

Zeitschrift: Publikationen der Arbeitsgruppe für Kriminologie
Herausgeber: Schweizerisches Nationalkomitee für geistige Gesundheit ;
Arbeitsgruppe für Kriminologie
Band: - (1979)

Artikel: Die Bedeutung des psychoorganischen Syndroms für die Delikte des
Kindes und des Jugendlichen
Autor: Corboz, Robert J.
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1050996>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 29.03.2025

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

Die Bedeutung des psychoorganischen Syndroms für die Delikte des Kindes und des Jugendlichen

Robert J. Corboz
Prof. Dr. med., Direktor der Psychiatrischen Poliklinik
für Kinder und Jugendliche in Zürich, Freiestrasse 15,
8028 Zürich

Herrn Prof. Dr. A. Prader, Zürich, zum 60. Geburtstag gewidmet

1. Einleitung

Wer in der forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig ist, trifft unter seinen Exploranden immer wieder solche an, die irgendwann in ihrem Leben eine cerebrale Schädigung erlitten haben. Es stellt sich dann die Frage nach dem Zusammenhang zwischen der psychoorganisch veränderten Persönlichkeit und dem deliktischen Verhalten. Es kann sich dabei sowohl um ein frühkindliches als auch um ein später erworbenes POS handeln. In beiden Alternativen sind die Affektlabilität, die Impulsivität und die Steuerungsschwäche von entscheidender Bedeutung. Kurzschlussreaktionen und Dranghandlungen sind auf dieser Grundlage leicht möglich. Bei den Spätformen des infantilen POS, also bei den cerebralen Läsionen, die nach dem ersten Jahr entstanden sind, erscheint uns eine Lokalisation in den fronto-temporalen Regionen von besonderer Bedeutung zu sein. Darauf haben bereits *Lion* und Mitarbeiter (1974) sowie *Kleinpeter* (1975) hingewiesen. Man kann beobachten, wie Kinder z.B. posttraumatisch zunächst ein allgemeines POS aufweisen, wie infolgedessen ihre schulischen Leistungen nachlassen und wie stark ihre Persönlichkeit verändert ist. Im Zuge der sich oft über längere Zeit, d.h. von Monaten bis Jahre, hinausziehenden Erholung bleiben die charakterlichen Veränderungen oft am längsten bestehen. Infolgedessen macht sich ein Wandel des klinischen Bildes bemerkbar: Das allgemeine infantile POS wird zu einem hirnllokalen Psychosyndrom, wobei die verminderte Selbstkontrolle und der sekundäre Infantilismus von zentraler Bedeutung bleiben.

Es wird zu untersuchen sein, wie weit die psychoorganische Veränderung als kriminogener Faktor allein in Betracht kommt und wie oft andere Komponenten eine Rolle spielen. Wir denken hier an Milieufaktoren, namentlich an die Folgen einer mangelhaften oder verfehlten Erziehung im Sinne einer Verwahrlosung oder einer neurotischen Erkrankung. Die Eltern und andere Erzieher sind bekanntlich oft sehr unsicher in der Erziehung eines psychoorganisch gestörten Kindes. So sind inadäquate Milieueinflüsse häufiger zu erwarten als beim gesunden Kind.

Schliesslich ist die Bedeutung der Entwicklung, hier namentlich der Pubertät im Zusammenspiel mit einer psychoorganischen Störung zu beachten. Die puberale Umwandlung geht mit einer zusätzlichen Labilisierung der Affekte, mit einer Steigerung der Impulsivität und mit einer vorübergehenden Schwächung der "Ich"-Funktionen einher. Bei dieser Konstellation kann es um so eher zu Kontrollverlusten und infolgedessen zum Davonlaufen und in schwereren Fällen zu aggressiven Ausbrüchen oder zu sexuellen Entladungen kommen. Um die kriminogene Bedeutung einer psychoorganischen Störung zu prüfen, gibt es verschiedene Methoden. In dieser Arbeit wollen wir zunächst die über unsere Fragestellung bestehende Literatur zusammenstellen und nachher die Ergebnisse einer klinischen Untersuchung kennenlernen.

2. Literaturübersicht

Wir möchten diesen Abschnitt mit der Feststellung von *Ennis* und *Litwack* (1974) einleiten, wonach menschliches Verhalten schwer zu verstehen ist und, wenigstens zur Zeit, nicht sicher voraussehbar ist. Immerhin vertritt *Evseeff* (1976) die Meinung, dass eine Reihe von Faktoren bei potentiellen jugendlichen Mördern nachzuweisen sind. Einmal sind diese jungen Menschen durch ihre Eltern auf brutale Weise körperlich bestraft worden. Sodann haben sie ein Vorbild eines rücksichtslosen und destruktiven Verhaltens bei ihren Eltern erlebt. Drittens sind solche Erlebnisse elterlicher Aggressivität mit ungelösten kindlichen Problemen, namentlich mit einer oedipalen Problematik ver-

bunden. Viertens lässt sich in struktureller Hinsicht eine Schwäche der Kontrolle der Impulse nachweisen, meistens aufgrund einer starken Regression in einem Zustand extremer Wut.

Corder und Mitarbeiter (1976) unterscheiden zwischen Probanden, die einen Elternteil oder eine fremde Person umgebracht hatten. Auch in ihren Augen sind das Erleben sowohl von Gewalt als auch von körperlichen Bestrafungen und die ungenügende Kontrolle der eigenen Aggressivität massgeblich an der Dynamik der Tat beteiligt. Oft besteht eine übermässige Bindung an die Mutter, also eine ungelöste oedipale Situation. Die meisten Autoren wie *Stutte* (1964) und *Lempp* (1977) vertreten die Ansicht, dass sich kriminelle Handlungen aus dem Zusammenspiel von Anlage und Umwelt erklären lassen, wobei die Dimension der Entwicklungsphase eine entscheidende Rolle spielt. So erblickt *Lempp* den massgeblichen Faktor bei der Triebdynamik in einer Einengung auf das Triebziel unter Ausschaltung aller Bremsen und emotionaler Bindungen. Daraus ergibt sich die Unverhältnismässigkeit des Geschehens. So hat einer seiner Probanden einen Mord an der Schwester verübt, um sich ein Sparbüchlein mit 600 DM anzueignen. *Lempp* macht in einem weiteren Beispiel auf die Bedeutung des sekundären Infantilismus und der ungelösten oedipalen Problematik aufmerksam, bei einem 19-jährigen Probanden, der an einem Messmer einen Mord verübt, damit die Mutter an Silvester nicht in die Kirche geht. Bei den jugendlichen Mördern von *Lempp* beträgt der Anteil der Probanden mit einem gesicherten oder einem wahrscheinlichen psychoorganischen Syndrom 39,1%. In einer Kontrollgruppe sind die psychoorganisch gestörten Probanden nur mit 11,4% vertreten. In diesem Zusammenhang macht *Lempp* darauf aufmerksam, dass es gegen Ende des zweiten Lebensjahrzehntes oft schwierig wird, den Nachweis eines POS zu erbringen. Ausserdem haben andere Experten wahrscheinlich weniger genau auf das Vorhandensein einer psychoorganischen Störung geachtet als *Lempp*. Insgesamt kann nach ihm gesagt werden, dass das psychoorganische Syndrom bei schweren Straftaten von Jugendlichen eine wichtige Teilursache darstellt, indem es eine Neigung zu konkretem, situationsbedingtem Handeln, unter Ausschaltung aller Gegenargumente begünstigt.

Es gibt noch andere Autoren wie *Pradere Campo* und *Sandoval Ferrer* (1976), *Fehlow* (1974) sowie *Stutte* und *Walter* (1976), welche die Bedeutung einer somatischen Retardation und einer Abnormität im EEG für die Delinquenz hervorheben, namentlich wenn diese Befunde mit psychopathologischen Korrelaten einhergehen. Dies gilt besonders für die Sexualstraftaten. Die konstitutionellen Faktoren im Sinne einer psychoorganischen Alteration spielen vor allem dann eine grosse Rolle, wenn sie mit einem Drogengebrauch einhergehen. Darauf weisen namentlich *Raynes* (1974), *Cloninger* und *Guze* (1973) hin.

Da heute die Möglichkeit besteht, psychoorganisch gestörte Kinder wirksam medikamentös zu behandeln, mit D-Amphetamin oder Methylphenhydlat, machen etliche Autoren auf die Bedeutung einer medikamentösen Prophylaxe aufmerksam. Unter ihnen seien *Barcai* und *Rabkin* (1974), *Goodwin* und Mitarbeiter (1975) sowie *Werry* und *Aman* (1975) und *Levy* (1976) genannt. Nach *Bryce Smith* und *Waldron* (1974) sowie nach *Waldron* (1975) kommt eine Bleiencephalopathie als Teilursache in der Kriminalität häufiger in Betracht, als man allgemein annimmt. Blei ist nämlich zu einem ubiquitären Gift geworden. Es hat eine ausgesprochene Neurotoxizität. Ein Bleiblutgehalt von mehr als 22 Mikrogramm auf 100 ml muss bereits als gefährlich betrachtet werden. Als wichtige Ursache der Bleivergiftung werden die Autoabgase genannt.

Wir möchten die forensische Bedeutung der psychoorganischen Störungen nicht abschliessen, ohne auf die kriminogene Bedeutung der Dyslexie bzw. der Dysgraphie hinzuweisen, worauf unter anderen *Weinschenk* (1972) aufmerksam gemacht hat. Dieser fasst zwar in erster Linie die hereditäre, familiäre Form ins Auge. Von eben so grosser Bedeutung sind die Dyslexie und Dysorthographie, die symptomatisch im Rahmen eines infantilen psychoorganischen Syndroms nachzuweisen sind. Ob kongenital oder erworben hat diese Teilleistungsstörung die gleichen Folgen: Die davon betroffenen Kinder sind in der Schule oft schwer benachteiligt, sie vermögen in der Sprache dem Unterricht nicht zu folgen, werden gescholten und gehänselt. Sie entwickeln fast ausnahmslos Minderwertigkeitsgefühle. Dadurch wird ihre soziale Integration gefährdet. *Weinschenk*

hat nachgewiesen, dass ehemalige Legastheniker in Erziehungsheimen und Gefängnissen überproportional vertreten sind. Ähnliche Untersuchungen wurden auch in Finnland vorgenommen (*Virkkunen und Nuutila, 1976*).

In der Flut der Publikationen, die sich mit der Kriminologie des Kindes und Jugendlichenalters befassen, gibt es viele Arbeiten, die das Hauptgewicht auf soziokulturelle Faktoren legen, dies gilt z.B. für *Ochonsky (1963)*, der sich mit Vaternmördern befasst hat sowie für *Walsh Brennan (1974)*, der kindliche Mörder untersucht hat. Gleiches nimmt *Bauer (1973)* an, der beispielsweise den Raub bei Minderjährigen hauptsächlich auf soziokulturelle Faktoren zurückführt, ebenso sehr wie *Piazza und Frighi (1974)* dies für die Delinquenz in Latium tun.

Bei diesen milieubedingten Störungen handelt es sich meistens um einfache Reaktionen und Entwicklungen im Sinne einer affektiven und erzieherischen Verwahrlosung. Nur selten erhält eine echte Neurose einen kriminogenen Wert. Eine solche Ausnahme gibt es beim Thersites-Komplex (*Stutte, 1974*), der sich im gleichen psychopathologischen Bereich befindet wie die Dysmorphophobie (*Tomkiewicz, 1966*). Autoren, die die psychodynamische Betrachtungsweise hervorheben, weisen immer wieder auf die pathogenetische Bedeutung des fehlenden Vaters hin und machen auf die Wichtigkeit einer väterlichen Betreuung, "Fathering" nach *Rachmann (1974)*, aufmerksam.

Unter den verschiedenen Entwicklungsanomalien muss noch die kriminogene Bedeutung des Infantilismus erwähnt werden (*Andrew, 1974, Davis und Cropley, 1976*). *Stutte* hat seinerseits (1964) auf die besondere Gefährdung durch eine asynchrone Entwicklung in der Pubertät aufmerksam gemacht.

Nur aufgrund der bestehenden Literatur ist es kaum möglich, sich ein hinreichendes Bild über die kriminogene Bedeutung des infantilen bzw. juvenilen Psychosyndroms zu machen. Die Angaben der Literatur müssen anhand einer eigenen Erhebung präzisiert werden.

3. Eigene Untersuchungen

3.1 Methodische Vorbemerkung

Um die ätiologische Bedeutung psychoorganischer Störungen zu ermitteln, wäre es am besten, wenn man eine epidemiologische Untersuchung vornehmen würde und somit eine Stichprobe der Bevölkerung in Hinsicht auf das kausale Zusammentreffen von POS und Kriminalität untersuchen würde. Eine solche Felduntersuchung, wie sie z.B. von *Remschmidt* (1978) durchgeführt wurde, hätte den grossen Vorteil, die nicht unerhebliche Dunkelziffer auszumerzen. Einzuwenden ist allerdings, dass sich ein psychoorganisches Syndrom im Kindesalter mit einer Fragebogenmethode nicht mit einer genügenden Sicherheit erfassen lässt. Es wäre zudem schwierig, unausgewählte Probanden lückenlos in eine Studie einzubeziehen. Aus der Ablehnung einer Beteiligung an der Untersuchung würde wiederum eine Selektion entstehen, die das Resultat in Frage stellen würde. Um für unsere Frage eine Antwort zu finden, müssen wir deshalb nach weiteren Wegen suchen. Der eine wird von *Aldorfer* (1978) besprochen, der die Häufigkeit des psychoorganischen Syndroms bei 14 und 15-jährigen Delinquenten beim Jugendgericht der Stadt Bern untersucht hat. Das andere Vorgehen besteht darin, Patienten eines psychiatrischen Dienstes für Kinder und Jugendliche in bezug auf das Zusammentreffen von psychoorganischem Syndrom und Kriminalität zu untersuchen. Diesen zweiten Weg haben wir gewählt.

3.2 Eigene Untersuchungen

Seit dem Jahre 1973 besteht am Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst des Kantons Zürich die Möglichkeit einer elektronischen Datenerfassung und Verarbeitung. Wie aus der Tab. 1 hervorgeht, wurden von 1973 – 1977 8853 Probanden untersucht. Eine Mitarbeiterin unseres Dienstes, *R. Kaeser*, hat in ihrer Dissertation (1979) die Kinder ermittelt, die bei einer bestehenden *psychoorganischen Symptomatologie auch ein delinquentes Verhalten aufwiesen*. Sie fand dabei 26 Pro-

banden, bei denen nur 7 die psychoorganische Störung als Hauptdiagnose aufwiesen. Bei den andern (19) war das psychoorganische Syndrom Nebenbefund mit einer andern Diagnose z.B. erzieherische Verwahrlosung als Hauptdiagnose. Als Vergleichsgruppe zog sie Probanden heran, die deliktisch geworden waren, ohne dass man bei ihnen eine psychoorganische Symptomatologie hätte nachweisen können. Es handelt sich dabei um 61 Probanden. Die gesamte Gruppe, die in der Arbeit von *R. Kaeser* berücksichtigt wird, umfasst somit 87 Probanden oder ca. 1% des gesamten Krankengutes in der Zeitspanne 1973-1977. Wie zu erwarten ist, sind die Mädchen stark untervertreten. Sie stellen mit 11 Probandinnen rund 13% des gesamten Untersuchungsgutes dar.

Die folgenden Angaben entstammen ebenfalls der gleichen Untersuchung. Wie die Tab. 2 zeigt, bestanden zuhause *erhebliche erzieherische Schwierigkeiten*. Schulprobleme sind weniger häufig zu verzeichnen. Davonlaufen ist verhältnismässig selten registriert worden, möglicherweise, weil bei der Erhebung der Anamnese zu wenig systematisch danach gefragt wurde. Die relative Seltenheit des zusätzlichen Drogenkonsums sowie der Störungen am Arbeitsplatz erklärt sich aus der Altersschichtung unserer Probanden.

Die Klientele des Kinderpsychiatrischen Dienstes rekrutiert sich hauptsächlich im eigenen Kanton, was aus Abb. 1 ersichtlich ist. Dies ist insofern von Bedeutung, als das Krankengut als repräsentativ für eine in vorwiegend *städtischen und industrialisierten Verhältnissen* lebende Bevölkerung betrachtet werden kann.

Wie die Tab. 3 zeigt, war nur in rund der Hälfte aller Fälle eine Behörde wie die Jugendanwaltschaft oder ein Gericht die zuweisende Instanz. Fast ebenso häufig stammte die Überweisung von den Eltern, von Privatärzten, von Heimleitungen oder von den im Sinne einer freien Fürsorge arbeitenden Jugendsekretariaten und Jugendämtern der Stadt Zürich. Die *Dunkelziffer* im Hinblick auf die Delinquenz unserer Probanden beträgt somit 46%. Die Zahlenverhältnisse sind annähernd gleich für die Probanden mit und ohne psychoorganisches Syndrom.

Dies bedeutet, dass die Instanzen ausserhalb des Jugendstrafrechtes fast so häufig Kinder mit deliktischem Verhalten zuweisen wie die Strafuntersuchungsbehörden und Strafgerichte. Erstaunlich ist dabei die kleine Zahl der durch schulische Instanzen überwiesenen Kinder. Wie die genaue Durchsicht aller einschlägigen Krankengeschichten gezeigt hat, stehlen Kinder in der Schule oft während längerer Zeit, bevor sich die Polizei und der Jugendanwalt mit ihnen befassen. Kleinere Diebstähle in der Schule oder in deren Umgebung (Bäckereien und andere Läden, wo man Süssigkeiten erhalten kann), sollten als Alarmsymptome betrachtet werden und zumindest Anlass zu einer psychiatrischen Abklärung geben (Wolff 1978).

Wie aus Abb. 2 hervorgeht, häufen sich altersmässig die Probanden in der *Pubertät*, zwischen dem 14. und dem 16. Lebensjahr. Dies überrascht soweit nicht, da der Einfluss der Pubertät auf die Zunahme der Delikte eine bekannte Erscheinung ist. Bemerkenswerter ist eher die Tatsache, dass sich diese puberale Häufung am deutlichsten bei den nicht psychoorganisch gestörten Probanden zeigt. Dies hängt möglicherweise mit der relativ kleinen Zahl der psychoorganisch gestörten Probanden zusammen.

In der Tab. 4 findet sich eine Übersicht über die *Art der verschiedenen Delikte*: Am häufigsten sind die strafbaren Handlungen gegen das Vermögen, namentlich Diebstähle. An zweiter Stelle kommen die Sittlichkeitsdelikte. An den strafbaren Handlungen gegen Leib und Leben sowie an den Verkehrsdelikten sind nur männliche Probanden beteiligt. Verstösse gegen das Betäubungsmittelgesetz waren achtmal zu verzeichnen. Brandstiftungen kamen viermal vor, wobei zum Teil erheblicher materieller Schaden angerichtet wurde.

Die Tab. 5 gibt Auskunft über die Intelligenz der Probanden. Eine eigene Intelligenzprüfung wurde bei deren 43 durchgeführt. Bei 39 weiteren Probanden (zweiter Abschnitt der Tab.) wurde entweder ein vorher bestimmter IQ übernommen, oder ein anderes Verfahren (Matrizentest nach *Raven*, Formdeuterversuch nach *Rorschach*) zur Erfassung der Intelligenz angewandt. Aus der Tabelle geht hervor, dass, grob gesehen, eine normale

Verteilung der Intelligenz vorliegt. Jedenfalls sind die überdurchschnittliche und die unterdurchschnittliche Leistungsfähigkeit nicht überproportional vertreten. Bei den übernommenen Intelligenzquotienten stellten wir fest, dass bei 3 Probanden eine Debität vorlag.

In der Tab. 6 sind die Diagnosen der Kinder zusammengefasst. Die deliktischen Handlungen sind weitaus am häufigsten mit Verwahrlosungserscheinungen und neurotischen Störungen kombiniert. Psychoorganische Störungen sind wesentlich weniger häufig anzutreffen. Die Epilepsie spielt als ätiologischer Faktor eine zu vernachlässigende Rolle. Im Vordergrund stehen somit die psychoreaktiven Störungen, die auf ungünstige Milieuverhältnisse zurückzuführen sind.

Im folgenden soll deshalb versucht werden, anhand der Analyse der *elterlichen Persönlichkeit*, der ehelichen Konstellation und der Anzahl von Geschwistern, ein Bild von der familiären Situation zu ermitteln.

Wie aus der Tab. 7 hervorgeht, sind *neurotische Störungen* bei beiden Eltern am häufigsten anzutreffen. Alle andern grossen diagnostischen Kategorien der Erwachsenenpsychiatrie, wie der Schwachsinn und die endogenen Psychosen, die Charakteranomalien (im Sinne von Psychopathie und Soziopathie), der Alkoholismus und die Epilepsie sind von untergeordneter Bedeutung.

Diesem Befund entsprechend wird die *elterliche Haltung* am häufigsten bei den Vätern durch ein autoritäres, bei den Müttern durch ein überfordertes Verhalten charakterisiert. Eine Überforderung durch die Eltern kommt ebenfalls relativ häufig vor. Dagegen sind ein verwöhnendes oder ein überbeschützendes Verhalten selten anzutreffen (Tab. 8).

Die *elterliche Ehe* ist oft zerrüttet oder geschieden, wie Tab. 9 zeigt. Die Eltern sind dann wieder verheiratet oder sie leben mit den Probanden in einer unvollständigen Familie. Die Rubrik "geordnete Familienverhältnisse" gilt nur bei einer relativ summarischen Beurteilung. In den wenigsten Fällen hat eine

eingehendere Untersuchung des ehelichen Verhältnisses stattgefunden. Familiendynamisch orientierte Untersuchungen würden wahrscheinlich gerade bei den äusserlich geordneten Familienverhältnissen etliche Konflikte und Spannungen zutage fördern. Auffällig wenig Probanden leben in Adoptiv- und Pflegefamilien oder in Heimen.

Wie die Tab. 10 zeigt, sind die meisten Probanden ehelich geboren. Allerdings hatte deren Mutter häufig vorher ein uneheliches Kind. Würde man eine Erhebung bei allen Geschwistern der Probanden in bezug auf Ehelichkeit vornehmen, so würde die Anzahl der unehelich oder vorehelich Geborenen stark in die Höhe schnellen.

Die Anzahl der *Geschwister* (Tab. 11) entspricht der üblichen demographischen Verteilung im Kanton Zürich. Es verwundert deshalb nicht, dass die meisten Probanden ein bis zwei Geschwister haben. Einzelkinder scheinen nicht besonders gefährdet zu sein. Schliesslich gibt die Tab. 12 Auskunft über die Stellung in der Geburtenreihe. Es überwiegen hier die Kinder, die an erster Stelle geboren wurden.

4. Schlussfolgerungen

Aus den geschilderten Ergebnissen lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen:

1. *Delinquierende Patienten* sind im Krankengut des Psychiatrischen Dienstes für Kinder und Jugendliche des Kantons Zürich bei einer fünfjährigen Untersuchungsperiode (1973 – 1977) verhältnismässig selten anzutreffen. Ihre Zahl beträgt 87, was zirka einem Prozent des gesamten Krankengutes entspricht. Daraus lässt sich ableiten, dass die Jugendfürsorge im Kanton Zürich einen erfreulichen Stand erreicht hat. Die grosse Mehrzahl aller Kinder und Jugendlichen, welche Schwierigkeiten bereiten, werden einer Beratungsstelle, namentlich dem Kinderpsychiatrischen Dienst, zugeführt, bevor das relativ schwere antisoziale Verhalten des Delinquierens erreicht wird.

2. 46% der Probanden mit Delikten sind uns durch nicht gerichtliche Instanzen zugewiesen worden, wie durch die Eltern, durch freiwillige Fürsorgestellen, Ärzte, Kliniken usf. Dieser Prozentsatz entspricht der sogenannten *Dunkelziffer* in unserem Untersuchungsgut.
3. Neben den deliktischen Handlungen sind bei der Mehrheit der Kinder Anzeichen von aussergewöhnlichen *erzieherischen Schwierigkeiten zu Hause und in der Schule* vorhanden.
4. Die *männlichen Probanden* überwiegen stark gegenüber weiblichen mit 87% zu 13%.
5. Die Altersverteilung lässt eine höhere Zahl der Delikte in der Pubertät erkennen.
6. Unter den Delikten stehen die strafbaren Handlungen gegen das Vermögen, namentlich Diebstähle, im Vordergrund. Es folgen strafbare Handlungen gegen die Sittlichkeit.
7. Die Intelligenz der Probanden entspricht annähernd der Streuung in unserem Krankengut.
8. Bei den *Diagnosen* sind die reaktiven Störungen am häufigsten, sei es im Sinne der Verwahrlosung, sei es im Sinne von neurotischen Störungen. Ein psychoorganisches Syndrom kommt meistens nur als Nebendiagnose vor, nur 7 Probanden weisen ein psychoorganisches Syndrom als Hauptdiagnose auf. Daraus ergibt sich, dass psychoorganische Störungen relativ selten und, wenn überhaupt, im Zusammenhang mit einer psychoreaktiven Störung eine kriminogene Relevanz haben. Dies hindert nicht, dass in einzelnen Fällen eine psychoorganische Persönlichkeitsveränderung bei der Genese eines Deliktes eine hervorragende Rolle spielen kann.
9. Die reaktiven Störungen stehen im Zusammenhang mit einer *erzieherischen Insuffizienz* der Eltern. Am häufigsten werden bei ihnen neurotische Störungen angetroffen. Sie sind oft selbst durch die erzieherischen Schwierigkeiten überfordert. Die Väter reagieren häufig darauf mit einer autoritären Haltung.

10. Die *statistische Analyse* der Ergebnisse, d.h. der Vergleich der psychoorganisch gestörten Probanden mit der Kontrollgruppe ohne psychoorganisches Syndrom hat keine signifikanten Unterschiede ergeben. Die gleichen Umweltfaktoren, die ganz allgemein beim Kind und beim Jugendlichen zur Delinquenz führen, tun dies auch im Zusammenwirken mit einem psychoorganischen Syndrom.

5. Zusammenfassung

Aufgrund eindrücklicher Einzelfälle stellt sich allgemein die Frage nach der kriminogenen Relevanz des psychoorganischen Syndromes bei Kindern und Jugendlichen. In der jüngeren Literatur stellen sich die meisten Autoren auf den Standpunkt, dass psychoorganische Störungen zusammen mit andern Ursachen relativ oft bei delinquierenden Kindern und Jugendlichen angetroffen werden. Kaum je ist aber das psychoorganische Syndrom als alleinige Ursache des deliktischen Verhaltens anzutreffen. Wir haben diese Meinung anhand des Krankengutes des Psychiatrischen Dienstes für Kinder und Jugendliche des Kantons Zürich in den Jahren 1973 bis 1977 anhand von 8853 Probanden überprüft. Unter ihnen wurden lediglich 87 (= ungefähr 1%) angetroffen, welche ein deliktisches Verhalten aufwiesen. Nur bei 30% von ihnen lag ein psychoorganisches Syndrom als Haupt- oder als Nebendiagnose vor. Diese Probanden wurden zu einer Gruppe zusammengefasst und mit der Gruppe der delinquierenden Kinder ohne psychoorganische Störungen verglichen. Die Gegenüberstellung der Diagnosen und der Milieuverhältnisse zeigte, dass die gleichen Faktoren wie Neurosen und erzieherische Insuffizienz der Eltern mit oder in Kombination mit einem psychoorganischen Syndrom zu einem deliktischen Verhalten des Kindes führen können. Im Vergleich zum gesamten Krankengut der Poliklinik (bei welchem der Anteil von psychoorganisch gestörten Kindern ca. 20 – 25% ausmacht, *Corboz*, 1977) kann im Sinne einer Hypothese die Meinung geäußert werden, dass psychoorganische Störungen das Kind für ungünstige Milieuverhältnisse etwas anfälliger machen und ein deliktisches Verhalten in einem bescheidenen Ausmass begünstigen. Diese Arbeitshypothese müsste noch in

einer Untersuchung überprüft werden, in der versucht wird, die verschiedenen kausalen Faktoren zu quantifizieren.

LITERATURVERZEICHNIS

- 1) Altdorfer: Die Häufigkeit des Psychoorganischen Syndroms bei 14 – 15-jährigen Delinquenten beim Jugendgericht der Stadt Bern. Referat im Rahmen des Kolloquiums vom 15.3.79, Zürich: Die Beziehungen des Psychoorganischen Syndroms zur Kriminalität.
- 2) Andrew, J.M.: Immaturity, delinquency and the Wechsler P > V Sign. *J. Abnorm. Child. Psychol.* 2: 245 – 251 (1974).
- 3) Barcai, A., Rabkin, L.Y.: A precursor of delinquency: The hyperkinetic disorder of childhood. *Psychiat. Quart.* 48: 387 – 399 (1974).
- 4) Bauer, G.: Minderjährige Räuber. *Praxis Kinderpsychol.* 22: 151 – 161 (1973).
- 5) Brice Smith, D. und Waldron, H.A.: Lead, behaviour and criminality. *Ecologist* 4: 367 – 377 (1974).
- 6) Cloninger, C.R. und Guze S.B.: Psychiatric disorders and criminal recidivism: A follow up study of female criminals. *Arch. Gen. Psychiat.* 29: 266 – 269 (1973).
- 7) Corboz, R.J.: Das psychoorganische Syndrom im Kindes- und Jugendlichenalter, Geschichtliches und heutige Bedeutung. Referat anlässlich der ELPOS Tagung, Zürich, 20./21.8.76; Tagungsbericht S. 71 – 81, Eigenverlag, Thalwil 1977.
- 8) Corder, B.F., Ball, B.C., Haizlip, T.M. et al: Adolescent parricide. A comparison with other adolescent murder. *Amer. J. Psychiat.* 133: 957 – 961 (1976).
- 9) Davis, J.C. und Cropley, A.J.: Psychological factors in juvenile delinquency. *Canad. J. Behav. Sci.* 8: 68 – 77 (1976).
- 10) Ennis, B.J. und Litwack, T.R.: Psychiatry and the presumption of expertise: flipping coins in the courtroom. *Calif. Law Rev.* 62: 693 – 752 (1974).
- 11) Evseeff, G.S.: A potential young murderer. *J. Forensic Sci.* 21: 441 – 450 (1976).
- 12) Fehlow, P.: Zu den Ursachen von Sexualstraftaten im Jugendalter. *Ärztl. Jugendk.* 65: 219 – 224 (1974).

- 13) Goodwin, D.W., Schulsinger, F. und Hermansen, L.: Alcoholism and the hyperactive child syndrome. *J. Nerv. Ment. Dis.* 160: 349 – 353 (1975).
- 14) Kaeser, R.: Delinquenz und Psychoorganisches Syndrom. Med. Diss. Zürich (in Ausarbeitung)
- 15) Kleinpeter, U.: Social integration after brain trauma during childhood. *Acta paedopsychiat.* 42: 68 – 75 (1975).
- 16) Lempp, R.: Jugendliche Mörder (Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien 1977).
- 17) Levy, H.B.: Minimal brain dysfunction / specific learning disability: A clinical approach for the primary physician. *Sth. Med. J. (Bgham/ Ala.)* 69: 642 – 653 (1976).
- 18) Lion, J.R., Azcarate, C., Christopher, R. und Arana, J.D.: A violence clinic. *Maryland Med. J.* 23: 45 – 48 (1974).
- 19) Ochonisky, A.: Le parricide. *Psychiatr. Infant VI*: 411 (1963).
- 20) Piazza, O. und Frighi, L.: Epidemiological research on the delinquency of minors in Lazio. *Neuropsychiat. Infant. No.* 153, 261 – 280 (1974).
- 21) Pradere Campo, E. und Sandoval Ferrer, J.E.: The delinquent adolescent: Psychological characteristics. *Rev. Hosp. Psiquiat. Habana* 17: 197 – 214 (1976).
- 22) Rachmann, A.W.: The role of “fathering” in group psychotherapy with adolescent delinquent males. *Correc. Soc. Psych. J. Appl. Behav. Ther.* 20: 11 – 22 (1974).
- 23) Raynes, A.E., Climent, C., Patch, V.D. und Ervin, F.: Factors related to imprisonment in female heroin addicts. *Inf. J. Addict.* 9: 145 – 150 (1974).
- 24) Renschmidt, H.: Neuere Ergebnisse der Kinderdelinquenz-Forschung. *Praxis Kinderpsychol.* 27: 29 – 40 (1978).
- 25) Stutte, H.: Psychopathologische Bedingungen der Jugendkriminalität. *Recht der Jugend* 12: 33 – 38 (1964).
- 26) Stutte, H.: Neurotische Dissozialität auf dem Boden eines Thersiteskomplexes. *Praxis Kinderpsychol.* 23: 161 – 166 (1974).
- 27) Stutte, H. und Walter, R.: Katamnesen jugendlicher Gewaltdelinquenten. *M Schr. Kriminologie und Strafrechtsreform* 59: 309 – 320 (1976).

- 28) Tomkiewicz, S.: La dysmorphophobie chez l'adolescent. VI Int. Kongr. f. Kinderpsychiatrie, Edinburgh, 1966.
- 29) Virkkunen, M. und Nuutila, A.: Specific reading retardation, hyperactive child syndrome, and juvenile delinquency. *Acta Psychiat. Scand.* 54: 25 – 28 (1976).
- 30) Waldron, H.A.: Subclinical lead poisoning: A preventable disease. *Prev. Med.* 4: 135 – 153 (1975).
- 31) Walsh Brennan, K.S.: Psychopathology of homicidal children. *Roy Soc. Hlth. J.* 94: 274 – 277 (1974).
- 32) Weinschenk, C.: Die kriminogene Bedeutung der Legasthenie. In "Jugend-Dissozialität", Heilpädagog. Schriftenreihe, Hsg. W. Hofmann und W. Kätein, 22 – 28 (Neckar, Villingen 1972).
- 33) Werry, J.S. und Aman, M.G.: Methylphenidate and Haloperidol in children. Effects on attention, memory and activity. *Arch. Gen. Psychiat.* 32: 790 – 795 (1975).
- 34) Wolff, J.: *Delinquenz als Problem der Schulpädagogik* (Campus, Frankfurt/New York, 1978).

Anhang

Tabelle 1 **Untersuchungsgut**

| | | | |
|----------|-------------|---|------|
| 1973 | 1635 | | |
| 1974 | 1591 | | |
| 1975 | 1651 | | |
| 1976 | 2169 | | |
| 1977 | <u>1807</u> | | |
| Σ | 8853 | = | 100% |
| N | 87 | = | 1% |

N1 mit POS 26
= 30% von N

N2 ohne POS 61
= 70% von N

TABELLE 2

EINWEISUNGSGRUND

| | +POS(%) N1 | ohne POS (%) N2 |
|----------------------------------|---------------|--------------------|
| DELIKTIISCHE HANDLUNGEN | 26 | 61 |
| ANDERE GRUENDE ALS DELIKTE | 35 (100%) | 50 (100%) |
| davon: | | |
| ERZIEHUNGSSCHWIERIGKEITEN DAHEIM | 14 (40) | 25 (50) |
| SCHULSCHWIERIGKEITEN | 8 (23) | 12 (24) |
| DAVONLAUFEN | 3 (8,5) | 3 (6) |
| SUICIDVERSUCHE | — | 1 (2) |
| DROGENKONSUM | — | 2 (4) |
| SEXUELLE PROBLEMATIK | 1 (3) | 3 (6) |
| STOERUNGEN AM ARBEITSPLATZ | 2 (5,5) | 1 (2) |
| ANDERE | 7 (20) | 3 (6) |

% AUF GESAMTZAHL DER EINWEISUNGSGRUENDE BEZOGEN,
MIT AUSNAHME DER DELIKTE

TABELLE 3

AUFTRAGGEBER

| | +POS | % | ohne POS | % | TOTAL% |
|--|-------|-------|----------|-------|---------|
| | N1=26 | | N2=61 | | 87 |
| JUGENDANWALTSCHAFT, GERICHTE | 13 | (15%) | 34 | (39%) | 47(54%) |
| ELTERN | 7 | | 14 | | |
| STAEDT, JUGENDAEMTER | 2 | | 2 | | |
| BEZIRKSJUGENDSEKRETARIATE | 2 | | 4 | | |
| PRIVATAERZTE | 3 | | 7 | | |
| ANSTALTEN UND HEIME | 3 | | 2 | | |
| LEHRER, SCHULPFLEGEN, SCHULPSYCH. DIENSTE | — | | 2 | | |
| SPITAEUER, POLIKLINIK | 1 | | 1 | | |
| | x | | x | | |

* SUMME > 100% WEGEN MEHRFACHER ZUWEISUNGEN

TABELLE 4

UEBERSICHT UEBER ART DER DELIKTE

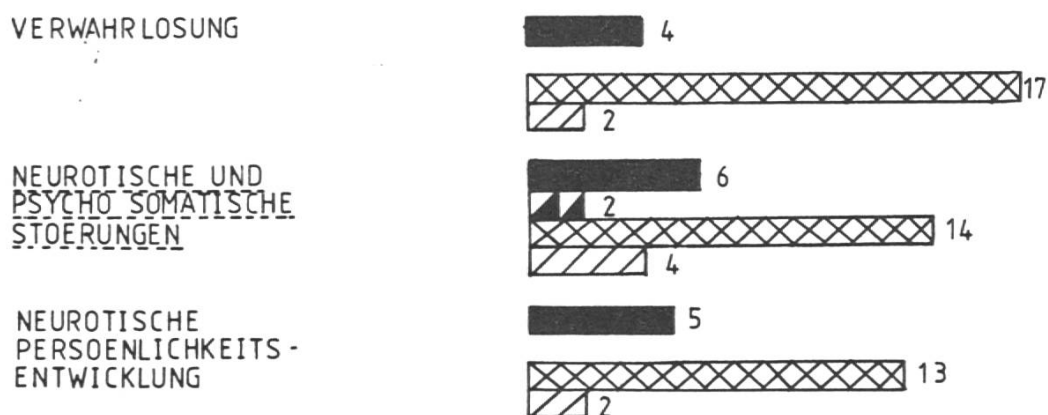
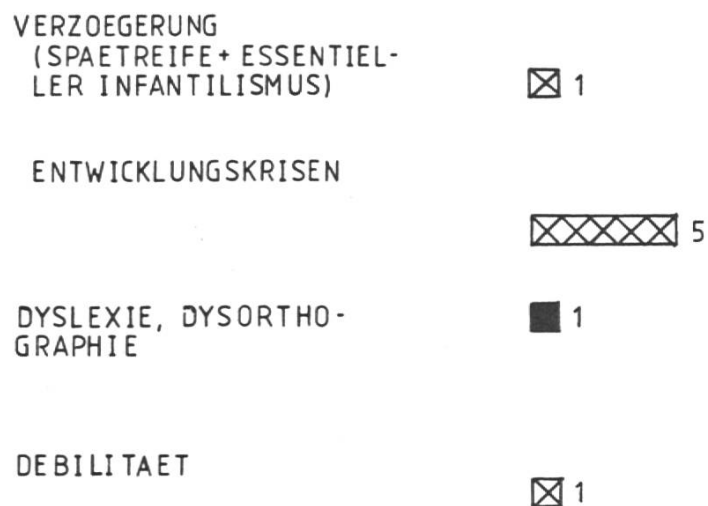
| | | % |
|---|-----|-----|
| ANZAHL DER DELIKTE | 108 | 100 |
| STRAFBARE HANDLUNGEN GEGEN LEIB UND LEBEN | 7 | 6,5 |
| STRAFBARE HANDLUNGEN GEGEN DAS VERMOEGEN (DIEBSTAHL) | 70 | 65 |
| STRAFBARE HANDLUNGEN GEGEN DIE SITTLICHKEIT | 10 | 9 |
| VERKEHRSDELIKTE | 7 | 6,5 |
| DROGENDELIKTE | 8 | 7,5 |
| BRANDSTIFTUNG | 4 | 3,5 |
| SONSTIGE DELIKTE | 2 | 2 |

TABELLE 5

INTELLIGENZ DER PROBANDEN

| <u>IQ</u> | DELINQUENTE KINDER | |
|---|--------------------|----------|
| | +POS | ohne POS |
| <u>HAWIK/HAWIE (KPD)</u> UEBERDURCHSCHNITTL. | 4 | 5 |
| DURCHSCHNITTL. | 9 | 17 |
| UNTERDURCHSCHNITTL. | 4 | 4 |
| - <u>ANDERE TESTS</u> UEBERDURCHSCHNITTL | | 3 |
| - <u>AUSWAERTIGE TESTS</u> DURCHSCHNITTL. | 4 | 25 |
| - <u>EINDRUCK</u> UNTERDURCHSCHNITTL. | 5 | 2 |
| <u>KEIN GENUEGENDER ANHALTSPUNKT FUER DIE BEURTEILUNG DER INTELLIGENZ</u> | | 5 |
| | 26 | 61 |

TABELLE 6

DIAGNOSENPSYCHOREAKTIVE STÖRUNGEN UND ERKRANKUNGENKONSTITUTIONELLE STÖRUNGENSOMATOSENDIAGNOSTISCH UNKLARE UNTERSUCHUNGENGESUND





 ♂ + POS
 ♀ POS
 ♂ ohne POS
 ♀ ohne POS

TABELLE 7

| | N1=26 | N2= 61 |
|------------------------------------|----------|-----------|
| <u>AUFFAELLIGKEITEN DES VATERS</u> | + POS | ohne POS |
| NEUROTISCHE STOERUNGEN | 4 | 8 |
| CHARAKTERANOMALIEN | 2 | 4 |
| ALKOHOLISMUS | 2 | 4 |
| INFANTILISMUS | — | 1 |
| EPILEPSIE (gen. + sympt,) | — | 1 |
| ANDERE | <u>5</u> | <u>6</u> |
| | 13 | 24 |
| | | |
| <u>AUFFAELLIGKEITEN DER MUTTER</u> | + POS | ohne POS |
| NEUROTISCHE STOERUNGEN | 7 | 17 |
| SCHWACHSINN | 1 | 1 |
| ENDOGENE PSYCHOSEN | 1 | 2 |
| ALKOHOLISMUS | 1 | 3 |
| CHARAKTERANOMALIEN | — | 2 |
| INFANTILISMUS | — | 1 |
| ANDERE | <u>9</u> | <u>11</u> |
| | 19 | 37 |

TABELLE 8

VAETERLICHE HALTUNG

| | N1=26 | N2=61 |
|----------------|-------|----------|
| | + POS | ohne POS |
| AUTORITAER | 10 | 19 |
| UEBERFORDERT | 11 | 15 |
| GLEICHGUELTIG | 1 | 14 |
| UEBERFORDERND | 5 | 10 |
| VERWOEHNEND | 2 | 2 |
| ABLEHNUNG | 4 | 1 |
| OVERPROTECTION | | 1 |
| | <hr/> | <hr/> |
| | 33 | 62 |

MUETTERLICHE HALTUNG

| | + POS | ohne POS |
|----------------|-------|----------|
| UEBERFORDERT | 22 | 40 |
| AUTORITAER | 7 | 10 |
| UEBERFORDERND | 3 | 15 |
| VERWOEHNEND | 3 | 8 |
| ABLEHNUNG | 3 | 4 |
| GLEICHGUELTIG | 2 | 5 |
| OVERPROTECTION | 2 | 4 |
| | <hr/> | <hr/> |
| | 42 | 86 |

TABELLE 9

| <u>MILIEU</u> | + POS N1=26 | ohne POS N2= 61 |
|---|----------------|--------------------|
| GEORDNETE FAMILIENVERHAELTNISSE | 13 | 32 |
| EHE DER ELTERN ZERRUETTET | 5 | 14 |
| ELTERN GESCHIEDEN, VERWITWET, WIEDER VERHEIRATET | 5 | 9 |
| EIGENE UNVOLLSTAENDIGE FAMILIE | 5 | 11 |
| ADOPTIV- UND PFLEGEFAMILIE | 1 | 4 |
| HEIME | 3 | 6 |

TABELLE 10

| <u>GEBURT</u> | + POS N1=26 | ohne POS N2=61 |
|---------------|----------------|-------------------|
| EHELICH | 20 | 57 |
| UNEHELICH | 3 | 4 |
| VOREHELICH | 2 | — |
| AUSSEREHELICH | 1 | — |

TABELLE 11

| <u>ANZAHL GESCHWISTER</u> | +POS N1=26 | ohne POS N2 = 61 |
|---------------------------|---------------|---------------------|
| KEINE GESCHWISTER | 3 | 11 |
| 1 " | 11 | 23 |
| 2 " | 8 | 18 |
| 3 " | 3 | 4 |
| 4 " UND MEHR | 1 | 5 |

TABELLE 12

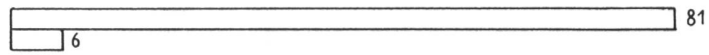
STELLUNG IN DER GEBURTENREIHE

| | +POS N1=26 | ohne POS N2= 61 |
|-----------------------|----------------------|----------------------|
| 1. STELLE | 14 (54) [%] | 25 (41) [%] |
| 2. STELLE | 8 (31) | 23 (38) |
| 3. STELLE | 3 (11) | 8 (13) |
| 4. UND WEITERE STELLE | 1 (4) | 5 (8) |

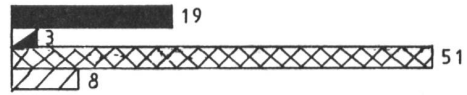
ABB. 1

WOHNORT

IM KANTON ZÜRICH
IN ANDEREM KANTON



KANTON ZÜRICH



ANDERER KANTON



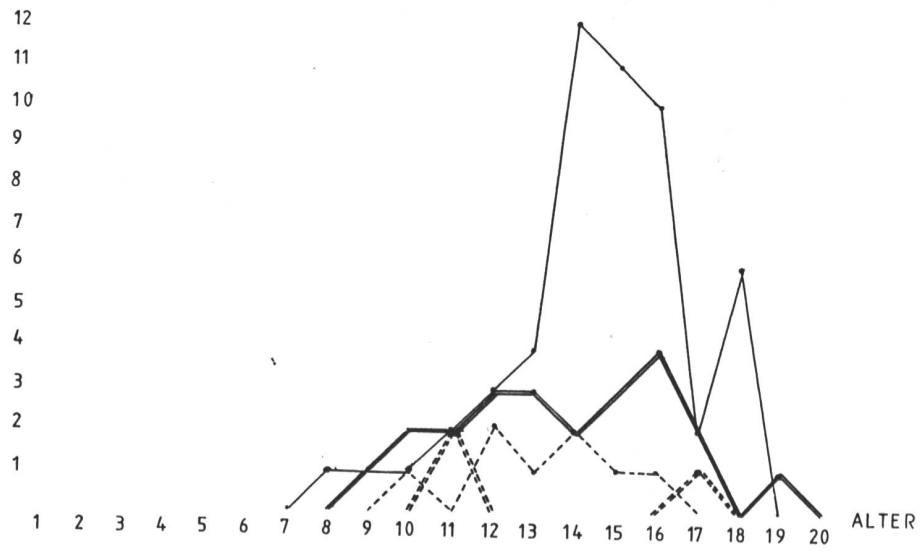
MÄNNLICHE DELINQUENTEN = 87%
WEIBLICHE " " = 13%

- ♂ + POS
- ▨ ♀ + POS
- ▩ ♂ ohne POS
- ▧ ♀ ohne POS

ABB. 2

ALTER

ANZAHL



==== ♂+POS ——— ♂ ohne POS
----- ♀+POS - - - - - ♀ ohne POS