



Deutschland Störungen bei Adoptivkindern I

Aus dem medizinischen Zentrum für Nervenheilkunde
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. med. Krieg
Aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Komm. Leiter: PD Dr. med. Martin

des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg

in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH,
Standort Marburg

Psychiatrische Störungen bei Adoptivkindern

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der gesamten Humanmedizin

Dem Fachbereich Medizin
der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von
Deborah Adelsberger, geb. Kilp
aus Uelzen

Marburg 2008

Aus dem medizinischen Zentrum für Nervenheilkunde
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. med. Krieg
Aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Komm. Leiter: PD Dr. med. Martin

des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg

in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH,
Standort Marburg

Psychiatrische Störungen bei Adoptivkindern

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der gesamten Humanmedizin

Dem Fachbereich Medizin
der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von
Deborah Adelsberger, geb. Kilp
aus Uelzen

Marburg 2008

Angenommen vom Fachbereich Humanmedizin der Philipps-Universität Marburg
am: 09.10.2008

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs

Dekan: Prof. Dr. med. Rothmund

Referent: Prof. Dr. med. Hebebrand

Korreferent: Prof. Dr. med. G. Ulmar

Meiner Familie

Inhaltsverzeichnis:

1.	Einleitung.....	3
1.1	Einführung in das Thema und Fragestellung.....	3
1.2	Adoption in Deutschland	4
1.2.1	Historischer Überblick	4
1.2.2	Adoptionsformen	7
1.2.3	Adoptionszahlen aus Deutschland	11
1.2.4	Rechtliche Grundlagen von Adoptionen.....	14
1.2.5	Formeller Ablauf einer Adoption.....	15
2.	Aktueller Forschungsstand	17
2.1	Allgemeine Bedeutung von Adoptionsstudien	17
2.2	Mögliche Einflussfaktoren für die Entwicklung von psychiatrischen Erkrankungen bei Adoptivkindern.....	19
2.2.1	Langzeit- und Querschnittsstudien.....	19
2.2.2	Genetische, sowie prä- und perinatale Einflussfaktoren	25
2.2.3	Mögliche negative Erlebnisse der Kinder vor der Adoption und die Rolle des Adoptionszeitpunktes.....	27
2.2.4	Die Rolle und Struktur der aufnehmenden Familie.....	31
2.2.5	Besonderheiten von Adoptivfamilien bei der Vorstellung in psychiatrischen Einrichtungen	33
2.3	Krankheitsbilder bei Adoptivkindern	34
2.4	Besonderheiten von internationalen Adoptionen.....	37
3.	Material und Methoden.....	40
3.1	Stichprobe	40
3.1.1	Datenerfassung und Dokumentation in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Philipps-Universität Marburg	40
3.1.2	Identifikation der Patienten.....	40
3.1.3	Identifikation der Kontrollgruppe.....	40
3.2	Datenerfassung.....	41
3.2.1	Einflussgrößenerfassung anhand der aktuellen Studienlage	41
3.2.2	Die leiblichen Eltern	42
3.2.3	Informationen zu einer außerfamiliären Unterbringung vor der Adoption	43
3.2.4	Die Adoptivfamilie	43
3.2.5	Angaben zum Adoptivkind	45
3.2.6	Der Adoptionsprozess.....	48
3.3	Statistische Auswertung	48
4.	Ergebnisse	49
4.1	Geschlechterverteilung und Alter bei Erstvorstellung	49
4.2	Der Zeitraum vor der Adoption	51
4.2.1	Allgemeine Anmerkungen	51
4.2.2	Angaben zu den leiblichen Eltern.....	51
4.2.3	Angaben zu einer möglichen außerfamiliären Unterbringung vor der Adoption	52
4.3	Adoptionsprozess.....	53
4.4	Angaben zu den Adoptiveltern	54
4.5	Angaben zum sozioökonomischen Status.....	55
4.6	Zusammenfassung anderer Informationen.....	57
4.7	Diagnosenspektrum der Adoptivkinder.....	58

4.8	Untergliederung und Vergleich verschiedener Datengruppen hinsichtlich ausgewählter relevanter Aspekte	64
4.8.1	Vergleich der Fremd- und Verwandtenadoptionen hinsichtlich Alter bei Erstvorstellung und Diagnosespektrum	64
4.8.2	Vergleich der Adoptivkinder, die vor bzw. nach dem sechsten Lebensmonat adoptiert wurden	66
4.8.3	Vergleich des Diagnosespektrums der Adoptierten, die vor bzw. nach dem dritten Geburtstag adoptiert wurden	68
4.9	Vergleich ausgewählter relevanter Aspekte bei den Adoptivkindern mit den regulären Inanspruchnahmepatienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Marburg	70
4.10	Intelligenzminderungen	77
5.	Diskussion	79
5.1	Allgemeine, die Adoption betreffende Daten	79
5.1.1	Geschlechterverhältnis der Adoptierten und Alter bei Adoption	79
5.1.2	Verhältnis Fremd- und Verwandtenadoptionen	80
5.1.3	Anteil der Adoptionen von ausländischen Kinder	81
5.1.4	Charakteristika der Adoptiveltern	81
5.2	Diagnosespektrum der Adoptierten allgemein und der jeweiligen Vergleichsgruppen	83
5.2.1	Einleitung	83
5.2.2	Das Diagnosespektrum der Adoptierten	83
5.2.3	Spezielle Krankheitsbilder bei den Adoptierten	85
5.2.4	Schweregrad psychischer Störungen bei Adoptierten	87
5.2.5	Krankheitsbilder abhängig vom Alter bei Adoption	88
5.3	Relevanz der Arbeit für die Klinik	92
5.4	Methodische Grenzen bzw. Schwächen der vorliegenden Arbeit	93
6.	Zusammenfassung	95
7.	Literaturverzeichnis	97
8.	Anhang	108
8.1	Ausschnitte aus dem Anamneseerfassungsbogen der Kinder- und Jugendpsychiatrie Marburg	108
8.2	Abbildungsverzeichnis	116
8.3	Tabellenverzeichnis	117
8.4	Verzeichnis der akademischen Lehrer	120
8.5	Danksagung	121

1. Einleitung

1.1 Einführung in das Thema und Fragestellung

Die Annahme eines fremden Kindes als das eigene spielt in verschiedenen Kulturen schon seit Jahrtausenden eine Rolle. Jeweilige Gründe und Motivationen zu der Adoption präsentierten sich dabei aber sehr unterschiedlich. In Deutschland stand dabei zunächst die Adoption eines Kindes durch kinderlose Ehepaare im Mittelpunkt, welche diese mit der Absicht zur Gewinnung eines Erben durchführten. Kindliche Interessen spielten dabei kaum eine Rolle. Das Wohl des Kindes begann erst in den vergangenen Jahrzehnten eine zunehmende Rolle zu spielen. Mit der stärkeren Konzentration auf die Adoptierten selbst im Adoptionsprozess wurden mögliche psychische Probleme und Verhaltensauffälligkeiten deutlich, die auch in den Fokus des wissenschaftlichen Interesses rückten. Die Diskussion drehte sich aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht dabei insbesondere darum, ob Adoptierte häufiger psychiatrische Störungen entwickeln als nicht adoptierte Kinder und Jugendliche und welche Gründe mögliche Erkrankungen haben könnten.

In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Universitätsklinikums Marburg waren von den zwischen 1982 bis 2000 stationär und tagesklinisch behandelten Patienten 3,7% adoptierte Kinder und Jugendliche. Damit war dieser Anteil deutlich höher als in der deutschen Normalbevölkerung, in welcher diese Gruppe weniger als 1% bezogen auf die Geburten ausmacht. Der oben beschriebene Sachverhalt vieler wissenschaftlicher Untersuchungen gilt dieser Arbeit also als Grundlage.

Ein Ziel dieser Untersuchung ist die Suche nach möglichen Gründen für diese vermehrten psychiatrischen Auffälligkeiten anhand der Krankengeschichten der Adoptierten.

Als solche möglichen Risikofaktoren könnten genetische Komponenten gelten. Von den leiblichen Eltern oder auch von den Erlebnissen der Kinder und Jugendlichen in der Zeit vor der Adoption ausgehende Faktoren sollen in diesem Zusammenhang diskutiert werden. Weiterhin sind von der Adoptivfamilie ausgehende Einflüsse denkbar, worunter auch eine verfrühte und eventuell der Symptomatik nicht angemessene Vorstellung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung verstanden werden kann. Auch der Adoptionsprozess an sich, mit eventuellen

Bindungsstörungen oder Problemen in der Identitätsfindung, könnte einen eigenständigen Risikofaktor bilden.

Als wesentlicher Bestandteil dieser Arbeit soll weiterhin der Spekulation über ein etwaiges adoptionsspezifisches Diagnosespektrum nachgegangen werden. Weiterhin soll eruiert werden, ob verschiedene Gruppen von Adoptierten, z. B. hinsichtlich des Alters bei Adoption, des Geschlechtes oder bei der Unterscheidung zwischen Verwandten- und Fremdadoptionen, ein unterschiedliches Störungsmuster zeigen. Es wird erwartet, dass z. B. spät adoptierte Patienten eher ein etwaiges adoptionsspezifisches Diagnosespektrum zeigen, weil bei ihnen traumatisierende Erlebnisse, die als beeinflussende Umweltfaktoren bei der Entwicklung von psychischen Störungen gelten könnten, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit auftreten können. Auch werden Unterschiede zwischen Fremd- und Verwandtenadoptionen erwartet, falls der Adoptionsprozess und die damit verbundenen Identifikationsprobleme und Bindungsstörungen eine entscheidende Rolle spielen würde. Bei den Fremdadoptionen müsste sich dann eher das etwaige adoptionsspezifische Diagnosespektrum zeigen.

Es wird ebenfalls ein Vergleich mit dem nicht adoptierten Kollektiv der Inanspruchnahmepatienten dieser Klinik im selben Untersuchungszeitraum erfolgen, um mögliche Unterschiede bei den Diagnosen der beiden Gruppen zu erfassen.

1.2 Adoption in Deutschland

1.2.1 Historischer Überblick

Die Adoption ist eine Einrichtung, die sich schon seit Jahrtausenden in den verschiedensten Kulturkreisen finden lässt. Der Gedanke eines andauernden, rechtlich gesicherten, nicht-leiblichen Eltern-Kind-Verhältnisses stand dabei immer im Vordergrund, wobei sich aber die Motivation zur Adoption und die Vorstellungen über das Verhältnis je nach Ort und Epoche teilweise erheblich unterschieden.

Erste gesetzliche Regelungen findet man schon im babylonischen Reich in den Gesetzen des Königs Hammurabi um 1700 v. Chr. (Schütt-Baeschlin, 1990).

Die bekanntesten historischen Beispiele von Adoptionen seien hier aufgeführt:

- Schon in der biblischen Erzählung über die Adoption von Mose findet sich die Situation einer aussichtslosen Lage der Herkunftsfamilie, die ihr Kind zu dessen

Wohl in diesem Fall zur Verhinderung seiner Ermordung durch die Ägypter aussetzte. Die Tochter des Pharaos fand den Jungen und nahm ihn als ihr eigenes Kind auf (2. Mose 2; Die Bibel).

- Eine weitere bekannte Adoption wird in der griechischen Mythologie beschrieben. Ödipus wurde von seinen Eltern, dem Thebaner-König Laios und dessen Frau Jokaste, ausgesetzt und später durch den König Polypos adoptiert (zitiert nach Baumann-Zipplies et al., 1998).

- Weiterhin sei die Sage von Romulus, dem späteren Gründer Roms, und Remulus erwähnt. Diese gingen aus einer gegen die herrschenden Regeln geführten Verbindung zwischen einer Vestalin aus trojanischem Geschlecht und dem Kriegsgott Mars hervor. Die Kinder wurden zunächst von einer Wölfin gesäugt, bevor sie von einem Hirten gefunden und aufgezogen wurden (nach Bohman, 1980).

Im Römischen Reich bestanden bereits gesetzesähnliche Regelungen der Adoption, wobei zwischen einer schwachen Form (*adoptio minus plena*) und einer Volladoption (*adoptio plena*) unterschieden wurde (zitiert nach Barth, 1978). Im Wesentlichen standen dabei als Motive zunächst religiöse, später immer stärker auch politische Interessen der aufnehmenden Familien im Vordergrund (Barth, 1978; Baumann-Zipplies et al., 1998).

Die Beschreibung der weiteren Entwicklung des Adoptionswesens soll sich im Folgenden auf Deutschland beschränken.

Da im Mittelalter von der einflussreichen Kirche keine Unterstützung der Adoption erfolgte, sank ihre Bedeutung in dieser Epoche. Im Zuge der christlichen Armenfürsorge bestanden lediglich Findel- und Waisenhäuser. Kleine Kinder wurden zwar zunächst Ammen und Ziehmüttern anvertraut, was einer Pflegefamilie ähnlich war, mussten aber im Alter von fünf bis sieben Jahren wieder in die Heime zurückkehren (Baumann-Zipplies et al., 1998). Während versucht wurde das Pflegekinderwesen bereits 1788 im Zuge der Hamburgischen Armenreform zu regeln und in Preußen 1840 eine gesetzliche Regelung beschlossen wurde, fand die Schaffung eines Adoptionsrechts erst mit der Einführung des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) am 1.1.1900 statt (Barth, 1978; Baumann-Zipplies et al., 1998). Dabei wurde das Gesetz in großen Teilen vom Adoptivverständnis der römischen Antike beeinflusst. Dies bedeutete in erster Linie, dass ausschließlich die Interessen der aufnehmenden Eltern berücksichtigt wurden, im Sinne der Schaffung eines Namensträgers und Erben. Der Annehmende musste zum Zeitpunkt der Adoption

das 50. Lebensjahr vollendet haben, um die Geburt eigener Kinder auszuschließen. Weiterhin fanden erste Gründungen von Adoptionsvermittlungsstellen durch konfessionelle Vereine statt (Textor, 1993).

In der Zeit des Nationalsozialismus spielten bevölkerungs- und rassenpolitische Ziele die prägende Rolle in der Politik. Unter diesen Vorstellungen wurde die Adoption durch die Gesetze gegen „Missbrauch bei Eheschließungen“ und der „Annahme an Kindes statt“ vom 23.11.1933 und das „Familienänderungsgesetz“ vom 12.04.1938 erheblich erschwert und war eigentlich nur in einigen Sonderfällen möglich (Baumann-Zipplies et al., 1998). Solche Ausnahmen waren viele Auslandsadoptionen, in denen Säuglinge von deutschen Soldaten und arischen Frauen aus den besetzten Gebieten „heim in das Vaterland“ geholt und zur Adoption freigegeben wurden. Nach dem Krieg fanden hingegen viele Adoptionen von deutschen Kindern durch ausländische Familien statt, was 1957 mit 2628 Kindern einen Höhepunkt fand (Textor, 1993).

Während es 1950 durch das „Erleichterungsgesetz“ zu einer Lockerung der bisherigen Regelungen kam, fand eine Änderung im größeren Umfang erst mit dem Inkrafttreten des „Familienrechtänderungsgesetzes“ vom 01.08.1961 statt. Durch geänderte Bestimmungen wie die Befreiung vom „Nachweis der Kinderlosigkeit“ und der Herabsetzung der Altersgrenze für Annehmende auf 35 Jahre, rückten die Interessen der Kinder etwas mehr in den Mittelpunkt der Bestimmungen und die Adoption von Volljährigen wurde zur Ausnahme.

Im Jahr 1967 wurde das Europäische Aktionsübereinkommen unterschrieben, in dem in Artikel 10 die Volladoption als Regel vorgeschrieben wurde. Damit wurde auch in Deutschland der Weg für die Reformdiskussionen über die Verbesserung der Adoptionsgesetze geebnet. Durch die grundlegenden Änderungen, die das Wohl alleinstehender und gefährdeter Kinder in den Mittelpunkt stellten, sollten Adoptionen erleichtert und vor allem die Möglichkeit zur Frühadoption geschaffen werden. Diese Reform des Adoptionsgesetzes wurde allerdings erst nach einer fast zehnjährigen Diskussion am 02.07.1976 beschlossen, um dann am 01.01.1977 in Kraft treten zu können (Barth, 1978; Textor, 1993; Baumann-Zipplies et al., 1998).

In diesem Gesetz wurden die Regelungen festgeschrieben, die im Wesentlichen heute noch gültig sind. Es wurde lediglich durch das Adoptionsanpassungsgesetz am 01.07.1985 und die erweiterte Neufassung des Adoptionsvermittlungsgesetzes am 27.11.1989 ergänzt. Mit dem Beschluss des neuen Gesetzes fand eine Entwicklung

der Adoption von einem bloßen Instrument für die erbrechtliche Sicherung des Namens zur sozialhygienisch bedeutsamen Integrationsmaßnahme allein stehender Kinder ihren bisherigen Abschluss (Pfeiffer et al., 1980).

1.2.2 Adoptionsformen

Adoption wird heute allgemein als eine wirksame sozialtherapeutische Maßnahme gesehen, um Kinder, denen aus verschiedenen Gründen eine adäquate Versorgung durch ihre leiblichen Eltern nicht zur Verfügung steht, in eine alternative tragfähige Eltern-Kind-Beziehung zu integrieren (Jungmann, 1984; Graham, 1986). Grundsätzlich müssen in der deutschen Adoptionspraxis aber verschiedene Formen der Adoption unterschieden werden, auf die im Folgenden näher eingegangen wird.

1.2.2.1 Fremdadoption

Allgemein wird mit dem Begriff der Adoption die so genannte Fremdadoption assoziiert. Diese ist als die Annahme eines nicht verwandten Kindes durch die Adoptiveltern definiert. Während diese Adoptionsform mit zwei Dritteln in den Vereinigten Staaten am häufigsten auftritt, kommt sie in Deutschland nur in einem Drittel der Fälle vor. (Angaben des Statistischen Bundesamtes; Nickman et al., 2005).

In einem später in dieser Arbeit beschriebenen Vorgang bewerben sich meist kinderlose Paare oder auch Einzelpersonen bei der Adoptionsvermittlungsstelle, um die Aufnahme eines Kindes als ihr eigenes Kind. Die leiblichen Eltern müssen der Adoption zustimmen und das Kind wird nach dem Adoptionsverfahren rechtlich als das eigene Kind der Adoptiveltern betrachtet. Das wichtigste Entscheidungskriterium soll dabei immer das Wohl des vermittelten Kindes sein.

In Deutschland besteht ein Missverhältnis zwischen adoptionswilligen Personen und zur Adoption vorgemerkten Kindern (2003 waren es 13 Adoptionsbewerber pro Kind). Dies hängt von elterlicher Seite unter anderem mit der Rate von unfruchtbaren Ehepaaren von etwa 10 – 15% zusammen (Textor, 1993). Dem gegenüber steht eine sinkende Zahl von zur Adoption vorgemerkten Kindern, was an späterer Stelle noch ausführlich dargestellt wird (PFAD, 2003). Dieses wird vor allem durch eine verbesserte Verfügbarkeit von Kontrazeptiva und der Legalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen bedingt (Graham, 1986; Textor, 1993; Fensbo, 2004). Hinzu kommen die verbesserte finanzielle und soziale Unterstützung der

alleinerziehenden Mütter und ihre allgemeine Akzeptanz durch die heutige Gesellschaft (Fensbo, 2004; Textor, 1993). Dieses Missverhältnis aus Adoptionsbewerbern und zur Vermittlung stehenden Kindern hat lange Wartezeiten sowie ein aufwendiges und gründliches Auswahlverfahren zur Folge.

Eine Sonderform der Fremdadoption stellt die Adoption älterer, körperlich behinderter oder psychisch auffälliger Kinder dar, die durch die sinkende Zahl an zu vermittelnden Säuglingen eine zunehmende Rolle spielt (Fensbo, 2004; Graham, 1986; Sichel, 1987; Textor, 1993). Diese Kinder gelten als schwer vermittelbar und die Aufnahme eines solchen Kindes setzt eine enge Zusammenarbeit mit und Vorbereitung durch die Adoptionsvermittlungsstelle voraus.

1.2.2.2 Adoption durch ein Stiefelternteil oder andere Verwandte

Die häufigste Adoptionsform in Deutschland ist die Adoption durch ein Stiefelternteil oder einen Verwandten bis zum dritten Grad. Für diese Form gelten auch gesonderte rechtliche Bestimmungen, was im Wesentlichen durch eine Kontinuität in der Beziehung zu einem nahen Verwandten begründet wird (PFAD, 2003). Diese schon vorhandenen Verbindungen bedeuten für die Kinder oft eine geringere Veränderung ihres Lebens, was zu einem anderen Verständnis des Adoptivstatus führen kann. Bei der Untersuchung dieser Gruppe muss dieses beachtet werden und ihre Betrachtung sollte deshalb gesondert erfolgen (Haugaard, 1998).

1.2.2.3 Auslandsadoptionen

Eine andere stark an Bedeutung zunehmende Sonderform der Fremdadoptionen ist die Adoption von Kindern aus dem Ausland. Durch die bereits beschriebene Problematik des Missverhältnisses von adoptionswilligen Personen und die dem gegenüberstehende geringe Anzahl an zur Adoption freigegebenen Kindern (vor allem Säuglinge und Kleinkinder), entschließen sich seit dem Ende der sechziger Jahre immer mehr Adoptionswillige zur Annahme eines Kindes aus dem Ausland. Die meisten dieser Kinder stammen aus Entwicklungsländern. Diese Adoptionen werden aufgrund der sehr unterschiedlichen rechtlichen Bestimmungen der einzelnen Herkunftsländer nicht von der Adoptionsvermittlungsstelle des örtlichen Jugendamtes vorgenommen, sondern von den Zentralen Adoptionsvermittlungsstellen der Landesjugendämter oder durch staatlich

anerkannte Auslandsadoptionsvermittlungsstellen bei freien Trägern und örtlichen Jugendämtern (Textor, 1993; PFAD, 2003). Die Adoptionsvermittlung durch Privatpersonen oder nicht staatlich anerkannte Organisationen ist in Deutschland illegal und kann strafrechtlich verfolgt werden. Der starke Kinderwunsch, die langen Wartezeiten und schlechten Aussichten auf die Adoption eines deutschen Kindes treiben zahlreiche adoptionswillige Personen aber in diese Illegalität. Diese kommerziellen, illegalen oder kriminellen Praktiken sollen in 23% der Fälle vorkommen (Bach, 1988).

Die Adoption eines ausländischen Kindes erfordert ein großes Maß an zusätzlichen Überlegungen von Seiten der Adoptionsbewerber und erhöhte Ansprüche an diese von Seiten der Vermittlungsstelle (Schütt-Baeschlin, 1990). Es müssen Vorkommnisse wie eventueller Rassismus und noch stärkere Identitätsprobleme des adoptierten Kindes wie im Falle von deutschen Fremdadoptionen bedacht werden, da sich eine Kontaktaufnahme zu den leiblichen Eltern oft schwieriger oder sogar als unmöglich erweist. Auch wird eine gründliche Auseinandersetzung mit dem Herkunftsland erforderlich, um dem Kind so ein Stück der Kultur des Landes zu vermitteln und ihm bei der Identitätsfindung behilflich zu sein (PFAD, 2003).

1.2.2.4 Offene und Inkognitoadoption

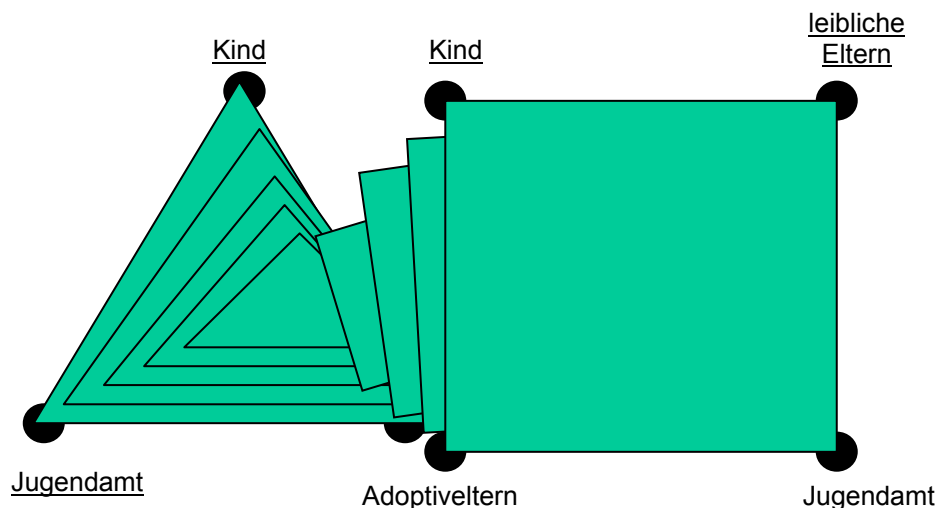
Die offene und Inkognitoadoption stellen verschiedene Verfahren in der Adoptionspraxis dar, die zwar keine rechtliche Grundlage besitzen, aber in der Adoptionsvermittlung eine große Rolle spielen.

Bei der Inkognitoadoption, die in Deutschland bis zum Anfang der 80-er Jahre fast ausschließlich durchgeführt wurde, handelt es sich um ein Adoptionsverfahren, in dem die Adoptiveltern den leiblichen Eltern weitestgehend unbekannt bleiben. Im Gegensatz dazu erhalten die Adoptiveltern nähere Informationen zur Person der abgebenden Eltern (Kuhn-Thorn et al., 1998; PFAD, 2003). Ein Kontakt zwischen den leiblichen Eltern und der Adoptivfamilie besteht nicht. Allerdings wurden in der Praxis zunehmend mögliche Gefahren einer solchen Adoptionspraxis deutlich. Den Kindern und Jugendlichen wurde nicht selten ihr Adoptivstatus verschwiegen. Dies führte möglicherweise zu einer Atmosphäre des Misstrauens und eventuell zu einem Vertrauensbruch mit den Adoptiveltern, wenn die Adoptierten die Wahrheit über ihre Herkunft trotzdem erfuhren. Weiterhin wurde spekuliert, dass die Inkognitoadoption

die Identitätsfindung deutlich erschweren könnte, da die Adoptierten oft nur wenige Möglichkeiten haben, Näheres über ihre Herkunft in Erfahrung zu bringen.

Die offene Adoption hingegen umfasst eine Vielzahl von Adoptionsverfahren, die sich hinsichtlich des Grades und der Intensität der Kontakte zwischen leiblichen Eltern und Adoptivfamilien unterscheiden (Textor, 1988). Sie wird den neueren Erkenntnissen und den Ansätzen der Familienforschung gerecht (Betsch et al., 1998).

Wesentliche Grundlage ist, dass sich aus dem Adoptionsdreieck vom Kind, den Adoptiveltern und dem Jugendamt ein Adoptionsviereck entwickelt, das auch die leiblichen Eltern einbezieht.



Figur 1: Vom Adoptionsdreieck zum Adoptionsviereck (aus Smentek, 1998)

Dem Adoptierten soll eine bessere Auseinandersetzung mit seinen Wurzeln ermöglicht werden, womit den oben beschriebenen Problemen entgegen getreten werden soll (Betsch et al., 1998).

Die Rolle der abgebenden Mutter wird gestärkt, da sie in den Adoptionsprozess einbezogen wird. Auch für die annehmenden Eltern soll die offene Adoption Vorteile bringen, beispielsweise durch ein größeres Vertrauensverhältnis zum Kind, dem seine Herkunft nicht verschwiegen wird. Allerdings kann auch die offene Adoption Probleme, wie zum Beispiel eine Belastung der Adoptivfamilie durch eine mögliche Einmischung der leiblichen Eltern, nach sich ziehen (Textor, 1988).

Obwohl die Adoptionsvermittlungsstellen in den meisten Fällen positive Erfahrungen mit der offenen Adoption machen, gilt die Empfehlung, im Adoptions-

vermittlungsverfahren immer die individuell beste Lösung anzustreben, was möglicherweise auch die Durchführung einer Inkognito- oder einer so genannten halboffenen Adoption bedeuten kann (PFAD, 2003).

1.2.3 Adoptionszahlen aus Deutschland

Es wurden die Adoptionszahlen seit 1967 erfasst, da in diesem Jahr der erste Adoptierte der vorliegenden Untersuchung geboren wurde. So war eine Darstellung der Entwicklung der Adoptionszahlen im Erfassungszeitraum und darüber hinaus gewährleistet.

Es zeigte sich gerade in den vergangenen zehn Jahren eine deutlich fallende Tendenz der Adoptionen in Deutschland.

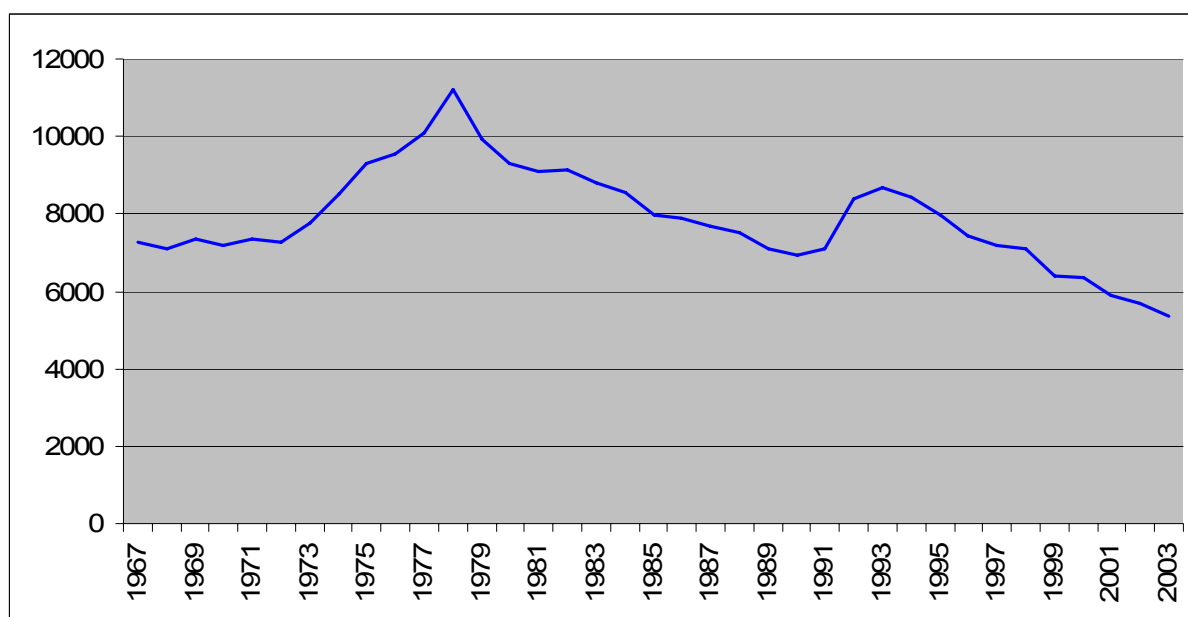


Diagramm 1: Entwicklung der Adoptionszahlen zwischen 1967 und 2003

Allerdings blieb trotz sinkender Adoptionszahlen der Adoptionsquotient (Anzahl der Adoptionen bezogen auf 1.000 Lebendgeburten; nach Tieman et al., 2006) wegen ebenfalls sinkender Geburtenraten relativ konstant, zeigte aber in den letzten Jahren eine eher fallende Tendenz. Ebenso verhielt es sich mit der seit 1990 durch das statistische Bundesamt erfassten Anzahl der Adoptierten an 10.000 Kindern und Jugendlichen (Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 1969-2005).

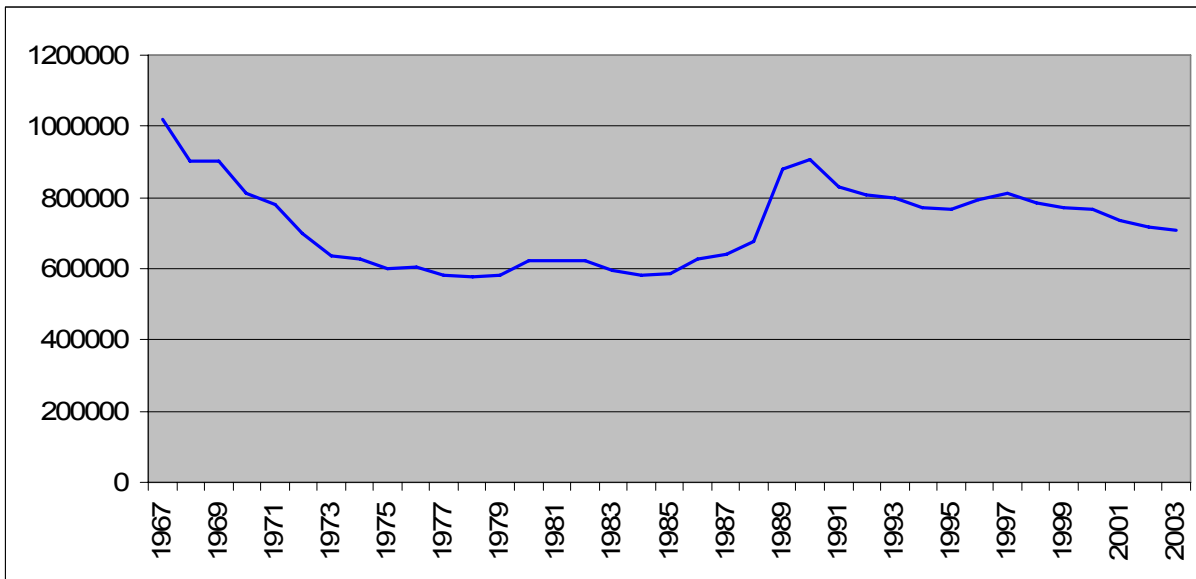


Diagramm 2: Entwicklung der Zahl der Geburten zwischen 1967 und 2003

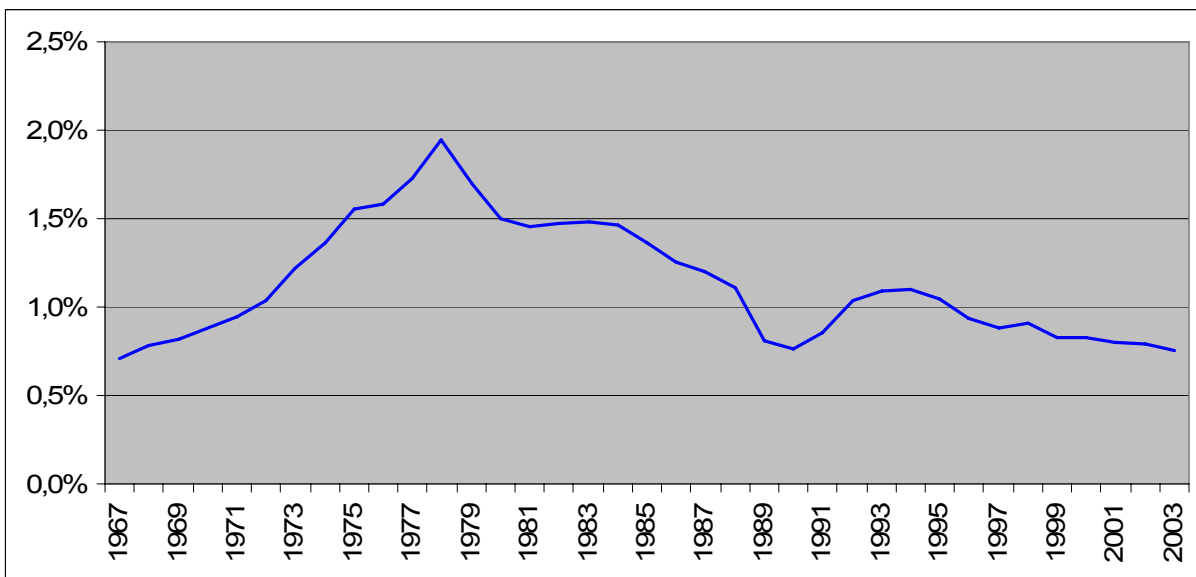


Diagramm 3: Anteil der Adoptierten an den Geburten zwischen 1967 und 2003

Das ebenfalls seit 1990 erfasste Geschlechterverhältnis der Adoptierten blieb weitestgehend konstant und präsentierte sich zwischen den Geschlechtern als verhältnismäßig ausgewogen.

Der überwiegende Teil der Adoptierten wurde von Stiefeltern oder Verwandten adoptiert. Eine lückenlose Dokumentation dieses Verhältnisses war allerdings erst ab 1998 vorhanden (Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2000-2005).

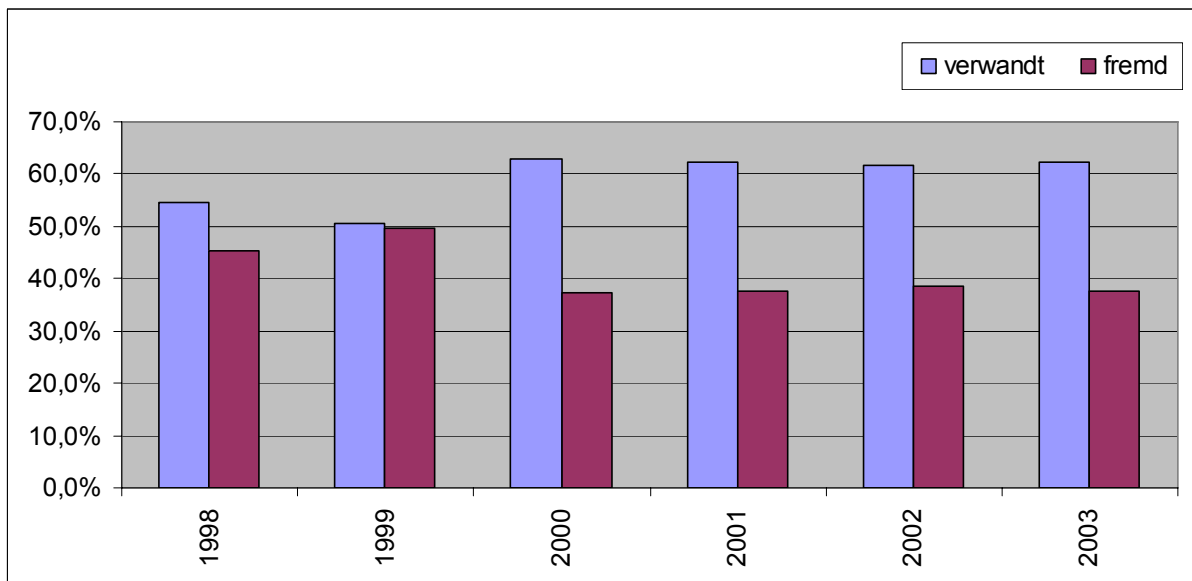


Diagramm 4: Verhältnis der Fremd- zu den Verwandtenadoptionen

Beim Adoptionsalter war ein deutlicher Rückgang der Adoptierten, welche bereits innerhalb des ersten Lebensjahres adoptiert wurden (12,8% im Jahr 1984 und 1,3% im Jahr 2003) zu beobachten. Gleichzeitig nahm die Zahl der Kinder zu, die bei der Adoption bereits älter als zwölf Jahre alt waren (25,8% im Jahr 1984 und 30,2% im Jahr 2003) (Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 1989-2005).

Seit 1984 war weiterhin eine stetige Zunahme des Anteils an Auslandadoptionen an der Gesamtzahl der Adoptierten zu bemerken, die im Jahr 2003 über 30% aller Adoptionen ausmachte, im Gegensatz zu nur 12,7% im Jahr 1984. Der überwiegende Teil der aus dem europäischen Ausland adoptierten Kinder und Jugendlichen wurden in der russischen Föderation geboren. Die meisten Adoptierten außerhalb von Europa stammten aus dem asiatischen Raum (Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2000-2005).

Jahr	Polen	Rumänien	Russische Föderation	Afrika	Amerika	Asien
1998	6,2	7,7	11,5	7,3	12,9	26,9
1999	7,3	6,9	11,5	9,3	12,1	26,3
2000	6,8	5,4	12,3	9,6	12,3	28,6
2001	6,1	5,4	14	8	12,2	24,5
2002	5,1	5,2	15,1	7,6	12,3	27
2003	4,8	3,8	17,3	7,6	12,1	26,5

Tabelle 1: Herkunftsländer der aus dem Ausland stammenden Adoptierten (Anteile in Prozent)

(Quelle: Statistisches Jahrbuch 1969 – 2005 der Bundesrepublik Deutschland)

1.2.4 Rechtliche Grundlagen von Adoptionen

Da die Adoptionspraxis in der Nachkriegszeit begann, sich an entwicklungspsychologischen Erkenntnissen zu orientieren, wurde im Jahr 1976 das „Gesetz über die Annahme als Kind“ (Adoptionsgesetz) reformiert, um dieser Entwicklung Rechnung zu tragen. Eine erweiterte Neufassung wurde am 17.11.1989 verabschiedet. Neben dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) enthalten auch das Adoptionsvermittlungsgesetz (AdVermiG), die Sozialgesetzbücher (SGB), im Wesentlichen Band VIII und das Gesetz über Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG) Regelungen, welche die Adoption betreffen. Alle diese Gesetzestexte haben als gemeinsames Ziel eine Annahme zum Wohl des Kindes und eine Entwicklung eines Eltern-Kind-Verhältnisses zwischen dem Kind und den Annehmenden.

Allgemeine Adoptionsregelungen wie der Personenstand und die Altersefordernisse werden im BGB §1743 und §1745 geregelt. Dabei muss bei annehmenden Ehepaaren ein Ehegatte mindestens das 25., der andere das 21. Lebensjahr vollendet haben. Bei Einzelpersonen muss das 25. Lebensjahr vollendet sein (§1743, 1-3). Weiterhin wird die Berücksichtigung der Kindesinteressen festgelegt (§1741 und §1745).

Das AdVermiG regelt vor allem ein Vermittlungsverbot, welches im Wesentlichen die Vermittlung von Kindern und Jugendlichen durch Nicht-Fachkräfte verbietet und eine Strafverschärfung bei Kindeshandel vorschreibt.

Die Adoptionspflege, die Zeit zwischen der Inobhutnahme des Kindes und dem Adoptionsbeschluss durch das Vormundschaftsgericht, wird durch alle oben angeführten Gesetzbücher geregelt (§8 AdVermiG, Beginn der Adoptionspflege; §1744 BGB, Probezeit vor der Annahme; §1751,4 BGB, Unterhaltspflicht; §33 und §44 SGB VIII, Vollzeitpflege und Pflegeerlaubnis). Die Annahme eines Kindes erfolgt dann durch den Beschluss des Vormundschaftsrichters (§1752 BGB). Die Annehmenden müssen einen notariell beglaubigten Antrag auf Annahme eines bestimmten Kindes als Adoptivkind beim zuständigen Vormundschaftsgericht stellen (§56 e FGG), der die Grundlage für die offizielle Eröffnung des Gerichtsverfahrens darstellt.

Das Gericht hat vor dem Beschluss die Anträge der Adoptionsbewerber (§1741 BGB), die Vorlage der Einwilligung der leiblichen Eltern (§1747 BGB) und die Einwilligung des Kindes (§1746 BGB) oder dessen gesetzlichen Vertreters zu

überprüfen. Neben der persönlichen Anhörung des Kindes muss auch das Jugendamt gehört (§49 FGG; §50 SGB VIII) und dessen gutachterliche Stellungnahme vorgelegt werden.

Der Beschluss wird mit der Zustellung an die Annehmenden wirksam und ist nicht anfechtbar.

Mit dem Adoptionsbeschluss erlöschen die bisherigen Verwandtschaftsverhältnisse (§1755, 1-2, BGB). Die Auflösung des Adoptionsverhältnisses ist nur in besonderen Ausnahmefällen im Einklang mit dem Kindeswohl möglich (§1759 BGB; §1760 BGB; §1763).

Für die Adoption mit Auslandsberührung gelten besondere rechtliche Bestimmungen, deren Grundlage das Haager Übereinkommen über den Schutz von Kindern und die Zusammenarbeit auf dem Gebiet der internationalen Adoption vom 29.05.1993 bildet. In der Bundesrepublik Deutschland trat dieses Gesetz am 01.03.2002 in Kraft. (Quellen neben den Gesetzestexten: PFAD, 2003; Hennig, 1994).

1.2.5 Formeller Ablauf einer Adoption

Wegen der Vielfalt von unterschiedlichen Bestimmungen und Gesetzen der einzelnen Herkunftsländer von ausländischen Adoptivkindern soll lediglich der Adoptionsvorgang bei einem aus Deutschland stammenden Kindes beschrieben werden.

Zu Beginn wird entweder die Adoptionsvermittlungsstelle auf Kinder aufmerksam, die für eine Adoption in Frage kommen könnten oder es erfolgt eine Kontaktaufnahme durch die leibliche Mutter, die sich zur Abgabe ihres Kindes entschlossen hat, mit dem Jugendamt. In diesem Fall findet eine ausführliche Beratung der leiblichen Mutter durch das Jugendamt statt, in der Möglichkeiten der Hilfe für ein Leben mit dem Kind besprochen und alternative Möglichkeiten zur Adoption diskutiert werden. Weiterhin wird sie über die rechtlichen Folgen und mögliche Schwierigkeiten aufgeklärt. Bei einer Säuglingsadoption steht der leiblichen Mutter ein Entscheidungszeitraum von mindestens acht Wochen nach der Geburt zur Verfügung, in der die Entscheidung überdacht und auch revidiert werden kann. Die erfolgte Einwilligung muss notariell beglaubigt sein.

Aufgrund der großen Anzahl von Adoptionsbewerbern ist die Wartezeit bis zur Vermittlung eines Kindes oft sehr lang und das Auswahlverfahren sehr aufwändig. Zunächst erfolgt in mehreren Gesprächen mit dem Jugendamt die so genannte

Eignungsprüfung, welche die Feststellung der grundsätzlichen Eignung der Bewerber und die Vermittlung allgemeiner Informationen über das Adoptionsverfahren beinhaltet. Es folgen weitere offene und ausführliche Gespräche sowie ein Hausbesuch. Außerdem werden teilweise verpflichtende Vorbereitungskurse angeboten. Es wird den Adoptionsbewerbern nahe gelegt, die oft sehr lange Wartezeit für eine optimale Vorbereitung auf das Kind zu nutzen. Im Mittelpunkt dieses aufwendigen Verfahrens soll das Wohl des Kindes stehen, das mit Hilfe des Jugendamtes an passende Bewerber vermittelt werden soll.

Der nächste Schritt im Adoptionsvermittlungsverfahren ist die so genannte Adoptionspflege. Diese Zeit soll der Gewöhnung und dem Aufbau einer Bindung zwischen dem Kind und den Annehmenden dienen und wird nicht als Probezeit, sondern als Eingewöhnungszeit verstanden. Die Dauer beträgt in der Regel ein Jahr, ist aber gesetzlich nicht festgelegt. Die Adoptiveltern werden in dieser Zeit durch die Adoptionsvermittlungsstelle und /oder das Jugendamt betreut und beraten.

Nach Ablauf der Adoptionspflege erfolgt die endgültige Annahme als Kind durch das Vormundschaftsgericht (nach PFAD, 2003).

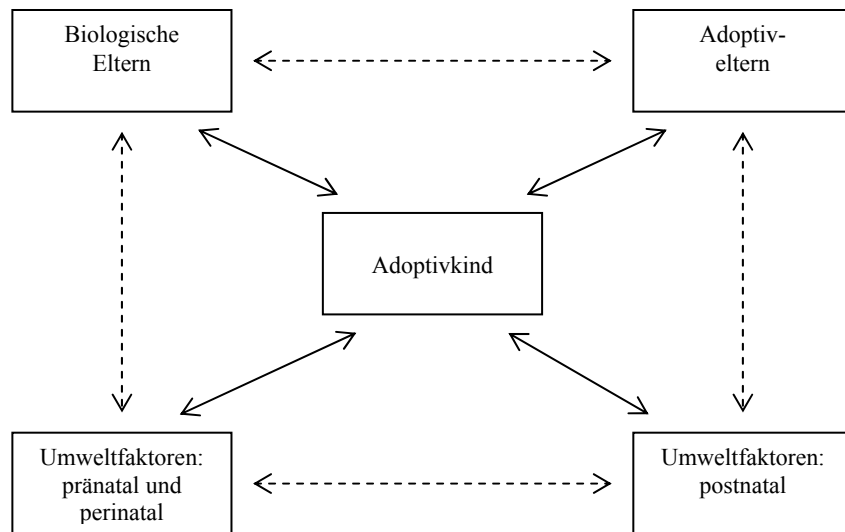
2. Aktueller Forschungsstand

2.1 Allgemeine Bedeutung von Adoptionsstudien

Die Adoption und die damit verbundenen Personen, Prozesse und Probleme steht schon seit vielen Jahrzehnten in verschiedenen Ländern im Interesse der Forschung. Neben den Erziehungswissenschaftlern, die mit diesem Thema immer wieder in Berührung kommen, finden sich auch Berührungspunkte zu verschiedenen anderen Berufsgruppen wie Medizinern, Psychologen, Soziologen und Juristen.

Es wird ein Überblick über die verschiedenen Studieninhalte gegeben, wobei aus der großen Anzahl von Untersuchungen nur ein Teil berücksichtigt werden kann.

In Bereich der Medizin finden sich zwei große Typen von Adoptionsstudien. Ein großer Bereich behandelt die so genannten genetischen Studien, die schon früh im Mittelpunkt des Interesses standen. In Adoptionen wird eine fertig vorfindbare experimentelle Grundlage zur Unterscheidung von genetischer Anlage und Umwelteinflüssen, denen das Kind während seiner Entwicklung ausgesetzt ist, gesehen und bietet damit neben Zwillingsstudien eine gute Stichprobe für verlässliche Aussagen hinsichtlich der Rolle in der Entwicklung insbesondere von psychischen Erkrankungen (Bohmann, 1980). Allerdings weist Cadoret (1986) auf das sehr komplizierte Beziehungsgeflecht zwischen den Adoptierten, den biologischen Eltern, den Adoptiveltern, sowie prä-, peri- und postnatalen Einflüssen hin. Diese müssten bei den genetischen Untersuchungen berücksichtigt und als Variablen kontrolliert werden.



Figur 2: Das Adoptionsparadigma nach Cadoret, 1986

Eine der ersten Studien dieser Art beschäftigte sich mit dem Einfluss von genetischen Komponenten und Umweltfaktoren auf die Intelligenz, wobei ein nicht signifikanter Einfluss von Umweltfaktoren nachgewiesen wurde (Leahy, 1935).

Später wurde auch die genetische Grundlage weiterer psychiatrischer Krankheitsbilder untersucht. Bei der Ätiologie von Schizophrenien stellte eine große finnische Adoptionsstudie vor allem ein erhöhtes Risiko hinsichtlich schizoider Persönlichkeitsstörungen fest, wenn die biologischen Mütter ebenfalls Erkrankungen aus diesem Spektrum aufzeigten (Tienari et al., 2003). In einer weiteren Untersuchung wiesen sie aber auch auf die protektiven Umweltfaktoren in der Adoptivfamilie hin, die die Entwicklung der Adoptierten mit einem hohen genetischen Risiko positiv beeinflussten (Tienari et al., 2004). Hinsichtlich der affektiven Störungen konnte im Gegensatz zu vorangegangenen Zwillingsstudien keine genetische Komponente nachgewiesen werden (Eley et al., 1998). Bei der Untersuchung des Einflusses von Anlage und Umwelt auf die Manifestation von Alkoholismus zeichneten sich neben den komplexen genetischen auch die vielfältigen Umwelteinflüsse deutlich ab (Cadoret et al., 1995). Von besonderem kinder- und jugendpsychiatrischem Interesse dürften die Adoptionsstudien zum hyperkinetischen Syndrom sein, da solche Patienten häufig in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen behandelt werden. Hechtman (1996) fand in einem Review verschiedener Adoptionsstudien Hinweise für genetische Einflussfaktoren in der Entwicklung des hyperkinetischen Syndroms. Sie wies aber

ebenfalls die Wichtigkeit von Umwelteinflüssen nach. Die Ergebnisse von Sprich et al. (2000) hingegen sprachen stark für eine genetische Komponente bei dieser Erkrankung. In der Studie von Cadoret et al. (1991) konnten Zusammenhänge zwischen einem delinquenten leiblichen Vater und der Entwicklung eines hyperkinetischen Syndroms bei den Kindern nachgewiesen werden. Allerdings korrelierten Faktoren, die die Adoptivfamilie betrafen, zum Beispiel ein niedriger sozioökonomischer Status oder eine psychiatrische Erkrankung, mit dem klinischen Outcome der Kinder.

In den 50-er Jahren rückte mit der Erforschung der Psychopathologie der Adoption ein zweiter Bereich stärker in das Interesse der Untersuchungen. Es hatte den Anschein, als fänden sich Adoptierte vermehrt in klinischen Populationen und als seien sie auch in einer nicht-klinischen Population auffälliger als nicht adoptierte Kinder und Jugendliche. Die Studien richteten sich neben der Verifizierung dieser Beobachtung auf deren verschiedenen möglichen Einflussfaktoren. Weiterhin wurde auch Thesen über ein spezifisches Erkrankungsmuster bei Adoptierten nachgegangen. Diese Art von Studien wird in den folgenden Kapiteln in erster Linie berücksichtigt, da sich die vorliegende Arbeit mit einer solchen Fragestellung beschäftigt.

2.2 Mögliche Einflussfaktoren für die Entwicklung von psychiatrischen Erkrankungen bei Adoptivkindern

2.2.1 Langzeit- und Querschnittsstudien

Bei der Untersuchung bereits vorliegender Kohorten- und Längsschnittstudien handelt es sich oft um ältere Untersuchungen, die aber aufgrund des Umfangs ihrer Stichproben und dem Mangel an aktuellen Veröffentlichungen dieser Art berücksichtigt werden sollen. Es wird ein Überblick über die wichtigsten Adoptionsstudien unter Berücksichtigung ihres Umfangs und Aufbaus gegeben und auf Besonderheiten der verschiedenen Studientypen hingewiesen. Einzelne Ergebnisse werden teilweise an anderer Stelle dargestellt.

Bei den meisten großen Studien handelt es sich um nicht-klinische Untersuchungen, was bedingt, dass ihre Fragestellungen oft keine rein psychiatrischen Themen betreffen.

Die Ergebnisse der Untersuchung einer großen britischen Kohortenstudie wurden von Haugaard (1998) in seiner umfangreichen Übersicht verschiedener Studien berücksichtigt. In einer Kohorte von 1958 wurden 205 adoptierte Kinder bis ins Alter von 23 Jahren begleitet und ihre Entwicklung im Alter von sieben, elf, 16 und 23 Jahren dargestellt. Es fanden sich dabei zu allen Zeitpunkten vermehrt Auffälligkeiten verschiedener Art bei den Adoptivkindern.

Eine andere, sehr wichtige Studie stellt die Untersuchung einer schwedischen Kohorte von 624 Kindern dar, welche 1956 und 1957 in Stockholm geboren wurden (Bohman et al., 1980). Die Adoptierten wurden dabei im Alter von elf, 15, 18 und 22 Jahren anhand verschiedener Methoden durch dieselben Autoren untersucht. Dabei wurde als ein wichtiges Ergebnis befunden, dass die Probanden zu den verschiedenen Untersuchungszeitpunkten als unterschiedlich problematisch eingeschätzt wurden. Während die Adoptivkinder im Alter von elf Jahren noch erhebliche Unterschiede zu ihrer Kontrollgruppe von Nichtadoptierten aufwiesen, waren diese Unterschiede im Alter von 22 Jahren nicht mehr nachweisbar. Dabei ist aber anzumerken, dass die Untersuchung einige methodische Schwächen aufweist. So konnte sie beispielsweise in vielen Fällen nur auf Informationen aus offiziellen Datenquellen zurückgreifen. Trotzdem zeigen die Ergebnisse der Studie die Notwendigkeit von Langzeituntersuchungen auf, da die Gesamtentwicklung der Adoptivkinder nicht von der Normalbevölkerung abzuweichen scheint.

Weiterhin untersuchte Bohman (1973) eine weitere Kohorte von 168 Kindern zweier Jahrgänge, von denen er Daten über die leiblichen Eltern und über die Zeit während der Schwangerschaft und der Geburt zusammentrug. Anschließend untersuchte er diese Gruppe anhand von Elterninterviews und einer Schuluntersuchung im Alter von zehn bzw. elf Jahren nach. Dabei berücksichtigte er alle am Adoptionsprozess Beteiligten (leibliche Eltern, Adoptiveltern und Adoptierte selbst), was zu einer in diesem Umfang seltenen Arbeit führte.

Eine neuere neuseeländische Studie (Fergusson et al., 1995) untersucht eine 1977 geborene Kohorte von 1265 Kindern, von denen 3,5% adoptiert wurden, zum Zeitpunkt der Geburt, im Alter von vier Monaten, einem Jahr und anschließend in jährlichen Abständen bis zu ihrem 16. Lebensjahr. Dabei wurde anhand von Elterninterviews über Entwicklungsprobleme und Verhaltensauffälligkeiten die Gruppe der Adoptierten mit einer Gruppe von Kindern in Familien mit beiden Elternteilen und einer weiteren Stichprobe von alleinerziehenden Müttern oder Vätern

verglichen. Die Autoren stellten eine erhöhte Rate von extroversiven Verhaltensauffälligkeiten bei den Adoptierten im Vergleich zu den Familien mit beiden Elternteilen fest. Im Vergleich zu den alleinerziehenden Elternteilen wiesen sie allerdings weniger Auffälligkeiten auf. Die Autoren betonten, dass die Adoption selbst als ein nur relativ schwaches Kriterium für die Voraussagen über die weitere Entwicklung der Kinder zu werten war.

Bei der wohl aktuellsten, noch nicht abgeschlossenen, Langzeitstudie handelt es sich um die ERA (The English and Romanian Adoptees Study), die seit Anfang der neunziger Jahre in Großbritannien durchgeführt wird. Es bot sich nach dem Verfall des Ceaușescu Regimes in Rumänien die einmalige Möglichkeit eine Gruppe von schwer deprivierten, meist institutionalisierten Kindern, welche von britischen Familien adoptiert wurden, in ihrer Entwicklung zu begleiten und zu beobachten. Unter anderem wurde bei Auswertungen im Alter von vier, sechs und elf Jahren ein Zusammenhang der kognitiven Entwicklung und der Entwicklung bestimmter psychischer Störungen abhängig von der Dauer der Deprivation gezeigt. Es wurde aber auch deutlich, dass die Adoptierten im Alter von elf Jahren ihren anfangs deutlichen Entwicklungsrückstand schon weitestgehend aufgeholt hatten. Diese Ergebnisse machen die Wichtigkeit solcher Langzeitbeobachtungen deutlich (Rutter, 1998; Krepper et al., 2001; Beckett et al., 2006).

Im Gegensatz zu diesen Langzeituntersuchungen stehen Querschnittsstudien. Diese können zwar nur eine Momentaufnahme des Entwicklungsstandes der Probanden geben, umfassen dafür aber oft mehr Kinder und Jugendliche in verschiedenen Altersstufen.

Eine kanadische Studie untersuchte im Rahmen der Ontario Child Health Study die Adoptierten, welche einen Anteil von 3,2 % (d.h. 104 Kinder und Jugendliche) der 3243 Kinder ausmachten (Lipman et al., 1992; Lipman et al., 1993). Die Daten wurden anhand von Eltern- und Lehrerinterviews und direkten Informationen der Betroffenen aus Fragebögen gewonnen. Es wurde dabei kein unabhängiger Einfluss des Adoptivstatus auf die Entwicklung psychiatrischer Störungen oder anderer Auffälligkeiten nachgewiesen.

Eine neuere, große Adoptivstudie (Miller et al, 2000) umfasste 1587 Adoptierte, die im Rahmen einer Schuluntersuchung erfasst und mit einer Kontrollgruppe von 87165 Nichtadoptierten verglichen wurden. Allerdings wurden dabei keine psychiatrischen Krankheitsbilder untersucht, sondern eher allgemeine Parameter,

welche die Schule, die psychologische und körperliche Entwicklung, das Verhältnis zu den Eltern und Substanzenabusus, sowie körperliche Gewalttätigkeit, erfassten. Es konnten vermehrte Auffälligkeiten bei den Adoptierten im Vergleich zu ihrer nicht adoptierten Kontrollgruppe nachgewiesen werden.

Simmel et al. (2001) konnten in einer anderen großen Querschnittsstudie in den Vereinigten Staaten anhand eines Elterninterviews die Symptomatologie von insgesamt 808 Adoptierten untersuchen.

Die bislang größte Anzahl von Adoptierten konnten wohl Sharma et al. (1996) in ihrer umfangreichen Untersuchung von 4682 Kindern und Jugendlichen erfassen. Sie untersuchten insgesamt zwölf verschiedene Parameter aus dem Bereich der Emotionen und des Verhaltens sowie der Familie. Dabei fanden sie insbesondere bei den adoptierten Jungen deutliche Schwächen, allerdings auch Stärken im Bereich des sozialen förderlichen Verhaltens gegenüber der Kontrollgruppe. Auch konnten sie Tendenzen zeigen, dass die Adoptierten in verschiedenen Altersstufen verschieden auffällig waren, obwohl zu beachten ist, dass es sich nicht um eine Langzeitstudie handelte und somit die Entwicklung bei den einzelnen Individuen nicht zu beurteilen ist.

Rein klinische Studien treten seltener auf, was mit dem insgesamt geringen Anteil der Adoptierten an der Normalbevölkerung zusammenhängen könnte und aus diesem Grund teilweise sehr lange Untersuchungszeiträume erfordern, um ein repräsentatives Kollektiv zu erhalten. Allerdings finden sich auch hier einige Beispiele.

Dickson et al. (1990) fanden bei einer Untersuchung von 375 Patienten einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik einen Anteil der Adoptierten von 11,7%, von denen die Jungen leicht, aber nicht signifikant überrepräsentiert waren. Insgesamt wurde hier die Familiensituation bezogen auf die Vorstellung und die Dauer des Aufenthaltes untersucht.

In einer kleineren Studie wurde eine klinische Stichprobe von 178 Fällen hinsichtlich der Psychopathologie der Adoptierten untersucht (Moore et al., 1999).

In Studien von Adoptionen mit Auslandsberührung finden sich zum Teil auch größere Stichproben (Stams et al., 2000; Verhulst et al., 1990; Verhulst et al., 1992; Versluisden Bieman et al., 1995). Sie werden aber an anderer Stelle gesondert betrachtet (Kapitel 2.1.4).

In Deutschland wurden bislang nur wenige, sehr kleine Stichproben untersucht. So veröffentlichte Jungmann (1980) seine Ergebnisse einer Untersuchung an 28 Adoptivkindern, die 1976 bis 1979 Patienten einer deutschen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie waren, hinsichtlich der Diagnosen und der familiären Situation. 1984 präsentierte er die Ergebnisse einer nicht-klinischen Untersuchung von 51 zwischen 1968 und 1970 geborenen Adoptivkindern. Es wurde dabei in erster Linie anhand von Fragebögen an die Adoptiveltern die Entwicklung der Kinder und die Zufriedenheit der Eltern eruiert.

Die aktuellste deutsche Untersuchung legte Schleiffer 1993 vor. Er untersuchte in einer ebenfalls sehr kleinen Stichprobe, die 21 Patienten einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik umfasste, Risikofaktoren von dissozialen Störungen bei Adoptierten und verglich diese mit einer Stichprobe von nicht adoptierten Probanden. Anhand dieser Auswahl von Adoptionsstudien zeigen sich gewisse Charakteristika hinsichtlich des Aufbaus und der untersuchten Variablen. Insgesamt wurden nur relativ wenige Kohortenstudien durchgeführt. Dem gegenüber stehen die oft sehr umfangreichen Querschnittsstudien, die aber in den meisten Fällen lediglich nicht-klinische Kollektive enthalten. Klinische Studien untersuchen in den meisten Fällen relativ kleine Stichproben. Weiterhin wurde beobachtet, dass keine der großen Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum stammt.

2.1.2.2 Unterschiede zwischen klinischen und nicht-klinischen Studien

Die Prävalenz von Adoptivkindern an Gesamtbevölkerung in Deutschland beträgt etwa 1%. In den Vereinigten Staaten finden sich mit einer Rate von etwa 1,5% - 2% (Nickman et al., 1987) ähnliche Werte.

Als ein häufiges Thema, welches zu Anfang vieler Adoptionsstudien steht, erweist sich die Frage, ob Adoptivkinder im Vergleich zu Nichtadoptierten tatsächlich vermehrt Verhaltensauffälligkeiten und psychiatrische Auffälligkeiten zeigen. Die Raten von auffälligen Adoptivkindern werden von verschiedenen Autoren oft sehr unterschiedlich beurteilt und müssen im Zusammenhang mit den Adoptionszahlen in der Allgemeinbevölkerung gesehen werden.

Während Jungmann (1980) in seiner Untersuchung von 28 Adoptierten in einer Klinik keinen erhöhten Anteil im Vergleich zu ihrer Prävalenz in der Normalbevölkerung

feststellen konnte, kamen andere Autoren in ihren Untersuchungen zu signifikanten Unterschieden (Warren, 1992; Fergusson et al., 1995; Brand et al., 1999).

Haugaard (1998) zeigte in einer umfassenden Metaanalyse ein differenzierteres Bild. Er machte die Beobachtung, dass den verschiedenen Untersuchungen zum Teil sehr unterschiedliche Stichproben zugrunde lagen. In klinischen Studien fand er überwiegend einen erhöhten Anteil an Adoptierten im Vergleich zu ihrem Anteil an der Bevölkerung, während sich in nicht-klinischen Studien der Anteil von auffälligen Adoptierten nicht oder lediglich leicht erhöht zeigte. Dabei scheint es durchaus Unterschiede zwischen Stichproben, die bei stationären Aufenthalten oder ambulanten Behandlungen erfasst wurden, zu geben. Die Raten in ambulanten Stichproben zeigten sich meistens weniger erhöht (Brinich et al., 1982; Goldberg et al., 1992; Kotsopoulos et al., 1993). Diese Beobachtung führte zu seiner Interpretation, dass unter Adoptierten möglicherweise die Prävalenz von ernsthaften psychiatrischen Erkrankungen besonders hoch ist.

Veröffentlichungen	Zeitraum	Gesamte Patienten-/ Probandenzahl	Anteil der Adoptierten (in Prozent)
JUNGMANN	1976 - 1986	2.210	1,3
ROGENESS et al.	1988 ¹	763	8,7
DICKSON et al.	1982 - 1986	375	11,7
GOLDBERG et al.	1968 - 1982	5.800	3,6
SCHLEIFFER	1989 - 1991	250	9,6
MOORE et al.	1982 - 1996	4.507	3,9
FU I et al.	2001 ¹	5.800	7,5
SLAP et al	2001	6.577	3,25

Tabelle 2: Anteil der Adoptierten an der Gesamtzahl der Patienten/Probanden in verschiedenen Untersuchungen;

Titel der Veröffentlichungen siehe Literaturverzeichnis

¹ Jahr der Veröffentlichung

Eine große Gruppe von Adoptierten wird in nichtklinischen Studien erfasst. Bei diesen ist zu berücksichtigen, dass oft keine psychiatrischen Krankheitsbilder eruiert werden, sondern anhand verschiedener Methoden wie Fragebögen oder Verhaltensskalen zum Beispiel Auffälligkeiten im schulischen Bereich oder im familiären Umfeld (z.B. Hodges et al, 1989; Lipman et al., 1993; Miller et al., 2000). Es werden aber auch Verhaltensauffälligkeiten definiert, die in vielen Fällen auch den klinischen Symptomen entsprechen, wobei natürlich anhand solcher Beobachtungen keine klinischen Diagnosen nach den ICD-10- oder DSM-IV-Kriterien gestellt werden können (Brodzinsky et al., 1987; Fergusson et al., 1995).

Andererseits bieten solche Untersuchungen den Vorteil, auch den großen Anteil von nicht auffälligen Adoptierten zu erfassen und damit zu belegen, dass sich der größte Teil von ihnen weitestgehend unauffällig entwickelt.

Bei einer repräsentativen, nicht-klinischen Stichprobe in den USA wurden Verhaltensauffälligkeiten von Adoptierten im Vergleich zu Pflegekindern und Kindern, die bei wenigstens einem leiblichen Elternteil lebten, untersucht (Brand et al., 1999). Dabei fiel eine Gruppe von etwa fünf Prozent der adoptierten Kinder mit sehr hohen Werten bei den angewandten Verhaltenstests auf. Wurde diese Gruppe bei der Auswertung nicht berücksichtigt, ergaben sich für die Adoptierten Werte wie bei ihrer Kontrollgruppe von Nichtadoptierten. Eine mögliche Interpretation für ein solches Ergebnis wäre die Annahme, dass dieser geringe Anteil an sehr auffälligen Kindern, den potentiellen Patienten einer psychiatrischen Einrichtung entsprechen, während sich der überwiegende Teil der Adoptierten normal entwickelt.

Während die meisten dieser Studien lediglich Fremdadoptionen berücksichtigen, wurde in einer brasilianischen Untersuchung, in der Stichproben in einer psychiatrischen Klinik und einer Schule erfasst wurden, zwischen Fremd- und Verwandtenadoptionen unterschieden (Fu I et al., 2001). Dabei konnte gezeigt werden, dass Verwandtenadoptionen in einer nicht-klinischen Population den größten Anteil der Adoptierten ausmachen. Im Gegensatz dazu wurden in einer klinischen Stichprobe vermehrt Kinder aus Fremdadoptionen gefunden. Dieses würde die Hypothese unterstützen, dass die Adoptierten aus Stiefeltern- oder Verwandtenadoptionen weniger Auffälligkeiten aufweisen, da sie zumindest teilweise in einem gewohnten Umfeld verbleiben.

Insgesamt ist also festzustellen, dass es bei der Beurteilung von Adoptivstudien der Studienaufbau von entscheidender Bedeutung ist und welche Populationen in der vorliegenden Stichprobe zugrunde liegen. Weiterhin darf aus solchen Daten nicht geschlossen werden, dass Adoptierte lediglich aufgrund ihres Adoptivstatus vermehrt in psychiatrischen Einrichtungen vorgestellt werden, da eine Berücksichtigung weiterer möglicher Einflussfaktoren stattfinden muss (Haugaard, 1998).

2.2.2 Genetische, sowie prä- und perinatale Einflussfaktoren

Wie bereits beschrieben, wurden schon zu verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbildern Adoptionsstudien durchgeführt, um eine Differenzierung zwischen

der genetischen Anlage einer Krankheit und den Umweltfaktoren zu gewährleisten. Untersuchungen mit der spezifischen Fragestellung, ob auffällige Adoptierte wegen ihrer genetischen Anlage bestimmte Erkrankungen entwickelten oder ob Faktoren, welche den Adoptionsprozess betreffen, die größere Rolle spielen, wurden allerdings noch nicht durchgeführt.

Auch der teratogene Effekt verschiedener Drogen, Alkohol, Medikamente und anderen Genussmitteln wurde schon häufig wissenschaftlich untersucht. Dabei erwies sich aber bei der Untersuchung des Einflusses von Drogen als besondere Schwierigkeit, dass viele Faktoren, wie das Aufwachsen in einem Umfeld mit niedrigem sozioökonomischen Status, als Confounder gelten und die Differenzierung der verschiedenen Risikofaktoren fast nicht möglich war (Moe et al., 2002). Um diese Confounder zu kontrollieren führten Moe et al. (2001) eine Untersuchung durch, in der sie 78 Adoptierte bzw. Pflegekinder, die pränatal teratogenen Stoffen ausgesetzt waren, anhand verschiedener Kriterien erfassten und bis zum Alter von drei Jahren jährlich nachuntersuchten. Dabei zeigten sich insbesondere die männlichen Kinder bei den Nachuntersuchungen als auffällig, während die perinatalogischen Daten keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigten. Allerdings war ein deutliches Aufholen der Defizite im Untersuchungszeitraum zu erkennen. In einer weiteren Untersuchung derselben Gruppe im Alter von viereinhalb Jahren waren immer noch Defizite im Bereich der visuo-motorischen und perzeptiven Fähigkeiten aufzuweisen (Moe, 2002). In einem ähnlichen Studienaufbau untersuchten Nulman et al. (2001) Adoptierte, die in der Schwangerschaft dem Einfluss von Kokain ausgesetzt waren. Diese zeigten neben Schwächen im sprachlichen Bereich auch höhere Aktivitätslevel und geringere Aufmerksamkeit. Auch hier wurden andere Variablen, welche die Adoption direkt betreffen, nicht kontrolliert. Weiterhin wurden bei diesen Autoren keine psychiatrischen Störungen nach ICD-10 oder DSM IV untersucht. Es lassen sich deshalb nur Hinweise darauf finden, dass pränatale Faktoren hinsichtlich toxischer Stoffe einen Einfluss auf das vermehrte Auftreten von psychischen Störungen bei Adoptierten haben könnten. Hinsichtlich des Alkohols konnten Cadoret et al (1995) nachweisen, dass die Kinder von leiblichen Müttern, bei welchen während der Schwangerschaft Alkoholkonsum nachzuweisen war, sich auffälliger hinsichtlich ihrer Entwicklung von dissozialen Störungen zeigten.

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch die ausführliche Auswertung von Adoptionsstudien von Freundlich (2002), welche die biologischen Mütter

charakterisierte. Sie fand heraus, dass die abgebenden Mütter eher ein intaktes Elternhaus aufwiesen, eine bessere Ausbildung und auch einen höheren sozioökonomischen hatten. Dahingegen wird insgesamt davon ausgegangen, dass Substanzenabusus insgesamt eher in den sozial schwächeren Familien stattfindet und auch die Adoptierten, die teratogenen Substanzen ausgesetzt sind, von solchen biologischen Müttern stammen (Moe, 2002). In einer schon älteren, deutschen Untersuchung fand Barth (1978) gegensätzliche Ergebnisse hinsichtlich der biologischen Mütter. Die meisten kamen aus einem sozial schwachen Hintergrund und zeigten eine niedrigere Schulbildung. Der Anteil von Prostituierten war mit fast zehn Prozent recht hoch. Auch in der großen Untersuchung von Berry et al. (1996) waren die leiblichen Mütter mit einem Alter von Anfang 20 eher jung und wiesen auch eine niedrigere Schulbildung auf. Ob diese sehr konträren Ergebnisse durch den verschiedenen Durchführungszeitpunkt der jeweiligen Studie oder durch die verschiedenen Voraussetzungen in den unterschiedlichen Ländern zustande kommen, kann nur spekuliert werden.

Untersuchungen, die Komplikationen bei der Geburt als Risikofaktoren hinsichtlich der Entwicklung psychischer Störungen untersuchten, konnten nicht gefunden werden.

2.2.3 Mögliche negative Erlebnisse der Kinder vor der Adoption und die Rolle des Adoptionszeitpunktes

Mit der langsamen Entwicklung der Adoptionspraxis hin zu einer Vermittlung, die auf die Interessen und Bedürfnisse des Kindes einging, begann sich auch die Literatur mit der Rolle der Adoptierten selbst zu beschäftigen. Bowlby (1951) widmete seinem Buch *“Maternal Care and Mental Health“* ein ganzes Kapitel dem Thema Adoption. Er ging insbesondere auf die möglichen Gefahren eines Aufenthaltes in einem Heim oder einer Gruppenpflege im Sinne einer frühkindlichen Deprivation ein. Dabei plädierte er für eine möglichst frühe Adoption, möglichst innerhalb der ersten beiden Lebensmonate, um diese Schäden zu vermeiden.

Die Rolle des Adoptionszeitpunktes hinsichtlich der Entwicklung von späteren Verhaltensauffälligkeiten, vor allem das Vorliegen einer Altersschwelle, ab welcher diese gehäuft auftreten, wird seit dem immer wieder kontrovers diskutiert. Ein Grund für den möglichen Einfluss einer solchen Altersschwelle könnte auch der eventuell

schon erfolgte Aufbau einer Beziehung zur leiblichen Mutter sein, was bei späteren Adoptionen vorkommen kann (Haugaard, 1998).

Etwa die Hälfte der Kinder wurde vor der Vollendung des ersten Lebensjahres adoptiert (Dickson et al., 1990; Rogeness et al., 1988; Sharma et al., 1996b), in einer anderen Studie war die Hälfte zum Zeitpunkt der Adoption sogar jünger als sechs Monate (Brinich et al., 1982) und in einer Weiteren betrug das durchschnittliche Adoptionsalter 26 Monate (Smith et al., 2002).

Während in der Adoptionsvermittlungspraxis allgemein eine möglichst frühe Adoption empfohlen wird, finden sich oft bei wissenschaftlichen Untersuchungen widersprüchliche Ergebnisse hinsichtlich des Einflusses des Alters bei der Adoption auf die spätere Entwicklung. So konnten Bohman et al. (1984) keinen Einfluss auf die spätere Entwicklung von psychischen Problemen oder Auffälligkeiten nachweisen.

Brand et al. (1999) unterschieden bei ihrer Untersuchung Kinder, die zum Zeitpunkt der Adoption jünger bzw. älter als sechs Monate waren. Sie konnten zeigen, dass bei Kindern, die nach dem Erreichen des sechsten Lebensmonats adoptiert wurden, häufiger Auffälligkeiten auftraten als bei den früher Adoptierten. Bei einer anderen Nachuntersuchung von Adoptivkindern, die bereits vorher ambulant vorgestellt wurden, hatte die Gruppe der Kinder, die vor dem sechsten Lebensmonat adoptiert wurden, den geringsten Anteil an psychiatrischen Diagnosen (Kotsopoulos et al., 1993). Die frühe Adoption wurde dort als ein Protektivfaktor gegen die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten gewertet, allerdings garantiert sie nicht die dauerhafte Beziehung zwischen den Adoptierten und ihren Adoptiveltern.

In einer weiteren Untersuchung wurde die Altersgrenze auf zwei Jahre festgelegt. Die später Adoptierten hatten hier bereits häufiger Kontakt mit sozialen oder medizinischen Einrichtungen. Im Diagnosespektrum und Symptomprofil fanden sich allerdings nur wenige Unterschiede zu den Kindern, die vor dem zweiten Lebensjahr adoptiert wurden (Moore et al., 1999). Eine sehr differenzierte Untersuchung hinsichtlich des Alters bei Adoption und der Entwicklung möglicher Schwierigkeiten hinsichtlich des Verhaltens und der Emotionen führten Sharma et al. (1996b) durch. Sie erfassten bei einer Gruppe von 4.682 Adoptierten deren Alter bei Adoption und führten Tests zu oben genannten Variablen durch. Bei der Auswertung bildeten sie Gruppen von Kindern, die innerhalb des ersten Lebensjahres adoptiert wurden, zwei weitere Gruppen, bei welchen die Adoption zwischen dem zweiten bis fünften bzw. dem sechsten bis zehnten Lebensjahr erfolgte und einer vierten, bei denen eine

Adoption erst nach dem zehnten Lebensjahr durchgeführt wurde. Außerdem wurde ein Vergleich mit einer Kontrollgruppe von Nichtadoptierten mit den jeweiligen Kollektiven durchgeführt. In der Gruppe der innerhalb des ersten Lebensjahres Adoptierten fanden sich zwar signifikante Unterschiede zu der Kontrollgruppe, welche allerdings von allen Altersgruppen am geringsten ausfielen. Die beiden mittleren Altersgruppen zeigten interessanterweise zueinander kaum Unterschiede. Große Differenzen zu allen Vergleichsgruppen fanden sich bei den Kindern und Jugendlichen, welche erst nach dem zehnten Lebensjahr adoptiert wurden, wobei diese die größten Auffälligkeiten zeigten.

Nach Ansicht einiger Autoren spielt allerdings nicht der Adoptionszeitpunkt die entscheidende Rolle, sondern die Erfahrungen, die das Adoptivkind vor seiner Adoption gemacht hat und welche ihm durch eine frühe Adoption möglicherweise erspart blieben (Kotsopoulos et al., 1993). Schon Clothier (1943) wies auf traumatische Erfahrungen hin, die dem Kind ihrer Meinung nach die Möglichkeit zum Aufbau einer ersten Bindung nehmen. Viele ältere Kinder gelten wegen der möglichen psychischen Folgen einer von solchen Traumatisierungen heute als schwer vermittelbar. Dabei definierten Erich et al. (2002) solche Adoptierten als Kinder mit speziellen Bedürfnissen, die älter als drei Jahre sind, physische oder psychische Behinderungen aufweisen, psychosoziale oder emotionale Probleme haben oder solche, die als Teil einer Geschwisterkonstellation oder einer Minderheitengruppen gelten. Viele der Kinder werden außerdem aufgrund von Misshandlung oder Missbrauch aus der Familie genommen und anschließend zur Adoption freigegeben. Es konnte nachgewiesen werden, dass solche Kinder vermehrt vor ihrer Adoption körperlich missbraucht wurden (Erich et al., 2002; Moore et al., 1999). Bei einer Untersuchung von Kindern mit vorliegendem hyperkinetischen Syndrom und oppositionellen Verhalten fand sich ein signifikant erhöhter Anteil von Kindern mit einer Vorgeschichte von Missbrauch oder Misshandlung (Simmel et al., 2001). Auch in diesem Fall wurde die Adoption nach dem zweiten Lebensjahr mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von einem erfolgten Missbrauch in Verbindung gebracht.

Es ist aber auch zu berücksichtigen, dass bei einer Adoption zu einem späteren Zeitpunkt nicht immer eine solche Vorgeschichte bestehen muss, sondern dass auch die Möglichkeit einer jungen, fürsorgliche Mutter besteht, die ihr Kind zur Adoption

freigibt, weil sie in ihr die beste Entwicklungsmöglichkeit für ihr Kind sieht (Haugaard, 1998).

Neben dem Vorliegen von Missbrauch wird auch das Vorliegen von Heimaufhalten vor dem Zeitpunkt der Adoption als Ursache für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten diskutiert. Auch Studien aus Großbritannien, welche die Entwicklung von schwer deprivierten Adoptierten aus Kinderheimen in Rumänien untersuchen, zeigten eine Korrelation zwischen der Dauer dieser Heimaufhalte und dem Ausmaß der später auftretenden Störungen (Kreppner et al., 2001; O'Connor et al., 2000). Die Schäden durch die Deprivation seien aber nicht irreversibel (Beckett et al., 2006). Weiterhin wurde von den Autoren in einer weiteren Untersuchung derselben Gruppe im Alter von sechs Jahren die Hypothese aufgestellt, dass die Deprivation neuronale Schäden im Gehirn hinterlässt, die kognitive Defizite verursachen. Teilweise konnte dieses Defizit bis zum sechsten Lebensjahr nicht aufgeholt werden, insbesondere wenn die Deprivation in einer bestimmten vulnerablen Phase der Entwicklung stattfand. Zusammenhänge zu einer möglichen Bindungsstörung konnten nicht gezeigt werden. Ihre Hypothese stützten sie durch die Beobachtung, dass es einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Dauer der Deprivation und dem Ausmaß des kognitiven Defizits gab. Weiterhin wiesen sie einen geringeren Kopfumfang nach, den sie mit dem Gehirnwachstum in Zusammenhang setzten (Rutter et al., 2004).

Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe von Nichtadoptierten hatten in einer anderen Studie 16-jährige Adoptierte, die zwei Jahre in einem Heim verbrachten, vermehrt Auffälligkeiten insbesondere im Bereich der Beziehung zu der jeweiligen Peer-Group. Auffälligkeiten innerhalb der Adoptivfamilie konnten hingegen nicht nachgewiesen werden. Weiterhin zeigten sich insgesamt weniger Probleme als in der Vergleichsgruppe von Heimkindern oder Kindern, die in Pflegefamilien untergebracht wurden oder zu ihren leiblichen Eltern zurückkehrten (Hodges et al., 1989a). Bohman et al. (1980; 1984) konnten hingegen bei einer Untersuchung von 15-jährigen Adoptierten den Zusammenhang zwischen früheren Heimaufhalten und einer auffälligen Entwicklung nicht nachweisen.

Insgesamt scheint also nicht der Adoptionszeitpunkt an sich die entscheidende Rolle hinsichtlich der späteren Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Erkrankungen zu spielen.

2.2.4 Die Rolle und Struktur der aufnehmenden Familie

Es wurde bereits früh begonnen, die aufnehmende Familie zu untersuchen. Das dürfte insbesondere mit dem früheren Verständnis von Adoption zusammenhängen, bei dem die Interessen der Adoptiveltern im Mittelpunkt standen und die Bedürfnisse des Kindes wenig beachtet wurden. So findet sich bereits 1933 eine soziologische Studie von Leahy, die sich mit den Charakteristika von Adoptiveltern beschäftigte. Interessanterweise zeigen neuere Untersuchungen trotz veränderter Adoptionsgesetze und Adoptionspraktiken ähnliche Ergebnisse. In der Untersuchung von Leahy waren 89% der Paare kinderlos und strebten deshalb die Annahme eines Kindes an. Dieses Motiv gilt auch heute noch als Hauptgrund für eine Adoption. Allerdings konnten Berry et al. (1996) in ihrer großen prospektiven Studie von mehr als 1.000 adoptierten Kindern herausfinden, dass mehr als die Hälfte der adoptierenden Eltern bereits andere, leibliche Kinder hatten. Als weitere, seltenere Adoptionsgründe fanden sich sozial motivierter Verzicht auf eine Schwangerschaft, religiöse oder humanitäre Gründe, das Motiv eine Ehe retten zu wollen oder die Vervollständigung einer Familie, wobei sich auch hier Überschneidungen zum Vorliegen einer Kinderlosigkeit finden ließen (Barth, 1978; Berry et al., 1996).

Leahy wies weiterhin nach, dass Adoptivmütter im Durchschnitt mit 35 Jahren etwa zehn Jahre älter sind, als die abgebenden leiblichen Mütter. Aber auch neuere Untersuchungen zeigten nach, dass Adoptiveltern signifikant älter sind als es dem durchschnittlichen Alter bei der Geburt des ersten Kindes entspricht (Berry et al., 1996; Bohman, 1973; Fergusson et al., 1995; Jungmann, 1984).

Die Adoptierten in der Untersuchung von Leahy stammten weiterhin überwiegend aus intakten Familien (99% der Adoptiveltern waren verheiratet). Noch heute wird von der Adoptionsvermittlungsstelle immer die Beziehung der Adoptionsbewerber untereinander beurteilt, sodass die Kinder vor allem in Familien ohne Eheprobleme oder schwerwiegende Erkrankungen eines Elternteils und einer hohen Stabilität der Beziehung vermittelt werden (Bohman et al., 1984; Bowlby, 1951; Dickson et al., 1990).

Weiterhin wurden in diesem Zusammenhang wiederholt die Schulbildung und der sozioökonomische Status der aufnehmenden Eltern diskutiert. Auch in diesem Bereich unterschieden sich die Ergebnisse von 1933 kaum von denen in neueren Studien (Berry et al., 1996; Bohman, 1973; Bohman et al., 1984; Brand et al., 1999;

Fergusson et al., 1995; Jungmann, 1984; Moore et al., 1999; Smith et al., 2002). Adoptiveltern zeigten eine meist signifikant bessere Schulbildung und waren überdurchschnittlich häufig in akademischen Berufen beschäftigt.

Bohman (1973) versuchte in seiner Untersuchung von 168 Adoptierten und ihren Familien Kausalzusammenhänge zwischen der Ausbildung der Adoptiveltern und der Anpassung des Kindes in der Schule herzustellen. Dabei fand er seine Hypothese über einen positiven Zusammenhang der beiden Parameter nicht bestätigt, sondern ermittelte eher eine Tendenz in entgegengesetzter Richtung. Brodzinsky et al. (1992) versuchten einen Zusammenhang zwischen der Familienstruktur und der Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten herzustellen. Sie beobachteten einen Zusammenhang, interpretierten diesen allerdings sehr zurückhaltend. In der bereits beschriebenen britischen Untersuchung von rumänischen Adoptivkindern wurde kein Zusammenhang zwischen der Bildung der Adoptiveltern und der kognitiven Entwicklung der Adoptierten gesehen (Rutter et al., 2004).

In einer deutschen Untersuchung fanden sich hinsichtlich des Alters, der Adoptionsmotivation und des sozioökonomischen Status entsprechende Ergebnisse (Barth, 1978). Hinsichtlich des Berufes betonte der Autor zwar, dass nicht nur Akademiker bei Adoptionen berücksichtigt werden, sie allerdings mit 66% ebenfalls deutlich überrepräsentiert seien.

So scheinen Adoptivkinder, nach der Interpretation von Fergusson et al. (1995), in ihren aufnehmenden Familien die beste Zusammenstellung von Kindheitsumständen vorzufinden.

Bei einer umfangreichen Übersicht über verschiedene Adoptionsstudien wurde darauf hingewiesen, dass hinsichtlich der Adoptiveltern insbesondere ihre positiven Einstellungen und Verhaltensweisen in Bezug auf den Ablauf der Adoption und der Entwicklung der Adoptivkinder die entscheidende Rolle spielten (Jungmann, 1980). Peters et al. (1999) verglichen im Rahmen einer Untersuchung der vorliegenden Literatur die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung in Adoptivverhältnissen und eruierten sehr positive Verhältnisse, eine hohe Zufriedenheit auf Seiten der Eltern und eine hohe Qualität der elterlichen Erziehung. Nach diesen Feststellungen ließe sich eine erhöhte Rate von Verhaltensauffälligkeiten nicht mit der Qualität der Beziehung zwischen Adoptierten und ihren Adoptiveltern begründen.

Während die Ergebnisse sich hinsichtlich des Charakters der Adoptivfamilien in den meisten Studien als sehr homogen erweisen, konnte eine kanadische Studie lediglich

die Unterschiede hinsichtlich des Alters der Adoptivmütter bestätigen (Lipman et al.; 1992). Mit Blick auf das Einkommen konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Adoptiveltern und den Eltern in der Kontrollgruppe gefunden werden. Diese Beobachtungen lassen viel Raum für Spekulationen. Eventuell werden in Kanada bei der Vermittlungspraxis vermehrt auch Familien mit niedrigerem sozioökonomischen Status berücksichtigt.

Abschließend ist festzustellen, dass sich die Adoptivfamilien insgesamt als sehr homogen erweisen. Es ist allerdings davon auszugehen, dass es in den beschriebenen Studien wahrscheinlich nur Fremdoptionen Berücksichtigung fanden.

2.2.5 Besonderheiten von Adoptivfamilien bei der Vorstellung in psychiatrischen Einrichtungen

Während das vermehrte Auftreten von psychiatrischen Auffälligkeiten zunächst überwiegend mit einem tatsächlich erhöhten Risiko für solche Auffälligkeiten begründet wurde, rückte in den letzten Jahren ein neuer Aspekt in das Blickfeld. Vor allem in älteren Studien wird davon ausgegangen, dass Adoptiveltern dazu neigten Probleme mit ihren angenommenen Kindern zu verdrängen oder zu verneinen. Weiterhin lehnten sie professionelle Hilfe ab, da sie diese für nicht notwendig empfanden (Bohman, 1970; 1980).

Schütt-Beaschlin (1990) hielt Adoptiveltern für unsicherere Eltern, wobei die Unsicherheit durch eigene Minderwertigkeitsgefühle und Zweifel an der eigenen Elternschaft bedingt seien. Um diese Zweifel zu widerlegen suchten sie kinder- und jugendpsychiatrische Hilfe in der Regel später auf als andere Eltern.

Dieser Vorstellung traten Untersuchungen entgegen, die nachwiesen, dass Adoptivkinder insgesamt vermehrt vorgestellt wurden, sie aber auch früher als die nicht adoptierten Patientenkollektive in psychiatrischen Kliniken kamen und bei Vorstellung oft mildere Symptomatiken aufwiesen (Warren, 1992). Die Adoptierten wurden auch nach Kontrolle der Risikofaktoren, die Adoptivkinder aufweisen können, noch zwei bis dreimal häufiger in der Klinik vorgestellt als Nichtadoptierte (Miller et al., 2000). Beim Auftreten ernster psychischer Erkrankungen fanden sich hingegen keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Diese Ergebnisse wurden auf die Tatsache zurückgeführt, dass Eltern in höheren Sozialschichten möglicherweise eine

erniedrigte Schwelle zum Aufsuchen professioneller Hilfe aufweisen (Moore et al., 1999). Zu berücksichtigen bleibt aber, dass den meisten dieser Untersuchungen amerikanische Studien zugrunde liegen. Da die Finanzierung des Gesundheitssystems dort nicht wie in Deutschland durch eine Pflichtversicherung geregelt wird, kann der sozioökonomische Status einer Familie in Zusammenhang mit der Versorgung der Kinder in einer psychiatrischen Einrichtung durchaus die Möglichkeit der Finanzierbarkeit eines solchen Aufenthaltes durch die Eltern bedeuten (Miller et al., 2000). Ein anderer möglicher Grund dafür könnte sein, dass die Adoptivfamilie und ihre Umgebung das Kind aufgrund des Adoptivstatus als gefährdet ansähen, damit wachsamer für das Auftreten von Schwierigkeiten sind, aber auch schon geringe auftretende Probleme als behandlungsbedürftig ansahen (Warren, 1992). Auch käme in Betracht, dass die Adoptiveltern, aber auch Lehrer und Ärzte aufgrund des Wissens um die Adoption, Probleme des Jugendlichen oder andere familiäre Probleme mit dieser primär in Verbindung bringen (Kaye et al., 1988). Weiterhin erweist sich die Möglichkeit, dass schon geringe Probleme die durch die fehlenden biologischen Verbindungen häufiger gefährdete Identität der Adoptivfamilien stören, wobei dieser Erklärungsversuch aber umstritten ist (Peters et al., 1999). Ein anderer möglicher Grund könnten die durch den Adoptionsprozess bereits vorhandene Verbindungen zu professionellen Hilfen sein, die bei einem bereits auffälligen Kind weitergenutzt werden könnten oder beim Auftreten erster psychischer Auffälligkeiten wieder in Anspruch genommen werden (Brand et al., 1999).

Adoptiveltern wurden vielfach auch als überbesorgt charakterisiert, was zusätzlich zu einer erhöhten Vorstellungsbereitschaft auch bei geringeren Symptomen führen könnte (Goldberg et al., 1992).

Es scheinen insgesamt aber nur fremd adoptierte Kinder vermehrt vorgestellt zu werden, was die These stützt, dass diese erhöhte Inanspruchnahme von professioneller Hilfe abhängig von den Adoptiveltern ist, die, wie schon erläutert, im Bereich der Fremdoptionen ein relativ homogenes Kollektiv bilden (Fu I et al., 2001).

2.3 Krankheitsbilder bei Adoptivkindern

Wie in vorangegangenen Kapiteln gezeigt sind Adoptivkinder in den meisten klinischen Populationen überrepräsentiert. Diese Tatsache führte auch dazu, dass

sich Untersuchungen vermehrt mit dem Diagnosespektrum der adoptierten Patienten beschäftigten.

Der häufigste Vorstellungsgrund von Patienten in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind Störungen des Sozialverhaltens (Robins, 1992). Allerdings scheint dieser Anteil bei Adoptierten im Verhältnis größer zu sein, als bei Nichtadoptierten.

In einer Stichprobe aus einer ambulanten psychiatrischen Klinik fanden sich ein erhöhter Anteil von Störungen des Sozialverhaltens und des hyperkinetischen Syndroms bei adoptierten Jungen und Mädchen in Vergleich zu einer Kontrollgruppe von Nichtadoptierten Patienten (Moore et al., 1999). Dahingegen konnte bei der Untersuchung von kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten in einer anderen Klinik lediglich bei adoptierten Mädchen ein erhöhter Anteil von Störungen des Sozialverhaltens gefunden werden. Im Gegensatz dazu zeigte die nicht adoptierte Kontrollgruppe einen erhöhten Anteil von Emotionalstörungen (Goldberg et al., 1992). Rogness et al. (1988) wiesen diese Muster erhöhter Raten von extroversiven Störungen allerdings auch für männliche Adoptierte nach. Im Unterschied dazu zeigten sich bei den weiblichen Probanden vermehrt Persönlichkeitsstörungen.

In einer umfangreichen Übersicht über die bis dahin vorliegenden Veröffentlichungen kam Jungmann (1980) hinsichtlich des Diagnosespektrums zu unterschiedlichen Ergebnissen. Während ein Teil der von ihm eruierten Autoren zu einem erhöhten Anteil von Störungen aus dem extroversiven Bereich kamen, stellten andere schwere emotionale Probleme fest, während weitere Studien keine wesentlichen Differenzen feststellen konnten. Auch Haugaard (1998) kam in seiner Literaturübersicht von neueren Untersuchungen insgesamt zu keinem eindeutigen Ergebnis hinsichtlich des Diagnosespektrums bei Adoptierten. Er konnte lediglich eine Tendenz in Richtung der Störungen des Sozialverhaltens feststellen. Peters et al. (1999) erwarteten nach theoretischen Überlegungen hinsichtlich der möglichen Pathogenität des Adoptivprozesses erhöhte Raten von depressiven Syndromen und Identitätskonflikten. Aber auch sie konnten in ihrer Literaturübersicht diese Krankheitsbilder nicht vermehrt finden, sondern stellten eher Persönlichkeitsstörungen, Konzentrationsstörungen und hyperaktive Symptome fest. Bei den in Großbritannien adoptierten Kindern aus Rumänien konnte eine besondere Form von Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, die nicht die Kriterien nach ICD-10 für das hyperkinetische Syndrom oder nach dem DMS-IV klassifizierte ADHD

erfüllen, festgestellt werden (Kreppner et al., 2001). Wierzbicki (1993) hingegen wies in einer Meta-Analyse von 66 Veröffentlichungen bei Adoptierten ein erhöhtes Auftreten von extroversiven Verhaltensstörungen und akademischen Problemen nach. Insgesamt ist aber darauf hinzuweisen, dass diese Literaturübersichten nicht ausschließlich klinische Stichproben verwendet, was bedeutet, dass sich in diesen Fällen lediglich Störungsmuster und Symptome, aber keine klinischen Diagnosen nachweisen lassen.

Einige Autoren untersuchten speziell Stichproben mit extroversiven Störungen auf einen erhöhten Anteil von Adoptivkindern.

Deutsch et al. (1982) fanden einen erhöhten Anteil (17%) von Adoptierten in einer klinischen Population von Patienten, bei denen ein hyperkinetisches Syndrom diagnostiziert wurde. Auch Simmel et al. (1999) untersuchten speziell Kinder mit extroversiven Symptomen in einer nicht-klinischen Studie und fanden ebenfalls erhöhte Raten von Adoptivkindern bei der Gruppe der Kinder mit einem hyperkinetischen Syndrom und bei denen, die eine oppositionell-trotzige Verhaltensstörung zeigten.

In einer großen nicht-klinischen Untersuchung konnte eine signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen von Hyperaktivität bei adoptierten Jungen festgestellt werden, während die Mädchen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen Substanzgebrauch aufwiesen (Lipman et al., 1992; 1993). Eine andere nicht-klinische Untersuchung von 130 Adoptierten kam zu ähnlichen Ergebnissen (Brodzinsky et al., 1987). Auf Verhaltensskalen zeigten die Adoptierten signifikant mehr Auffälligkeiten, die klinischen Symptomen von schlechter Anpassungsfähigkeit entsprachen. Während die Jungen vermehrt unkommunikatives Verhalten und Hyperaktivität zeigten, fanden sich bei den Mädchen vor allem Symptome von Depressionen, Hyperaktivität und Aggressionen, was abgesehen von den Symptomen einer Depression im Wesentlichen den Symptomen der Störung des Sozialverhaltens entsprach.

In einer neuseeländischen nicht-klinischen Langzeitstudie wiesen die untersuchten Adoptierten Verhaltensauffälligkeiten im extroversiven Bereich auf (Fergusson et al., 1995).

Coon et al. (1992) untersuchten im Rahmen des Colorado Adoption Projects das Risiko von Adoptierten für Störungen des Sozialverhaltens und fanden dabei ein

erhöhtes Risiko von Kindern mit leiblichen Eltern, die ebenfalls eine Störung des Sozialverhaltens aufwiesen.

Während verschiedene genannte Autoren in ihren Literaturübersichten kein einheitliches Muster von psychiatrischen Krankheitsbildern und Auffälligkeiten finden konnten, zeigten sich in neueren Veröffentlichungen sowohl in klinischen, als auch in nicht-klinischen Populationen, in einem überwiegenden Teil der Fälle ein erhöhter Anteil von Krankheitsbildern und Störungen aus dem extroversiven Bereich.

2.4 Besonderheiten von internationalen Adoptionen

Ein gesonderter Schwerpunkt soll an dieser Stelle auf die Besonderheiten von internationalen Adoptionen gelegt werden, da diese in den letzten 15 Jahren zunehmend mehr im Interesse der Forschung stehen (z.B. Andresen, 1992; Brooks et al., 1999; Cederblad et al., 1999; Diamond et al., 2003; Juffer et al., 2004; Lindblad et al., 2003). Damit wird die Entwicklung der Studienlage den Veränderungen im Adoptionswesen gerecht, in dem Adoptionen mit Auslandsberührung einen steigenden Anteil der Fremdoptionen ausmachen, da die Zahlen der zur Adoption zur Verfügung stehenden deutschen Kinder stetig sinken. Diese Entwicklung ist in den westlichen Staaten sehr ähnlich. In den Vereinigten Staaten betrug der Anteil der national Adoptierten 1933 noch 99% (Laehy, 1933). Im Jahr 1991 hingegen wurden schon 9.050 Kinder aus dem Ausland adoptiert und 2005 waren es bereits 22.739 (Quelle: Homepage des amerikanischen Außenministeriums; Visaabteilung; es wurden die IR-3 und IR-4-Visa von Waisen aus dem Ausland erfasst, welche entweder bereits in ihrem Geburtsland von US-Bürgern (IR-3) oder in den Vereinigten Staaten (IR-4) adoptiert wurden).

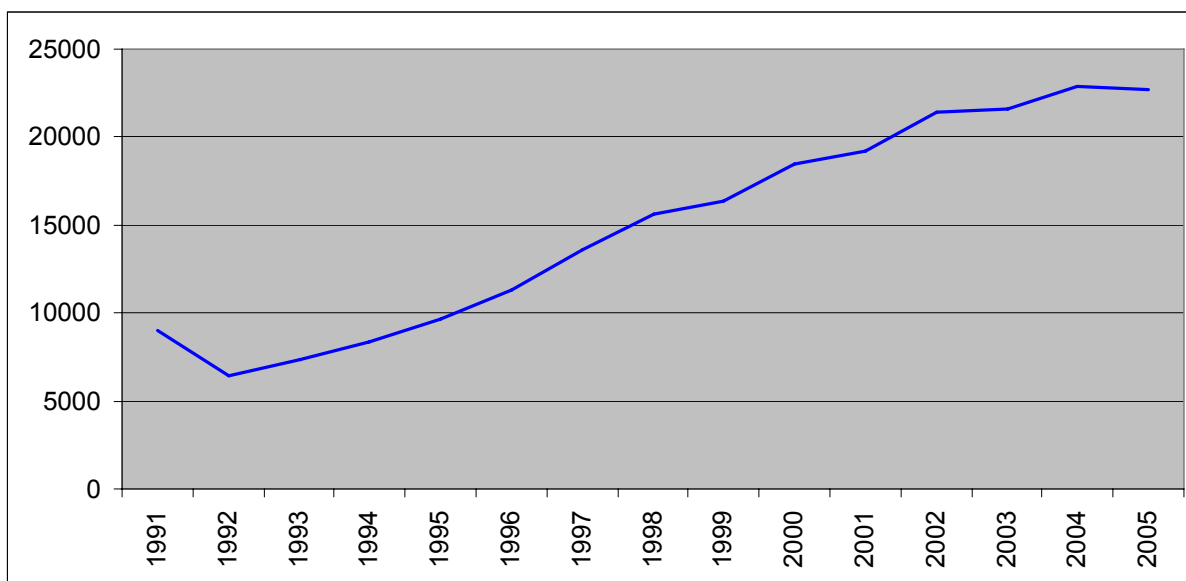


Diagramm 5: Internationale Adoptionen in den Vereinigten Staaten 1991 bis 2005

Aktuelle Zahlen aus den Niederlanden besagen, dass dort insgesamt mehr als 30.000 international Adoptierte, vor allem aus Asien und Südamerika, leben (Tieman et al., 2006). Es wurden fast ausschließlich Auslandsadoptionen durchgeführt. In Deutschland sind diese Zahlen noch nicht so hoch, aber ähnliche Tendenzen in diese Richtung lassen sich bereits beobachten, wie es in Kapitel 1 dargestellt wurde. Dabei kamen die Adoptierten in der Vergangenheit zu unterschiedlichen Zeitpunkten aus verschiedenen Ländern. So wurden beispielsweise oft nach Kriegen wie dem zweiten Weltkrieg oder dem Korea- und dem Vietnamkrieg, Kriegswaisen von Eltern aus anderen Ländern adoptiert (Textor, 1993; Nickman et al., 2005). In den 70-er und 80-er Jahren handelte es sich überwiegend um Adoptierte aus Asien, während in den 90-ern viele Adoptierte aus Osteuropa stammten (Fensbo, 2004).

Ihren umfangreichen Untersuchungen in den Niederlanden an internationalen Adoptierten stellten Verhulst verschiedene Thesen voran, welche die möglichen Unterschiede zwischen nationalen und internationalen Adoptionen bedingen könnten. Zum Einem werden prä- und perinatale Faktoren gesehen wie mütterlicher Stress während der Schwangerschaft, eine unzureichende Schwangerschaftsvorsorge und medizinische Betreuung während der Geburt sowie das vermehrte Auftreten von Unterernährung und Infektionskrankheiten der leiblichen Mutter. Diese Faktoren dürften in den Entwicklungsländern, aus denen die untersuchten Kinder stammen, stark ausgeprägt sein. Zum Anderen werden postnatale Faktoren betrachtet, wie Unterernährung und die schlechtere medizinische Versorgung, eine diskontinuierliche Pflege durch die leiblichen Eltern und eine unzureichende Bindung

an Erwachsene, Deprivation und Missbrauch, welche insbesondere in den Studien von Adoptierten aus rumänischen Kinderheimen deutlich werden (O'Connor et al., 2000; Beckett et al., 2006; Hoksbergen et al., 2003). Freundlich (2002) wies auf Studien, welche Adoptionen aus unterschiedlichen Ländern bewerteten, hin. Die biologischen Mütter von Adoptierten aus Lateinamerika waren durchschnittlich eher jung und kamen aus armen Verhältnissen. Im Gegensatz dazu spielte Armut als Motivation für eine Freigabe der Kinder zu Auslandsadoption in China keine Rolle. Die Adoptierten dort hatten ältere Mütter, die in der Regel auch verheiratet waren.

Als mögliche Stressfaktoren in der aufnehmenden Adoptivfamilie wurde die Aneignung gewisser Verhaltensweisen gesehen, die das Überleben des Kindes in seiner früheren Umwelt garantierten, die aber in der Adoptivfamilie als mangelhafte Anpassung auffielen (Verhulst et al., 1992).

Weiterhin stellte sich bei Kindern, die in einem höheren Alter adoptiert wurden, das Problem des Erlernens einer neuen Sprache. sodass angenommen wurde, Kinder, die in einem früheren Alter adoptiert werden, könnten sich besser durch das Fehlen dieser Problematik integrieren (Verhulst et al., 1992).

Als übereinstimmendes Ergebnis der Untersuchungen der verschiedenen Aspekte der internationalen Adoptionen wurde festgehalten, dass sich auch hier der größte Teil der Kinder und Jugendlichen gut an die neue Umwelt angepasst zeigte und keine erhöhten Raten von Auffälligkeiten gegenüber ihren nicht adoptierten Vergleichsgruppen aufwiesen (Verhulst et al., 1990). Es gab aber auch bei diesen Adoptierten einen kleinen Teil, der auffällig wurde und dabei insbesondere extroversive Störungen aufwies (Verhulst et al., 1990b).

Neben den niederländischen und britischen Studien zum Thema Auslandsadoptionen wurden weitere umfassende Untersuchungen zu dem Thema in Schweden und den USA durchgeführt (z.B. Brooks et al., 1999; Cederblad et al., 1999; Lindblad et al., 2003).

3. Material und Methoden

3.1 Stichprobe

3.1.1 Datenerfassung und Dokumentation in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Philipps-Universität Marburg

Da es sich bei der Anzahl von Adoptivkindern um ein relativ kleines Kollektiv bezogen auf die Gesamtbevölkerung handelt, wurde diese Arbeit retrospektiv durchgeführt, um eine möglichst große Stichprobe zu gewinnen. Für die Erfassung der in der Arbeit vorliegenden Daten wurde auf die Krankengeschichten von adoptierten Patienten zurückgegriffen. Die Erfassung dieser Informationen in den Krankengeschichten orientiert sich an der „Gemeinsamen Basisdokumentation kinder- und jugendpsychiatrischer Universitätskliniken“. Durch diese systematische Erfassung einer Fülle von Informationen soll die weitestgehende Erfassung von relevanten Daten gewährleistet werden.

3.1.2 Identifikation der Patienten

Über ein klinikeigenes Dokumentationssystem, in dem die Informationen der Basisdokumentation systematisch erfasst werden, gelang es, die Krankengeschichten von 141 adoptierten Kindern und Jugendlichen, die zwischen 1982 und 2000 in der Klinik vorstellig wurden zu identifizieren. Es handelte sich um 61 weibliche und 80 männliche Probanden, die sich in vollstationärer und teilstationärer Unterbringung befanden. Die adoptierten Patienten aus der ambulanten Klinik konnten über dieses Dokumentationssystem nicht ausreichend erfasst werden.

3.1.3 Identifikation der Kontrollgruppe

Die Identifikation der Kontrollgruppe von Inanspruchnahmepatienten sollte ursprünglich aus den unregelmäßigen Abständen veröffentlichten

Mehrjahresberichten der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Philipps- Universität erfolgen. In diesen Berichten wird im Rahmen der Leistungen der Krankenversorgung eine Auswertung der Basisdokumentation vorgenommen. Allerdings erwies sich die Auswertung dieser Ergebnisse als nicht präzise genug, sodass Daten herangezogen wurden, die direkt dem klinikeigenen Dokumentationssystem entstammten. Dieses dokumentiert die Patientendaten seit dem Jahr 1983. Zwischen 1983 und 2000 wurden 3.613 Patienten stationär oder tagesklinisch vorgestellt. Da die Erfassung der Diagnosen bis 1991 in der neunten Ausgabe der International Classification of Diseases (ICD-9) erfolgte, wurde versucht, die Diagnosen dieser Jahre so übereinstimmend wie möglich in die ICD-10-Klassifikation zu übernehmen, da der Vergleich mit den Adoptierten auf dieser Grundlage erfolgte.

3.2 Datenerfassung

3.2.1 Einflussgrößenerfassung anhand der aktuellen Studienlage

Ein Ziel der Untersuchung soll die Erfassung möglicher Risikofaktoren für die Entwicklung psychiatrischer Störungen bei Adoptierten sein. Weiterhin soll nach einem bestimmten Muster der Diagnosenverteilung bei diesen Patienten gesucht werden. Anhand der Studienlage, wurden die offensichtlich wesentlichen Größen erfasst und zu Thesen zusammengestellt. Auf deren Grundlage wurden diese möglichen Einflussgrößen definiert und tabellarisch erfasst. Die praktische Anwendbarkeit der daraus konstruierten Tabelle wurde zunächst anhand von 20 Krankengeschichten getestet. Daraufhin wurde die Tabelle modifiziert und anschließend während der Datenerfassung nicht mehr geändert. Im Folgenden werden diese erarbeiteten Punkte beschrieben. In fast allen Bereichen wurden nicht definierte Punkte unter „Sonstiges“ und unauffällige Ergebnisse unter „keine Auffälligkeiten“ erfasst. Diese beiden Items werden unter den einzelnen Punkten nicht mehr beschrieben.

3.2.2 Die leiblichen Eltern

3.2.2.1 Informationen über die leiblichen Eltern

Als eine der möglichen Einflussgrößen wurden die leiblichen Eltern definiert, die nach Geschlechtern getrennt erfasst wurden. Außerdem wurde die Unterscheidung getroffen, ob die Aufenthaltsdauer des Adoptierten bei dem jeweiligen Elternteil länger oder nicht länger als eine Woche nach der Geburt betrug. Die Parameter seitens der leiblichen Eltern wurden bei beiden Elternteilen gleich festgelegt. So wurde das Vorliegen von Komponenten untersucht, die die leiblichen Eltern direkt betreffen wie Drogenabusus, Alkoholabhängigkeit, das Leben in desolaten Verhältnissen und eine psychische Erkrankung. Auch Faktoren, die primär das Kind betrafen, wie sexuelle oder körperliche Misshandlung des Kindes durch das jeweilige Elternteil sowie psychische Misshandlung wurden eruiert.

Als weitere mögliche Einflussgrößen wurden die mit der Schwangerschaft und der Geburt verbundenen Auffälligkeiten oder Komplikationen betrachtet. Bei der Schwangerschaft waren solche Faktoren, die nach Stand der Wissenschaft zu Einflussgrößen bei der Entwicklung von Auffälligkeiten bei Kindern führen können, ein Drogen- bzw. Medikamentenabusus seitens der Mutter, eine Alkoholabhängigkeit und das Leben in desolaten Verhältnissen. Als mögliche Komplikationen bei der Geburt wurden eine Sectio, eine Hypoxie unter der Geburt und die damit verbundenen möglichen Folgeschäden und Frühgeburtlichkeit definiert.

3.2.2.2 Gründe für die Abgabe des Kindes

Bei diesem Punkt wurden die Gründe zur Freigabe der Kinder zur Adoption untersucht, welche eine Wegnahme durch das Jugendamt, Überforderung der leiblichen Eltern, kein Interesse an dem Kind und eine freiwillige Abgabe durch die leibliche Mutter sein konnten.

3.2.3 Informationen zu einer außerfamiliären Unterbringung vor der Adoption

Ein Teil der Adoptierten erlebte vor der Adoption noch eine außerfamiliäre Unterbringung. Dort konnten sie auch den Einflussgrößen ausgesetzt sein, die bei den leiblichen Eltern als schädigende Faktoren gewertet wurden. Neben diesen Größen wurde weiterhin untersucht, um welche Art von Unterbringung es sich handelte. Es kamen dabei bis drittgradig Verwandte des Kindes, aber auch Heimaufenthalte, in Betracht. Außerdem wurde die Anzahl solcher Unterbringungen festgestellt.

3.2.4 Die Adoptivfamilie

3.2.4.1 Informationen über die Adoptiveltern

Es wurde zunächst das Alter der Adoptiveltern beim Tag der Erstvorstellung in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und des Jugendalters in Marburg erfasst. Anschließend wurde mit Hilfe des Alters des Kindes bei Adoption auch das jeweilige Alter der Adoptiveltern bei der Adoption des Kindes errechnet.

Weiterhin wurde bei den Adoptiveltern getrennt untersucht, ob es bei ihnen Auffälligkeiten psychischer oder sonstiger Genese gab.

Als weitere mögliche Einflussgröße für die Entwicklung psychiatrischer Störungen bei den Adoptierten wurde die Trennung der Adoptiveltern gewertet, welche eine traumatische Situation für Kinder darstellt, in deren Folge sich Auffälligkeiten entwickeln können.

3.2.4.2 Informationen über die Adoptivgeschwister

Es wurde erfasst, ob und wie viele Geschwister in der Familie des Adoptierten vorhanden waren, wobei deren verwandtschaftliches Verhältnis zueinander nicht berücksichtigt wurde. Weiterhin interessierte das Alter der Adoptivgeschwister und das Verhältnis zu dem Probanden. Dabei wurde nach Konkurrenz und Eifersucht oder einer generell angespannten Beziehung geschaut.

Grundlage für die Untersuchung der Adoptivgeschwister war die These, dass möglicherweise die Adoptiveltern ihre leiblichen Kinder bevorzugen und sich daraus negative Emotionen bis hin zu psychiatrischen Störungen bei den Adoptierten entwickeln könnten.

3.2.4.3 Angaben zum sozioökonomischen Status

Da in der Literatur wiederholt eine Diskussion über eine bestimmte Familienstruktur und einen bestimmten sozioökonomischen Status bei Adoptivfamilien stattfand, wurde auch in dieser Untersuchung der sozioökonomische Status der annehmenden Personen eruiert. In dieser Untersuchung wurde dieser anhand des Berufes des Adoptivvaters ermittelt, da sich das Einkommen der Familien nicht ermitteln ließ. Es wurden Rückschlüsse von dem jeweiligen Beruf auf die wirtschaftliche Lage der Adoptivfamilie und der sozialen Schicht gezogen. Als Berufsgruppen wurden Akademiker, Angestellte, Selbstständige, Arbeiter, Gelegenheitsarbeiter, Arbeitslose und durch Alter oder Berufsunfähigkeit berentete Personen definiert. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Personen mit einem akademischen Abschluss als Akademiker klassifiziert wurden, auch wenn sie zum Erfassungszeitpunkt eine Tätigkeit ausübten, die einen akademischen Abschluss nicht voraussetzt. Weiterhin wurde eine Berufstätigkeit der Adoptivmutter erfasst.

Im Falle einer Trennung der Adoptiveltern wurde der Beruf der Adoptivmutter nach den oben genannten Kriterien definiert.

3.2.4.4 Informationen über Probleme innerhalb der Familie

Da Probleme innerhalb von Familien vielfach zur Ausbildung von Auffälligkeiten führen können, wurde auch dieser Bereich berücksichtigt.

Weiterhin wurde das Verhältnis des Kindes zu den Adoptiveltern betrachtet, wobei dazu ein angespanntes Verhältnis zu einem oder beiden Elternteilen und ein oppositionelles Verhalten des Kindes gegenüber den Erziehungspersonen zählen. Außerdem wurde untersucht, ob Probleme und Spannungen bereits vor der Erkrankung des Kindes auftraten, sodass die Erkrankung eventuell Folge dieser Situation sein könnte bzw. durch sie ausgelöst wurde oder ob die Spannungen infolge der Erkrankung auftraten.

Auch Änderungen in der Familienstruktur kamen zur Berücksichtigung, wurden aber nicht näher beschrieben.

3.2.5 Angaben zum Adoptivkind

3.2.5.1 Alter und Geschlecht

Zum späteren Vergleich zwischen den Geschlechtern wurden weibliche und männliche Patienten getrennt erfasst.

Um das Alter der Patienten möglichst präzise zu erfassen, gleichzeitig aber den Bestimmungen des Datenschutzes zu entsprechen, wurden der jeweilige Geburtsmonat und das Geburtsjahr aufgenommen und diese Daten später mit anderen Variablen verrechnet, sodass am Ende auch eine Identifikation der Patienten über den Geburtsmonat und das Geburtsjahr nicht mehr möglich war.

Als ein weiterer Punkt wurde die Nationalität der Patienten untersucht, wobei unterschieden wurde, ob es sich um Kinder deutscher Nationalität handelte oder ob sie aus einem anderen europäischen oder nicht-europäischen Land stammten.

3.2.5.2 Alter beim Auftreten von ersten psychischen Auffälligkeiten

Um einen Überblick über die Entwicklung der Kinder vor der ersten Vorstellung zu bekommen, wurden erste psychische Auffälligkeiten eruiert, die nicht zwangsläufig mit der später in der Klinik diagnostizierten Erkrankungen übereinstimmen mussten. Es wurde das Alter beim ersten Auftreten dieser Auffälligkeiten erfasst. Da es sich bei den Angaben in den Krankengeschichten oft nur um Zeiträume handelte, wurden diese definiert. Das Kleinkindalter umfasste die Zeit nach der Geburt bis zum Alter von zwei Jahren, das Kindergartenalter das Alter zwischen drei und fünf Jahren. Als Grundschulzeit wurde das Alter zwischen sechs bis einschließlich zehn Jahren angenommen, als Pubertät der Zeitraum zwischen 11 und 14 Jahren und die Zeit nach dem 14. Lebensjahr als Jugendzeit bezeichnet.

Als mögliche erste psychische Auffälligkeiten wurden typische Verhaltensauffälligkeiten und kinder- und jugendpsychiatrische Krankheitsbilder definiert, die vor allem im Kindesalter auftreten, wie z.B. starker Trotz, Ängste, Stereotypen und andere auffällige Gewohnheiten sowie Störungen der Sprachentwicklung. Weiterhin wurde das Auftreten von Ausscheidungsstörungen untersucht, wobei aber sowohl die Unterteilungen in jeweils primäre und sekundäre Störungen als auch in Enuresis und Enkopresis unterblieben. Anfangs wurde auch versucht emotionale Auffälligkeiten zu erfassen, was sich aber im Laufe der

Datenerfassung als zunehmend schwierig erwies, da dies zu unpräzise definiert war. Dieser Bereich wurde später nicht mehr ausgewertet.

Ein Parameter, der nicht hauptsächlich in das Gebiet der frühkindlichen Entwicklungsauffälligkeiten gehört, der aber über die später erfassten Diagnosen nicht erfasst werden konnte, sind mögliche Suizidversuche. Um eine Berücksichtigung in der Auswertung zu gewährleisten wurde diese Information hier mit erfasst.

3.2.5.3 Vorstellungen in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters in Marburg

Zunächst wurden der Vorstellungsmonat und das Vorstellungsjahr bei der Erstvorstellung in der Klinik erfasst. Weitere Aufenthalte wurden entsprechend getrennt beschrieben und auch die Vorstellungsfrequenz wurde untersucht.

Es wurde bei der Art der Vorstellungen zwischen den Möglichkeiten der vollstationären, der teilstationären und der ambulanten Behandlung unterschieden. Dabei waren bei mehrmaliger Vorstellung in verschiedenen Klinikeinrichtungen Mehrfachnennungen möglich.

3.2.5.4 Diagnosen

Alle Diagnosen wurden nach der International Classification of Diseases in der 10. Ausgabe (ICD-10) verschlüsselt. Wie auch schon in der Kontrollgruppe fand bei den Patienten, deren Diagnosen noch nach ICD-9 verschlüsselt wurden, eine direkte Übertragung in die ICD-10-Klassifikation statt, da sich hier die Erfüllung der umfangreichen Diagnosestellung lediglich anhand der Krankengeschichten als schwierig erwiesen hätte. Es ist aber davon auszugehen, dass sich die diagnostizierten Erkrankungen nach den beiden verschiedenen Klassifikationen im Wesentlichen entsprachen.

In der Diagnosenerfassung fanden sich auch Diagnosen, die nicht in dem psychiatrischen Kapitel V (F) beschrieben sind. Allerdings wurden sie in der späteren Auswertung nicht mehr berücksichtigt.

Neben den Hauptdiagnosen wurden auch mögliche Nebendiagnosen erfasst.

Da Unterschiede bei den Diagnosen zwischen den Adoptierten und den Inanspruchnahmepatienten insbesondere im Bereich der Diagnosen aus der Gruppe