – etwa zwecks Verlegung in eine Krankenstation – ist deutlich häufiger als die Simulation zur Vortäuschung von Verhandlungs- oder Schuldunfähigkeit vor Strafantritt (McDermott et al., 2013). Die untere Prävalenzgrenze ergibt sich aus einer Studie, die in einer Serie von 314 aufeinanderfolgenden Evaluationen eine Inzidenz von 8% Simulationen feststellte (Cornell & Hawk, 1989). Eine andere Studie untersuchte eine Stichprobe von 72 Gefängnisinsassen, die eine psychische Symptomatik beklagten, und kam auf eine Simulationsprävalenz von 46% (Walters, White & Greene, 1988). McDermott et al. fanden 2013 bei einer Strafvollzugspopulation eine Simulationsrate von fast $\frac{2}{3}$ aller Häftlinge (64,5%). Das Gros der Studien belegt aber Raten, die sich zwischen 10 und 25% bewegen (Walters, 2011; Heinze, 2003; Lewis et al., 2002; Rogers et al., 1998). Das schiere Ausmass dieses schädlichen Verhaltens verbietet also, es einfach zu verschwiegen oder zu ignorieren. Genau das scheint aber zumindest in der Schweiz gemacht zu werden. Es existieren zur Simulation in Schweizer Gefängnissen leider noch keine empirischen wissenschaftlichen Studien, und auch in der Praxis wird das Verhalten der Simulation wenig thematisiert. Ein zunehmendes Interesse an der Thematik ist allerdings zu beobachten: Wissenschaftliche Arbeitsgruppen wie in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich und den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel widmen sich den Themen der Objektivierung von Befunden in der foren-

⁸ Vgl. dazu auch die bundesgerichtliche Rechtsprechung: BGE 130 V 352.

sischen Psychiatrie, insbesondere mit neurobiologischen und impliziten neuropsychologischen Verfahren. Auch beobachten Experten eine Zunahme der gerichtlichen Aufträge für die Begutachtung mit der expliziten Fragestellung nach Simulation in einem strafrechtlichen Kontext.⁹

Gründe für Simulation

Wie gesagt, liegt bei der Simulation eine externe Motivation vor. Ist die Motivation intrinsisch, liegt eher eine artifizielle Störung (Münchhausen-Syndrom) vor. In der Vollzugspraxis zählen zu den häufigsten extrinsischen Motivatoren: das Vermeiden von Arbeit, das Erschleichen von psychoaktiven Medikamenten, die Verlegung in eine psychiatrische Klinik (McDermott & Sokolov, 2009), von wo aus eine Flucht einfacher ist, Versuche, das Anstaltspersonal zu frustrieren (Vitacco & Rogers, 2005) sowie das Vortäuschen einer Hafterstehungsunfähigkeit. In den vergangenen Jahren sind auch zunehmend Versuche von Ausländern in Administrativhaft zu beobachten, die mit simulierten Störungen versuchen, ihre Ausschaffung zu verhindern, wobei die Ausschaffung auch tatsächlich ein grosser psychischer Stressor sein kann. Etwas seltener als die Simulationen in der Administrativhaft oder im Strafvollzug sind diejenigen im Strafverfahren (McDermott et al., 2013). Dabei geht es in der Regel um das Vortäuschen einer Verhandlungsunfähigkeit (im Vorverfahren) oder einer Schuldunfähigkeit (im Haupt- resp. Rechtsmittelverfahren).

Bei der Betrachtung dieser häufigsten Simulationsmotivatoren stellt sich schnell die Frage, inwiefern die Simulation mit dissozialer Symptomatik korreliert. Auch der Zusammenhang mit Psychopathie scheint intuitiv gegeben, weil das täuschende Verhalten ein klinisches Hauptmerkmal der Psychopathie ist. Die Suche nach einer Korrelation zwischen Simulation und dissozialer resp. psychopathischer Persönlichkeitsstörung war das Ziel verschiedener wissenschaftlicher Studien (Gacono et al., 1995; Marion et al., 2012; Poythress et al., 2001; Kucharski et al., 2006; McDermott & Sokolov, 2009). Trotz nicht gänzlich deckungsgleicher Ergebnisse scheint sich die Wissenschaft weitgehend darin einig zu sein, dass kein oder nur ein schwach signifi-

kanter Zusammenhang besteht.¹⁰ Dies ist relevant im Lichte der Empfehlung im DSM-5¹¹ bei Patienten mit dissozialer Persönlichkeitsstörung immer die Möglichkeit einer Simulation zu berücksichtigen.

Fallbeispiel

Der 28-jährige N. wurde zur Abklärung seiner Verhandlungsfähigkeit in eine gesicherte forensische Abteilung eingewiesen. Er wurde mehrfach wiederholter und schwerer Verstösse gegen das Betäubungsmittelgesetz beschuldigt, und der Antrag der Staatsanwaltschaft lautete auf 15 Jahre Freiheitsentzug. Den Ärzten und dem Pflegepersonal gegenüber beschrieb N. sofort nach seiner Einweisung äusserst atypische Perzeptionen. So gab er an, Ninjas zu sehen und faulige Gerüche zu riechen. Im Eintrittsbericht war zu lesen: «Kurz gesagt: Herr N. bestätigte jedes psychotische Symptom, über das er gefragt wurde.». Wegen Verdachts auf Simulation wurde bei N. das «Structured Interview of Reported Symptoms» (SIRS)¹² angewendet. Die Testresultate deuteten darauf hin, dass N. simulierte. Er bejahte das Vorliegen einer grossen Anzahl von seltenen Symptomen aus den unterschiedlichsten Störungsbildern. Bei den meisten Symptomen gab er die Ausprägung als «sehr stark» an. Und obwohl er bei der Eintrittserhebung erklärte, nichts über das Rechtssystem zu wissen, diskutierte er mit dem Personal oft über juristische Konstrukte, die es ihm ermöglichen sollten, eine Bestrafung zu umgehen (Vitacco & Rogers, 2005).

Identifizierung

In der Praxis sind die meisten Fälle von Simulation im Strafverfahren und –vollzug ähnlich leicht zu durchschauen wie im obigen Beispiel. Dennoch kommt es auch immer wieder vor,

⁹ Informelle Aussage von Dr. Marc Graf, Klinikdirektor Forensisch-Psychiatrische Klinik Basel.

¹⁰ Eine Ausnahme bildet die Studie von Gacono et al., 1995. Ihre Funde zeigen auf, dass in einer Stichprobe von 18 schuldunfähigen Straftätern, die später zugegeben haben, ihre Symptome simuliert zu haben, dissoziale und psychopathische Attribute deutlich häufiger waren als in einer Kontrollgruppe.

¹¹ APA, 2013.

¹² Rogers et al., 1992.

dass ein Simulant äusserst geschickt vorgeht und alle Spezialisten an der Nase herumführt, wie dies Vincent Gigante jahrelang gelungen ist. Die Identifizierung wird dadurch erschwert, dass von den Simulanten oft Störungen gewählt werden, die durch Laborwerte oder bildgebende Verfahren nicht objektivierbar sind. Dazu gehören v.a. psychiatrische, neurologische und rheumatologische Störungen. So klagten Simulanten häufig über Kopfweh, diffuse Schwächezustände oder rheumatologische Schmerzen aller Art, wobei Rückenschmerzen zu den am häufigsten geäusserten Beschwerden von Simulanten gehören.¹³ Eine weitere Schwierigkeit bei der Identifizierung von Simulation ist die Abgrenzung zur Aggravation, also die übertriebene Darstellung real existierender Symptome – in der Regel, um kränker zu erscheinen, als man es wirklich ist. In einem solchen Fall würde die alleinige Feststellung des simulierten Anteils der Gesamtsituation nicht gerecht.

Im nordamerikanischen Raum, wo statt des ICD-10 als Diagnosemanual das DSM-5 verwendet wird, ergibt sich ein weiteres Problem bei der Identifizierung von Simulanten im Strafvollzug. Gemäss DSM-5 V65.2 besteht der starke Verdacht auf Simulation («malingering»), wenn mindestens zwei der folgenden vier Kriterien vorliegen:

1. Die Symptome werden in einem medico-legalen Kontext präsentiert.
2. Es besteht eine deutliche Diskrepanz zwischen der angegebenen subjektiven Belastung und den objektivierbaren Befunden.
3. Es liegt eine mangelhafte Compliance bei der Diagnoseerhebung oder bei der medikamentösen Behandlung vor.
4. Der Patient hat eine dissoziale Persönlichkeitsstörung.

Im Strafvollzug sind Kriterium 1 immer und Kriterium 4 sehr häufig gegeben. Ein alleiniges Abstützen auf das DSM-5 bei der diagnostischen Evaluation von Häftlingen würde somit zu einer massiven und potentiell gefährlichen Überidentifizierung von Simulation in Gefängnissen führen. Daher ist es gerade für forensische Psychiater im nordamerikanischen Raum besonders wichtig, sich bei der Identifizierung von Simulanten auf Hilfsmittel wie Screening- und Evaluationsinstrumente abzustützen.

SIRS

Das in den USA am häufigsten verwendete Evaluationsinstrument für Simulation psychischer Symptome ist das «Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS)»,¹⁴ respektive das SIRS-2.¹⁵ Es besteht aus einem strukturierten Interview mit 172 Items und dauert zwischen 30 und 45 Minuten. Die Items sind auf 8 primäre Skalen und 5 Ergänzungsskalen aufgeteilt. Die Ergänzungsskalen kommen erst zur Anwendung, wenn die primären Skalen zur Identifizierung einer Simulation nicht ausreichen. In den einzelnen Skalen werden Phänomene erfasst wie «unwahrscheinliche oder absurde Symptome», «widersprüchliche Darstellung», «seltene Symptome», «präsentierte versus beobachtete Symptome» oder «überspezifische Symptome». Wenn jemand auf einer Primärskala in den «definitiven Bereich» gelangt oder auf mind. 3 Primärskalen in den «wahrscheinlichen Bereich», kann von einer Simulation ausgegangen werden.

Selbst die Entwickler des SIRS betonen, dass die Anwendung eines Evaluationsinstruments klinische Erfahrung nicht ersetzt (Vitacco & Rogers, 2005). Wie beim Einsatz von forensischen Prognoseinstrumenten sollten sich also auch hier Expertise und validiertes Instrument gegenseitig ergänzen. Auf diese Weise angewendet, gilt das SIRS als valide und zuverlässige Methode zur Identifizierung von Simulanten (Gothard et al., 1995; Rogers, 2001), obwohl die Sensitivität des Instruments mit einer Trefferquote von 48,5% beschränkt ist, wie das Manual des Instruments selber festhält.¹⁶ Als weitere Schwäche des SIRS wird genannt, dass es viel Zeit und gut ausgebildete Interviewer erfordert (Cima et al., 2003). Ausserdem gibt es das Instrument (noch) nicht in deutscher Ver-

¹³ Dieser Beitrag fokussiert auf die Simulation psychischer Störungen, weil sie zu den häufigsten in Strafverfahren und Strafvollzug gehören und dem Autor der Einbezug somatischer Aspekte aufgrund fehlender professioneller Expertise nicht zusteht.

¹⁴ Rogers et al., 1992.

¹⁵ Rogers et al., 2010.

¹⁶ Eine geringe Sensitivität eines Instruments bedeutet, dass verhältnismässig viele Probanden, die die gesuchte Symptomatik aufweisen, nicht erfasst werden. Ein Screening-Test sollte also eine hohe Sensitivität aufweisen. Der Nachteil einer hohen Sensitivität ist, dass nicht bei allen, die erfasst werden, auch tatsächlich die gesuchten Symptome vorliegen (viele «falsch Positive»). Dem gegenüber vermag ein Test mit hoher Spezifität die Quote der «falschen Alarme» zu senken, dafür ist hier der Anteil derjenigen, bei denen der Test nicht angibt, obwohl die Symptomatik vorliegt («falsch Negative»), grösser als bei einem Test mit hoher Sensitivität.

sion.^{17, 18} Auf Deutsch gibt es neben einzelnen hochspezifischen Tests zur Detektion der Vortäuschung konkreter Störungsbilder sowie spezifischer Simulationssituationen nur das «Structured Inventory of Malingered Symptomatology: SIMS» (Smith & Burger, 1997), das 2003 von Cima et al. aus dem Englischen übersetzt wurde. Dabei handelt es sich allerdings nicht um ein Evaluations- oder Diagnoseinstrument, sondern nur um ein Screening-Verfahren. Es geht somit beim SIMS darum, Individuen mit realen Störungen auszuscheiden und nicht um die positive Identifizierung von Simulanten. Als Screening-Instrument ist das SIMS – resp. dessen deutsche Version SFSS (strukturierter Fragebogen simulierter Symptome) – zuverlässig und valide (Cima et al., 2003).

Hinweise auf Simulation

Es gibt eine Reihe von Symptomen, die in der Fachliteratur immer wieder als Indikatoren für das Vorliegen einer Simulation aufgeführt werden (Vitacco & Rogers, 2005; Resnick & Knoll, 2005; McDermott & Sokolov, 2009). Grob gesagt handelt es sich um die Symptomatik, die mit den verschiedenen Skalen des SIRS erfragt wird. Als Indizien für Simulation gelten:^{19, 20}

- *Seltene Symptome*: Da Simulanten in der Regel keine psychiatrische oder psychologische Ausbildung genossen haben, wissen sie meist nicht, welche Symptome bei echten Störungen wie häufig sind.
- *Unwahrscheinliche Symptome*: Laut Rogers übertreiben etwa $\frac{1}{3}$ aller Simulanten in dramatisch anmutender Weise die Symptome realer Störungen, sodass es ein bizarres oder phantastisches Ausmass annimmt. Eine mögliche Frage des Interviewers könnte hier lauten: «Wenn Leute mit Ihnen sprechen, sehen Sie dann die gesprochenen Wörter ausgeschrieben?»²¹ oder: «Waren Sie jemals der Meinung, dass Autos Mitglieder einer organisierten Religion sind?»²²
- *Unwahrscheinliche Symptom-Kombinationen*: z.B. starke Ängstlichkeit und unnatürlich langer Schlaf als gleichzeitige Beschwerden.
- *Starke Ausprägung der Symptomatik*: Im Gegensatz zu realen Störungen, die sich in der Regel auf einem Kontinuum von geringer bis starker Ausprägung hin und her bewegen,

wird die Ausprägung simulierter Symptome meist als sehr stark angegeben.

- *Undifferenzierte Bejahung von Symptomen*: Wenn Simulanten eine Reihe von möglichen Symptomen präsentiert wird, geben manche von ihnen $\frac{2}{3}$ oder mehr der Symptome als bei ihnen vorhanden an.
- *Offensichtliche vs. subtile Symptome*: Simulanten konzentrieren sich meist auf die offensichtlichen Symptome und vernachlässigen die subtilen. Ein Insasse, der beispielsweise eine paranoide Schizophrenie simuliert, wird seine Halluzinationen lebhaft beschreiben. Nicht sichtbar wird aber der Mangel an Emotionen und Motivation sein, der oft mit einer Schizophrenie einhergeht.²³
- *Geschilderte vs. beobachtete Symptome*: Diese Inkongruenz kommt nicht nur bei Simulanten vor, denn realen Kranken fehlt es oft an Introspektion. So berichten auch sie gelegentlich von Symptomen, die stark von der klinischen Observation abweichen. Zur Differenzierung wird folgende Strategie vorgeschlagen: Wenn der Patient vom Untersucher auf die Inkonsistenz aufmerksam gemacht wird, kommt es beim Simulanten meist zu einer sofortigen Reduzierung der Widersprüche. Dem real Kranken gelingt höchstens eine diskrete Verbesserung der Inkongruenz.

Im Grundsatz basiert die Treffsicherheit der genannten Indizien ebenso wie der gebräuchlichen Evaluationsinstrumente auf dem Umstand, dass Simulanten zur allgemeinen Übertreibung und Über-Rapportierung der Symptome neigen. Eine Studie konnte aufzeigen, dass erfolgreiche Simulanten sich in der Schilderung ihrer angeblichen Beschwerden

17 Der Psychiater Stefan Lanquillon ist aktuell daran, eine deutsche Übersetzung des SIRS zu validieren.

18 Etwas nachdenklich mag es einen stimmen, dass einer der Entwickler des SIRS, Prof. R. Rogers, zu den Experten im einleitend geschilderten Fall von Vincent Gigante gehörte, die den Mafioso in verschiedenen Gutachten als dement und nicht simulierend beurteilt hatten.

19 Vgl. Vitacco & Rogers, 2005.

20 In der psychiatrischen Praxis haben sich auch etwas rustikalere Prüfungsmethoden entwickelt. So wurde früher einem Bewusstlosen bei entsprechendem Verdacht gelegentlich die eigene Hand über das Gesicht gehalten und fallen gelassen. Ein Simulant wird seine Hand kurz vor dem Auftreffen auf dem Gesicht meist ablenken.

21 Miller, 2001.

22 Rogers, 1987.

23 Diese sog. Negativsymptome liegen v. a. ausserhalb der akuten Psychose vor.

darin von den weniger erfolgreichen Simulanten unterscheiden, dass sie eine kleinere Anzahl und auch weniger abstruse Symptome bejahen (Edens et al., 2001). Sie wählen sich ein oder zwei Symptome aus und halten unbeirrbar an diesen fest (McDermott & Sokolov, 2009).²⁴

Rechtliche Überlegungen

In den Vereinigten Staaten wirkt sich das Simulieren einer psychischen Störung zur Vortäuschung einer Verhandlungs- oder Schuldunfähigkeit wegen «obstruction of justice» strafscharfend auf das Urteil aus.²⁵

Auch in der Schweiz stellt sich die Frage, ob dieses Verhalten nicht unter den Straftatbestand der Hinderung einer Amtshandlung (Art. 286 StGB) fällt. Fraglich ist auch, ob beim Vorspielen einer psychischen Störung nicht nur während des Strafverfahrens (also zum Vortäuschen einer Verhandlungsfähigkeit resp. Schuldunfähigkeit), sondern auch während des Strafvollzugs zwecks Erzwingung einer Verlegung in eine andere Vollzugsform Art. 286 erfüllt ist. Art. 80 StGB hält fest, dass die Strafe statt in einer Strafanstalt auch in einer «anderen geeigneten Einrichtung»²⁶ vollzogen werden kann, «wenn der Gesundheitszustand des Gefangenen dies erfordert». Dass die Tätigkeit des Strafgerichts, der Strafvollstreckungsbehörde oder des Anstaltsarztes unter dem Begriff der «Amtshandlung» fällt, scheint klar, denn es geht dabei um jede Handlung «innerhalb der Amtsbefugnisse» der Behörde, auch die amtlichen Handlungen von Mitgliedern und Angestellten der Judikative und Exekutive.²⁷ Eine «Hinderung» der Amtshandlung liegt

zwar bereits bei der Erschwerung derselben vor.²⁸ Allerdings wird bei den diskutierten Sachverhalten (Simulation einer psychischen Störung, um beispielsweise Verhandlungsunfähigkeit, Schuldunfähigkeit oder Hafterstehungsunfähigkeit vorzutäuschen) nicht *direkt* in den Ablauf der Amtshandlung eingegriffen, sondern diese lediglich beeinflusst, indem beim Amtsträger oder Behördenmitglied ein Irrtum hervorgerufen wird. Wer nicht die Amtshandlung selber hindert, sondern nur deren Ergebnis beeinflusst, bleibt straflos.²⁹ Bei Simulation liegt also auch dann keine strafbare Hinderung einer Amtshandlung nach Art. 286 StGB vor, wenn der Simulant mit seinem Verhalten erfolgreich eine Amtsperson oder ein Behördenmitglied zu seinen eigenen Gunsten täuscht.

Vielmehr muss bei diesem Verhalten von einer legitimen Selbstbegünstigung ausgegangen werden. Obwohl bei der Begünstigung nach Art. 305 StGB nicht von einem eigentlichen Erfolgsdelikt gesprochen werden kann, braucht es eine inhaltliche Erschwerung von erheblichem Gewicht.³⁰ Als Begünstigung gilt namentlich die Angabe falscher Informationen bei den Strafverfolgungsbehörden.³¹ Bezieht sich das begünstigende Verhalten nicht auf einen anderen, sondern auf sich selbst, handelt es sich um Selbstbegünstigung. Diese wird völlig unbestritten nicht von Art. 305 StGB erfasst und ist straflos.³² Analog zur Selbstbegünstigung durch falsche Angaben bei den Strafverfolgungsbehörden muss auch die Simulation zur Vortäuschung einer Verhandlungs-, Schuld- oder Hafterstehungsunfähigkeit als legitime Selbstbegünstigung gelten und entsprechend straflos bleiben.

Schlussbetrachtungen

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Simulation gerade in Gefangenenpopulationen ausserordentlich häufig ist. Dennoch wird dieses Problem bei Spezialisten nur mit grösster Zurückhaltung thematisiert, u. a. wegen teils offener, grösstenteils aber unerschweiliger Vorwürfe, insbesondere als zuständiger Arzt oder Therapeut, das Wohl des Häftlings nicht genügend zu berücksichtigen, oder bei Gutachtern, den Exploranden zu stigmatisieren. Bei den vorliegenden Prävalenzzahlen für Simulation von 10–25% aller

²⁴ Analog dazu die Methodik bei der Begutachtung der Glaubhaftigkeit einer Aussage, wo auch Unterschiede in der Selbstrepräsentation zur Differenzierung herangezogen werden, ebenso wie kognitiv-intellektuelle Leistungen bei nicht-erlebnisbasierten Aussagen.

²⁵ United States v. Batista, 483 F.3d 193 (3rd Cir. 2007); United States v. Binion, 132 Fed. Appx. 89 (8th Cir. 2005).

²⁶ Gemeint sind in erster Linie Spitäler aller Art, medizinische Reha-
bilitationszentren, Sozialheime etc. (Baechtold, 2009).

²⁷ Heimgartner, 2013, vor Art. 285, N 3.

²⁸ BGE 133 IV 102; 127 IV 117; 120 IV 139; Stratenwerth & Bommer, 2008, § 50 N 9; Flachsmann, 2013, Art. 286 N 1; Trechsel & Vest, 2013, Art. 286 N 2.

²⁹ BGE 103 IV 187ff.

³⁰ BGE 129 IV 138; Corboz, 2010, Art. 305 N 26; Delnon & Rüdi, 2013, Art. 305 N 23.

³¹ Stratenwerth & Bommer, 2008, § 55 N 10.

³² BGE 133 IV 103; 118 IV 260; 115 IV 320 ff; 96 IV 168; 73 IV 239; Donatsch & Wohlers, 2011.

Häftlinge liegt es auf der Hand, dass diese vornehme Zurückhaltung im Umgang mit dem Problem nicht angezeigt ist. Sie ist nicht nur aus lerntheoretischen Gründen kontraindiziert (wenn nicht eingegriffen wird, verstärkt sich das unerwünschte Verhalten), sondern auch unfair gegenüber der Mehrheit der sich korrekt verhaltenden Häftlinge. Daher sollten sich die Verantwortlichen vermehrt dieser Problematik stellen, bezüglich etwaiger Simulation eine gewisse Vigilanz entwickeln und gegebenenfalls auch entsprechende Evaluations- und Screeningtools anwenden. Dabei muss aber darauf geachtet werden, keine falsch-positiven Identifizierungen vorzunehmen, denn diese können für den betroffenen Häftling aufgrund fehlender Behandlung nicht nur unangenehm, sondern sogar gefährlich werden, wie untenstehendes Beispiel belegt. Dass die Gefahr falsch-positiver Identifizierungen eine realistische ist, zeigt eine Studie von Rogers aus dem Jahr 1990.³³ Bei der Anwendung der DSM-IV-Richtlinien³⁴ kamen auf jeden korrekt identifizierten Simulanten vier gutgläubige Häftlinge mit real existierenden Störungen, die falsch-positiv als Simulanten kategorisiert wurden. Wie gefährlich eine solche Fehlidentifizierung sein kann, zeigt ein berühmtes Beispiel auf:³⁵ 1895 wurde Oscar Wilde wegen seiner homosexuellen Beziehungen zu zwei Jahren Freiheitsstrafe mit Zwangsarbeit verurteilt. Durch die Haftbedingungen und Durchfälle verlor er in den ersten Monaten 30 Pfund an Gewicht und wurde sehr geschwächt. Als er sich einmal an einem Sonntag im Oktober 1895 sehr schlecht fühlte, bat er den Gefängnisarzt, liegenbleiben zu dürfen. Dieser hielt ihn für einen Simulanten und zwang ihn, an der Andacht in der Gefängnishalle teilzunehmen. Dort kollabierte Wilde und zog sich einen Schädelbruch mit Beteiligung des rechten Ohrs und Bewusstlosigkeit zu. Das rechte Ohr blutete, und es stellte sich eine über viele Monate anhaltende Ohrentzündung mit z. T. heftigen Schmerzen ein. Nach seiner Entlassung aus der Haft 1897 waren die Beschwerden vorübergehend gering, und Wilde bezog schliesslich nach einer Reise mit Freunden durch Frankreich und Italien ein kleines Appartement in einem Pariser Hotel. Im September 1990 traten wieder sehr heftige Ohrenschmerzen rechts auf, und Wilde wurde bettlägerig. Im Oktober nahm ein französischer Chirurg im Pariser Hotel eine Ohroperation vor, mit der aber der tödliche

Ausgang nicht aufgehalten werden konnte. Am 30. November 1900 erlag der berühmte Dichter im Alter von 46 Jahren seinem otogenen³⁶ Hirnabszess.

Literaturverzeichnis

- APA – American Psychiatric Association, *DSM-5, Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, American Psychiatric Publishing, Inc., Washington DC, London, 2013.
- Baechtold A., *Strafvollzug*, 2. Aufl., Stämpfli, Bern, 2009.
- Cima M., Hollnack S., Kremer K., Knauer E., Schellbach-Matties R., Klein B., Merckelbach H., *Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome, Nervenarzt*, 74, 2003, 977–986.
- Corboz B., *Les infractions en droit suisse, volume II*, 3^e édition, Stämpfli, Berne, 2010.
- Cornell D. G., Hawk G. L., Clinical presentation of malingerers diagnosed by experienced forensic psychologists, *Law and Human Behavior*, 13, 1989, 375–383.
- Cosgray R. E., Fawley R. W., Could it be Ganser's Syndrome? *Archives of Psychiatric Nursing*, 3, 1989, 241–245.
- Delnon V., Rüdi B., Art. 305 StGB, in: Niggli M., Wiprächtiger H. (Hrsg.), *Basler Kommentar zum Schweizerischen Strafgesetzbuch, Bd. II (Art. 111–392 StGB)*, 3. Aufl., Helbing Lichtenhahn, Basel, 2013.
- Donatsch A., Wohlers W., *Strafrecht IV, Delikte gegen die Allgemeinheit*, 4. Aufl., Schulthess, Zürich, 2011.
- Edens J. F., Guy L. S., Otto R. K., Buffington J. K., Tomić T. L., Poythress N. G., Factors differentiating successful versus unsuccessful malingerers, *Journal of Personality Assessment*, 77, 2001, 333–338.
- Feldmann H., Oscar Wilde. Medizinische Betrachtungen zu seinem 100. Todestag am 30. November 2000, *Laryngo-Rhino-Otologie*, 79, 2000, 698–702.
- Flachsmann S., Art. 286 StGB, in: Donatsch A. (Hrsg.), *StGB Kommentar*, 19. Aufl., Orell Füssli, Zürich, 2013.
- Gacono C. B., Meloy J. R., Sheppard K., Speth E., Roske A., A clinical investigation of malingering and psychopathy in hospitalized insanity acquittees, *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 23, 1995, 387–397.
- Gothard S., Viglione D. J., Meloy J. R., Sherman M., Detection of malingering in competency to stand trial evaluations, *Law and the Human Behavior*, 19, 1995, 493–505.
- Heimgartner S., Vor Art. 285 StGB, Art. 286 StGB, in: Niggli M., Wiprächtiger H. (Hrsg.), *Basler Kommentar zum Schweizerischen Strafgesetzbuch, Bd II (Art. 111–392 StGB)*, 3. Aufl., Helbing Lichtenhahn, Basel, 2013.
- Heinze M. C., Developing sensitivity to distortion: Utility of psychological tests in differentiating malingering and psychopathology in criminal defendants, *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 14, 2003, 151–177.

33 Rogers, 1997.

34 Vorgänger des aktuellen Diagnosemanuals DSM-V.

35 Feldmann, 2000.

36 Otogen = vom Ohr ausgehend.

- Kucharski L. T., Duncan S., Egan S. S., Falkenbach D. M., Psychopathy and malingering of psychiatric disorder in criminal defendants, *Behavioral Sciences and the Law*, 24, 2006, 633–644.
- Kropp P. R., Rogers R., Understanding malingering: motivation, method, and detection, in: Lewis M., Saarni C. (eds.), *Lying and deception*, Guilford, New York, 1993; zitiert in Resnick & Knoll, 2005.
- Lewis J. L., Simcox A. M., Berry D. T. R., Screening for feigned psychiatric symptoms in a forensic sample by using the MMPI-2 and the Structured Inventory of Malingered Symptomatology, *Psychological Assessment*, 14, 2002, 170–176.
- Marion B. E., Sellbom M., Salekin R. T., Toomey J. A., Kucharski L. T., Duncan S., An examination of the association between psychopathy and dissimulation using the MMPI-2-RF Validity Scales, *Law and Human Behavior*, 37, 2013, 219–230.
- McDermott B. E., Dualan I. V., Scott C. L., Malingering in the correctional system: Does incentive affect prevalence? *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 2013, 287–292.
- McDermott B. E., Sokolov G., Malingering in a correctional setting: The use of the Structured Interview of Reported Symptoms in a jail sample, *Behavioral Sciences and the Law*, 27, 2009, 753–765.
- Miller H. A., M-FAST interview booklet, Psychological Assessment Resources, Inc., Lutz, FL, 2001.
- Pierre J. M., Shnyder I., Wirshing D. A., Wirshing W. C., Intranasal Quetiapine abuse, *American Journal of Psychiatry*, 161, 2004, 1718.
- Poythress N. G., Edens J. F., Watkins M. M., The relationship between psychopathic personality features and malingering symptoms of major mental illness, *Law and Human Behavior*, 25, 2001, 567–582.
- Resnick P. J., Knoll J., Faking it: How to detect malingered psychosis, *Current Psychiatry*, 4, 2005, 13–25.
- Rogers R., *Handbook of diagnostic and structured interviewing*, Guilford, New York, 2001.
- Rogers R., Introduction, in: Rogers R. (ed), *Clinical assessment of malingering and deception*, 2nd edition, Guilford, New York, 1997, 1–19.
- Rogers R., Assessment of malingering within a forensic context, in: Weisstub D. W. (ed), *Law and psychiatry: internal perspectives*, Plenum Press, New York, 1987, 209–237.
- Rogers R., Bagby R. M., Dickens S. E., *Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS). Professional manual*, Psychological Assessment Resources, Inc., Odessa FL, 1992.
- Rogers R., Sewell K. W., Gillard N. D., *Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS)*, 2nd edition, professional manual, Psychological Assessment Resources, Inc., Lutz, FL, 2010.
- Rogers R., Ustad K. L., Salekin R. T., Convergent validity of the Personality Assessment Inventory: A study of emergency referrals in a correctional setting, *Assessment*, 5, 1998, 3–12.
- Smith G. P., Burger G. K., Detection of malingering: validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS), *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 25, 1997, 183–189.
- Stratenwerth G., Bommer F., *Schweizerisches Strafrecht, Besonderer Teil II: Straftaten gegen Gemeininteressen*, 6. Aufl., Stämpfli, Bern, 2008.
- Taverna E., Simulanten, *Schweizerische Ärztezeitung*, 81, 2000, 517.
- Trechsel S., Vest H., Art. 286 StGB, in: Trechsel S., Pieth M. (Hrsg), *Schweizerisches Strafgesetzbuch, Praxiskommentar*, 2. Aufl., Dike, Zürich, St. Gallen, 2013.
- Vitacco M. J., Rogers R., Assessment of malingering in correctional settings, in: Scott L. C., Gerbasi J. B. (eds), *Handbook of correctional mental health*, American Psychiatric Publishing, Inc., Washington DC, London, 2005, 133–154.
- Walters G. D., Screening for malingering/exaggeration of psychiatric symptomatology in prison inmates using the PICTS confusion and infrequency scales, *Journal of Forensic Sciences*, 56, 2011, 444–449.
- Walters G. D., White T. W., Greene R. L., Use of the MMPI to identify malingering and exaggeration of psychiatric symptomatology in male prison inmates, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 1988, 111–117.
- WHO – Weltgesundheitsorganisation, *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10*, Dilling H., Mombour W., Schmidt M. H. (Hrsg), 8. Auflage, Huber, Bern, 2011.
- Winckler P., Foerster K., Zum Problem der «zumutbaren Willensanspannung» in der sozialmedizinischen Begutachtung, *Der Medizinische Sachverständige*, 92, 1996, 120–124.
- Yates B. D., Nordquist C. R., Schultz-Ross R. A., Feigned psychiatric symptoms in the emergency room, *Psychiatric Services*, 47, 1996, 998–1000; zitiert in Resnick & Knoll, 2005.

Thomas Noll

Dr. med. & Dr. iur., EMBA HSG

Direktor

Schweizerisches Ausbildungszentrum

für das Strafvollzugspersonal (SAZ)

noll@prison.ch

Benjamin Dubno

Dr. med., EMBA HSG

Chefarzt

Integrierte Psychiatrie Winterthur –

Zürcher Unterland

Benjamin.Dubno@ipw.zh.ch