

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

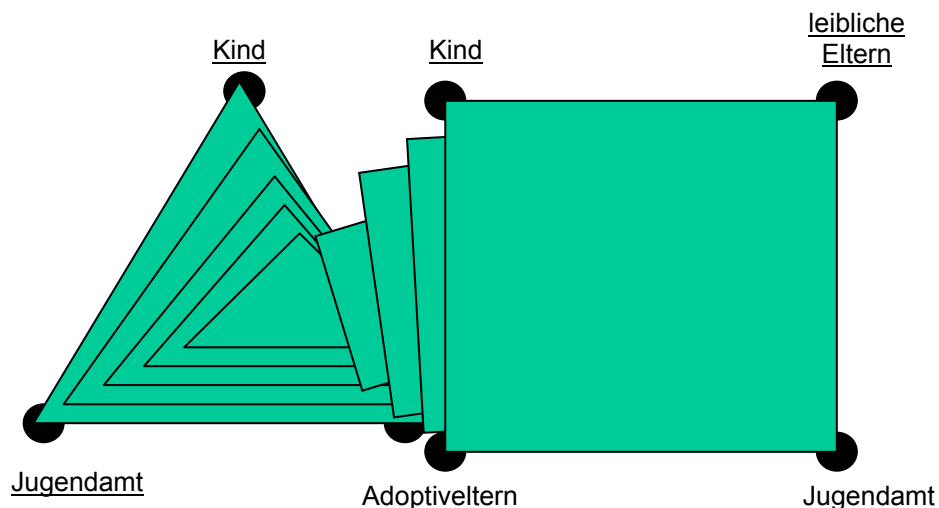
Die offene und Inkognitoadoption stellen verschiedene Verfahren in der Adoptionspraxis dar, die zwar keine rechtliche Grundlage besitzen, aber in der Adoptionsvermittlung eine große Rolle spielen.

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.

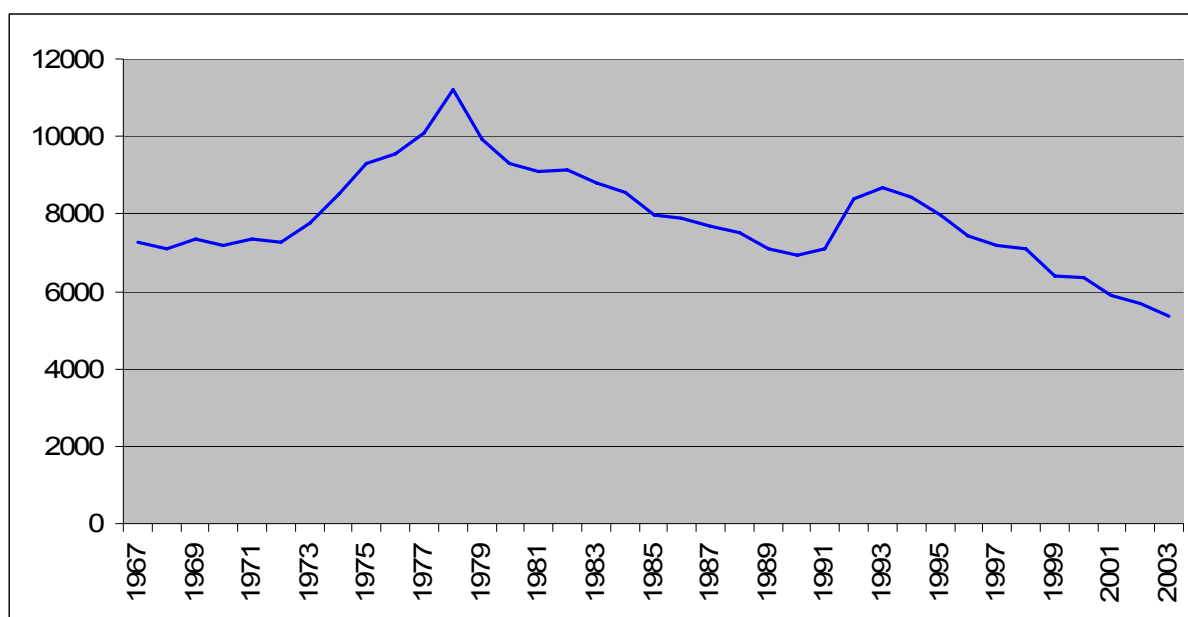


Diagramm 1: Entwicklung der Adoptionszahlen zwischen 1967 und 2003

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).

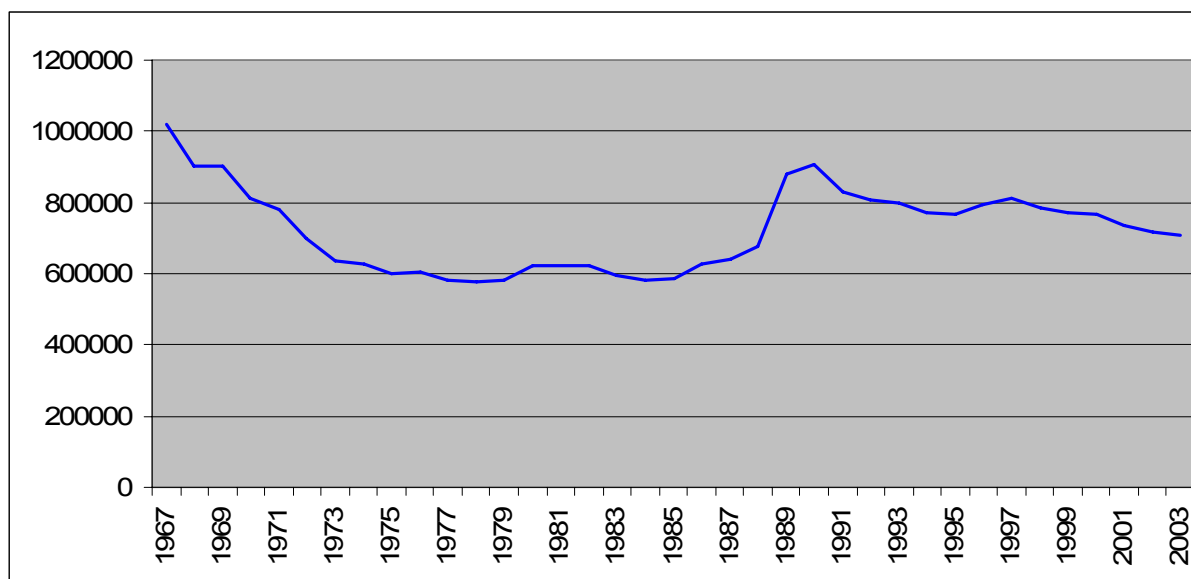


Diagramm 2: Entwicklung der Zahl der Geburten zwischen 1967 und 2003

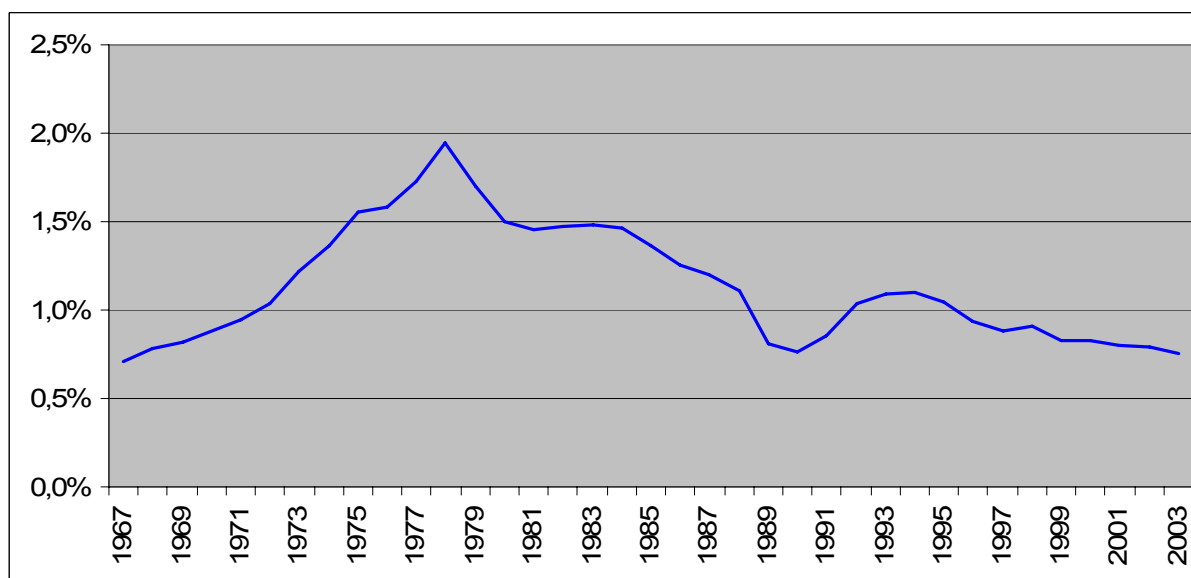


Diagramm 3: Anteil der Adoptierten an den Geburten zwischen 1967 und 2003

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).

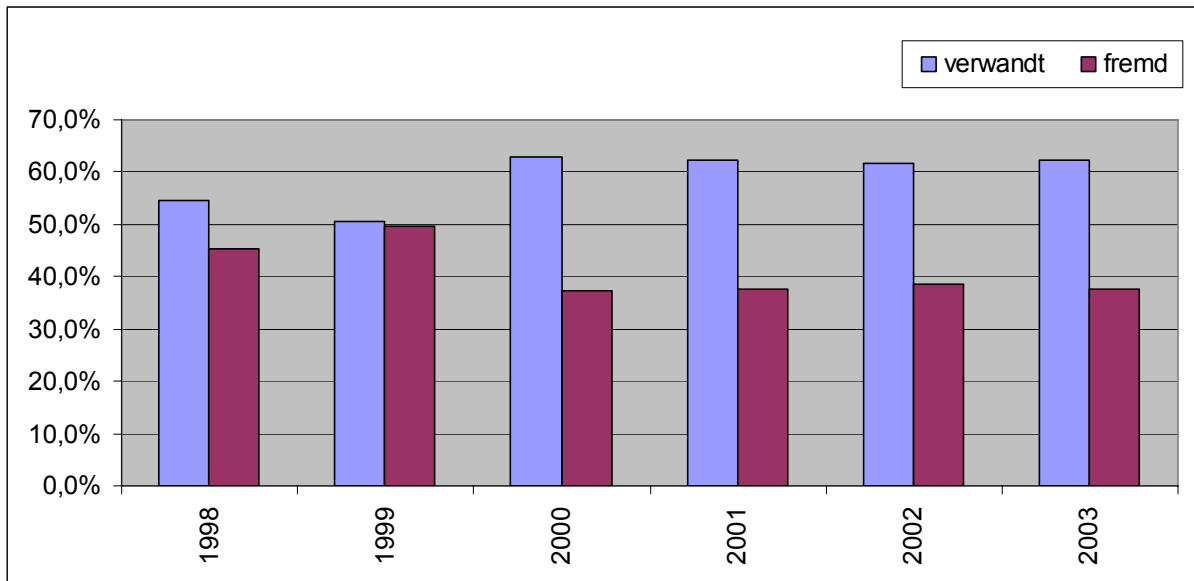


Diagramm 4: Verhältnis der Fremd- zu den Verwandtenadoptionen

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 Alterserfordernis 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 Pflegeurlaubnis). 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).

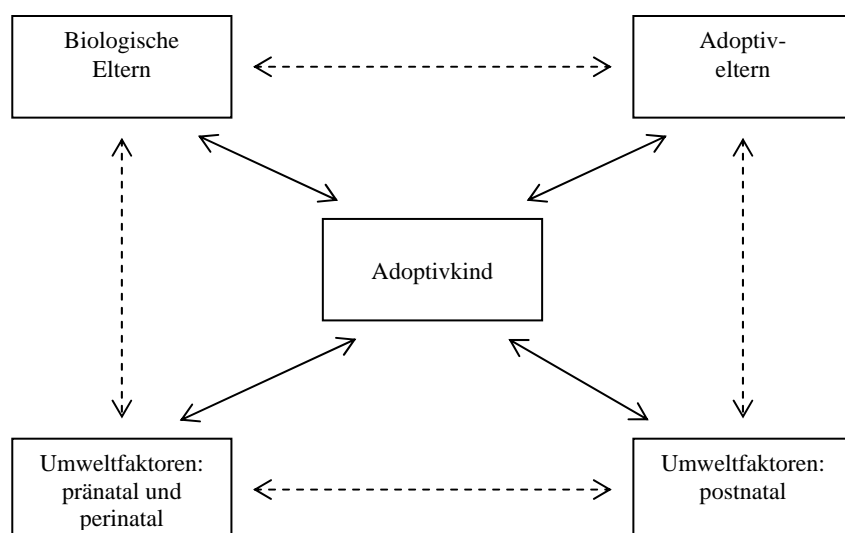
## 2. Aktueller Forschungsstand

### 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 <sup>1</sup>	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 <sup>1</sup>	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

<sup>1</sup> 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 Fremdadoptionen 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).



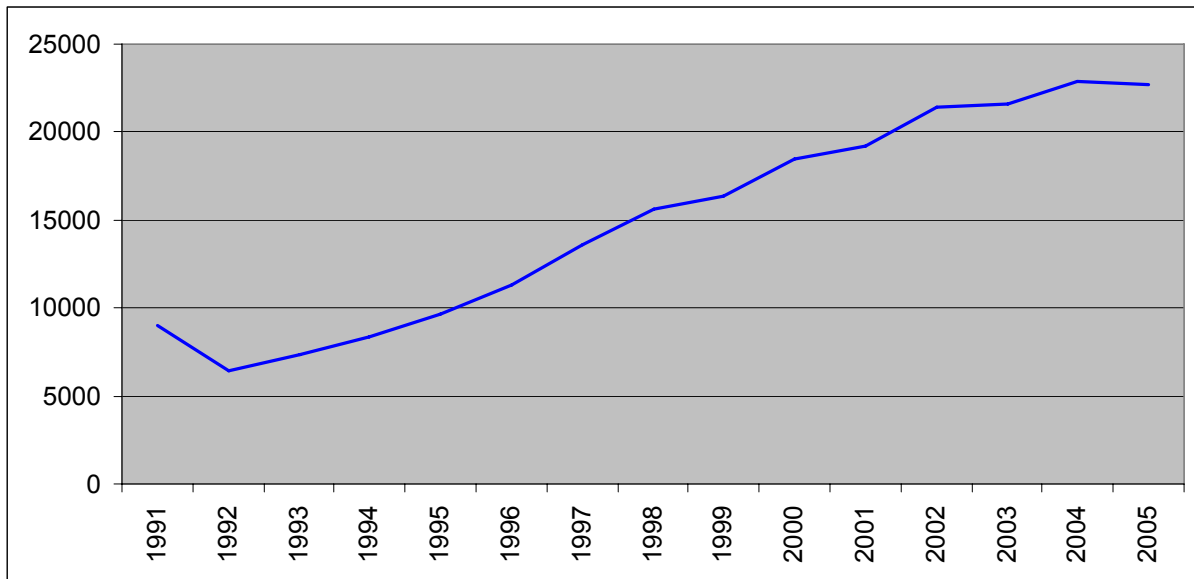


Diagramm 5: Internationale Adoptionen in den Vereinigten Staaten 1991 bis 2005

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

der Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) vermutet wurden, wurde ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt, um diese Unterschiede zu objektivieren. Weiterhin wurden verschiedene Gruppen von Adoptierten, die sich hinsichtlich des Alters bei Adoption, des Geschlechts oder ob sie von Verwandten oder Fremden adoptiert wurden, gebildet und ebenfalls hinsichtlich ihrer Diagnosen verglichen.

#### 3.2.5.5 Intelligenzminderungen

Getrennt von den übrigen Diagnosen wurde die Intelligenz der Patienten eruiert. Dabei wurden die während des Aufenthaltes durchgeführten Intelligenztests mit ihren Ergebnissen als Grundlage genommen, wobei es sich in erster Linie um den Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder handelte.

#### 3.2.5.6 Umgang mit dem Adoptivstatus

Bei der Untersuchung, welchen Umgang die Patienten mit der Tatsache adoptiert zu sein haben, sollte der Einfluss des Prozesses der Adoption selbst auf das mögliche Auftreten von psychiatrischen Störungen erfasst werden. Dabei wurden die Möglichkeiten einer positiven Einstellung gegenüber der Situation und Schwierigkeiten mit der Akzeptanz dieser definiert. Weiterhin kamen eine mögliche versuchte oder erfolgreiche Kontaktaufnahme mit den leiblichen Eltern, sowie eine Nichtaufklärung der Probanden über ihren Adoptivstatus zur Berücksichtigung.

#### 3.2.6 Der Adoptionsprozess

Es wurde das Alter des Kindes zum Zeitpunkt der Adoption berücksichtigt, wobei versucht wurde, die Angabe so exakt wie möglich zu machen, was bei Kindern unter drei Jahren, wenn möglich, eine Angabe in Monaten bedeutete. Weiterhin wurde zwischen Fremd- und Verwandtenadoptionen unterschieden, wobei dem Grad der Verwandtschaft keine Relevanz beigemessen wurde.

Um die Diskussion der Adoptionspraxis und die damit verbundene Einteilung in die Formen der Inkognito- und der offenen Adoption zu berücksichtigen, wurde versucht, das Alter des Kindes bei der Information über die Adoption durch die Adoptiveltern zu erfassen. Dieses Vorgehen entspricht zwar nicht der definierten Unterscheidung zwischen den beiden Adoptionspraxen, da auch Adoptierte, bei denen eine Inkognitoadoption vorgenommen wurde, über ihren Status als Adoptivkind aufgeklärt sein können. Anhand der vorliegenden Erfassung der Krankengeschichten erschien dies aber als die einzige Möglichkeit einer Erfassung.

#### 3.3 Statistische Auswertung

Bei der tabellarischen Erfassung der beschriebenen Daten bestand sowohl die Möglichkeit eine Eigenschaft als zutreffend oder nicht zutreffend zu beschreiben, als auch die Möglichkeit die Information über diese als fehlend oder nicht definierbar einzupflegen.

Insgesamt besaß die Auswertung der aus den Krankengeschichten erhobenen Angaben einen deskriptiven Charakter. Ein besonderer Schwerpunkt wurde auf das Diagnosespektrum der Adoptierten gelegt. Dort wurde versucht mit Hilfe des Chi-Quadrat-Test bei der am häufigsten auftretenden Diagnose F9 statistische Unterschiede innerhalb der Gruppe der Adoptierten nachzuweisen. Auf weitere statistische Tests wurde in den übrigen Vergleichsgruppen verzichtet, um multiples Testen und damit eine notwendige Bonferroni-Korrektur zu vermeiden.

Die tabellarische Datenerfassung und die spätere statistische Auswertung erfolgten mittels Microsoft Excel und SPSS. Die Auswertung erfolgte mit Hilfe der freundlichen Unterstützung von Dr. Heinz-Gutenbrunner.

## 4. Ergebnisse

### 4.1 Geschlechterverteilung und Alter bei Erstvorstellung

Die Datenerfassung erfolgte durch das retrospektive Studium von 141 Krankengeschichten von Patienten der Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters in Marburg. Es handelte sich um 43,3% weibliche und um 56,7% männliche Patienten.

Das durchschnittliche Alter bei der ersten Vorstellung in der Klinik betrug 13,2 Jahre (Median 14 Jahre).

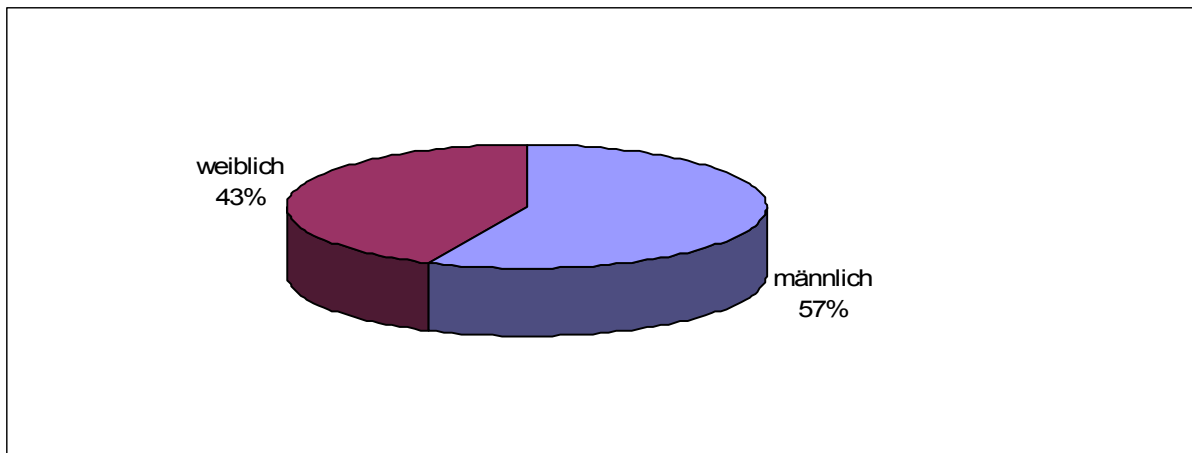


Diagramm 6: Geschlechterverteilung bei den Adoptierten

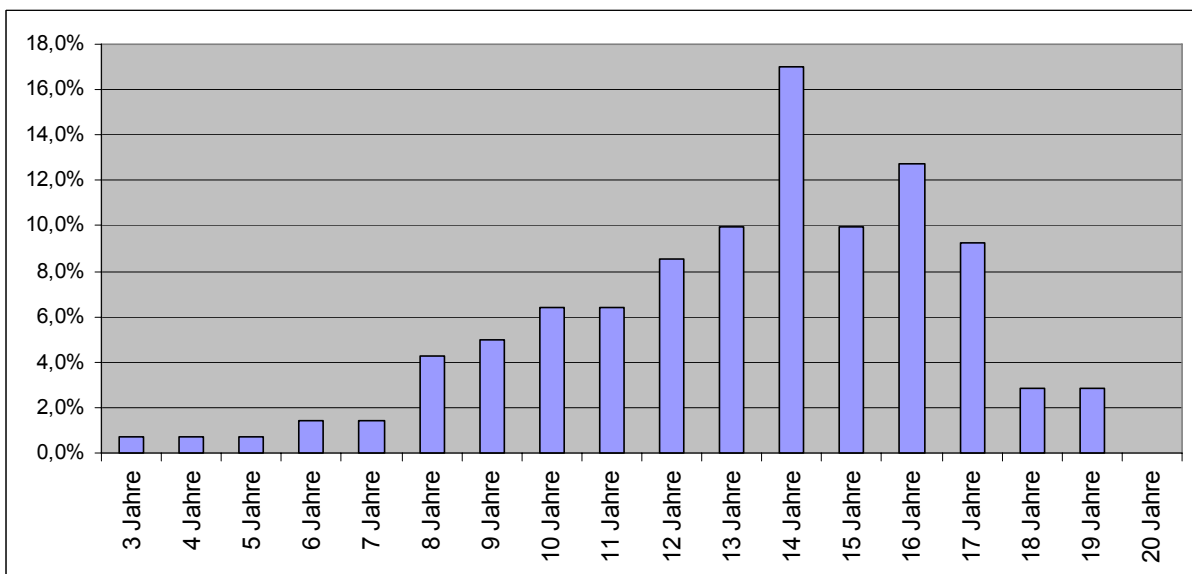


Diagramm 7: Alter der Adoptierten bei erster Vorstellung in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters in Marburg (in Prozent)

Es fand weiterführend eine nach Geschlechtern getrennte Auswertung dieser Ergebnisse statt. Es zeigte sich dabei der Peak der weiblichen Patienten, der sich zwischen dem zwölften und 17. Lebensjahr befand, während die männlichen Patienten eine relativ gleichmäßige Altersverteilung zeigten. Weiterhin fiel im Vergleich zu den weiblichen Probanden ein größerer Anteil von Adoptierten auf, die bereits vor dem 13. Lebensjahr ihren Erstkontakt mit der Klinik hatten. Das durchschnittliche Alter bei der Erstvorstellung der männlichen Patienten betrug durchschnittlich 12,6 Jahre (Median 13 Jahre), womit sie insgesamt etwas früher in der Klinik behandelt wurden als die weiblichen Patienten (Durchschnitt 14,1 Jahre; Median 14 Jahre).

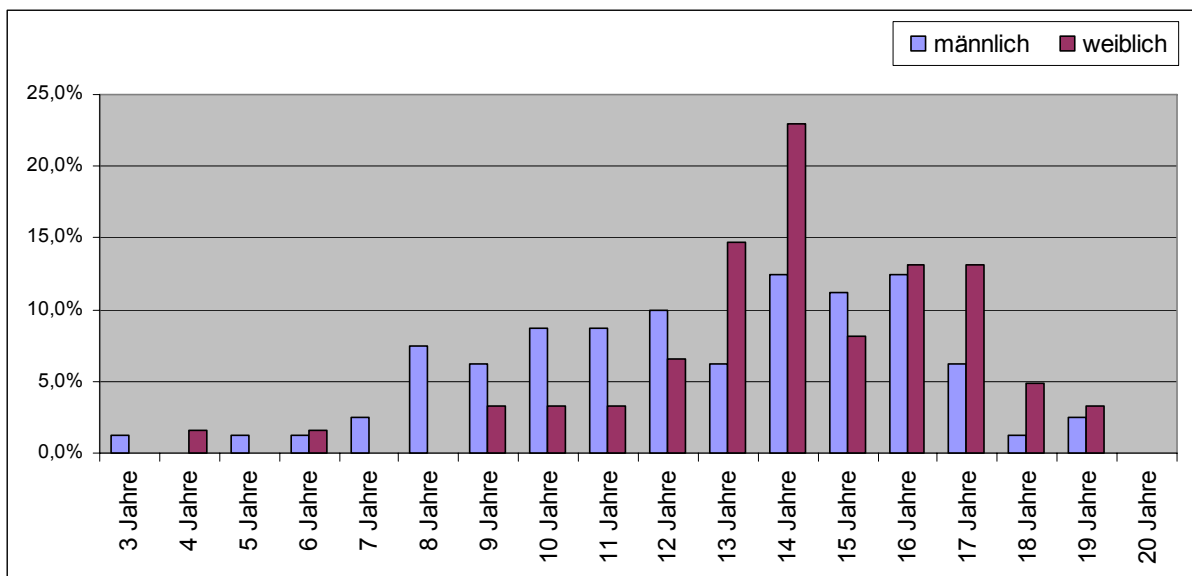


Diagramm 8: Vergleich zwischen männlichen und weiblichen Patienten hinsichtlich des Alters bei erster Vorstellung in der Klinik (in Prozent)

Weiterführend wurde noch das Alter bei Erstvorstellung bei den 118 Adoptierten ausgewertet, die ausschließlich stationär vorgestellt wurden. Die männlichen Patienten wurden durchschnittlich mit 12,9 Jahren (Median 14 Jahre) erstmals in die Klinik aufgenommen. Die Mädchen waren mit 14,7 Jahren (Median 14 Jahre) älter. Für die weiteren Subgruppen (z.B. tagesklinische, Patienten, die in mehreren Abteilungen der Klinik vorstellig wurden) wurde keine weitere Auswertung vorgenommen.

### 4.2 Der Zeitraum vor der Adoption

#### 4.2.1 Allgemeine Anmerkungen

Bei der Erfassung der Daten für diesen Abschnitt fiel auf, dass vor allem hinsichtlich der Informationen über die leiblichen Eltern nur unzureichende Angaben in den Krankengeschichten der Patienten vorlagen. Es erfolgte deshalb lediglich eine kurze Darstellung der erhobenen Daten, es konnte aber keine Auswertung stattfinden.

#### 4.2.2 Angaben zu den leiblichen Eltern

Es konnte nachvollzogen werden, dass 53,2% der Adoptierten noch mehr als eine Woche nach der Geburt bei der leiblichen Mutter verbrachten (und 40,4% beim leiblichen Vater), wohingegen dieses bei 45,4% nicht zutraf (58,2% beim leiblichen Vater). In 1,4% der Fälle konnte es nicht eindeutig eruiert werden. Während der Anteil der fehlenden Angaben zu den verschiedenen untersuchten Parametern bei den Kindern, die länger als eine Woche bei der leiblichen Mutter verbrachten, je nach gesuchter Auffälligkeit zwischen 17,0% und 36,9% betrug (beim leiblichen Vater zwischen 17,0% und 30,5%), fehlten bei den Adoptierten, die nicht länger als eine Woche in dieser Umgebung lebten, sogar in 37,6% bis 44,0% (55,3% bis 58,2% beim leiblichen Vater) der Fälle eine Angabe. Ein ähnliches Bild fand sich auch bei der Untersuchung der Angaben zur Schwangerschaft und des Geburtsvorganges. Bei eventuellen Auffälligkeiten während der Schwangerschaft konnten bei den einzelnen Kriterien lediglich bei 31,9% bis 37,6% der leiblichen Eltern verwertbare Informationen gewonnen werden, während es bei den Komplikationen während der Geburt in 51,8% bis 54,6% der Krankengeschichten möglich war. Aber auch dieser Anteil von erhobenen Daten war für eine weitere Auswertung zu gering. Bei den Angaben über Gründe für die Freigabe des Kindes zur Adoption konnten in 45,4% keine Angaben erhoben werden.

#### 4.2.3 Angaben zu einer möglichen außerfamiliären Unterbringung vor der Adoption

Auch bei den Angaben über eine mögliche außerfamiliäre Unterbringung vor der Adoption ergaben sich ähnliche Schwierigkeiten wie bei der Datenerfassung über die leiblichen Eltern. Es konnte sicher eruiert werden, dass sich 56,7% der Adoptierten vor ihrer Ankunft in der Adoptivfamilie in keiner weiteren Unterbringung befanden. Auch die Art der möglichen Unterbringung und die durchschnittliche Anzahl von 0,5 Aufenthalten (Median 0) konnte erfasst werden, wobei dabei die häufigste Form (19,9%) in einem Heimaufenthalt bestand. Bei den Aufenthaltsorten, die als „Sonstiges“ bezeichnet wurden, handelte es sich in den meisten Fällen um Pflegefamilien.

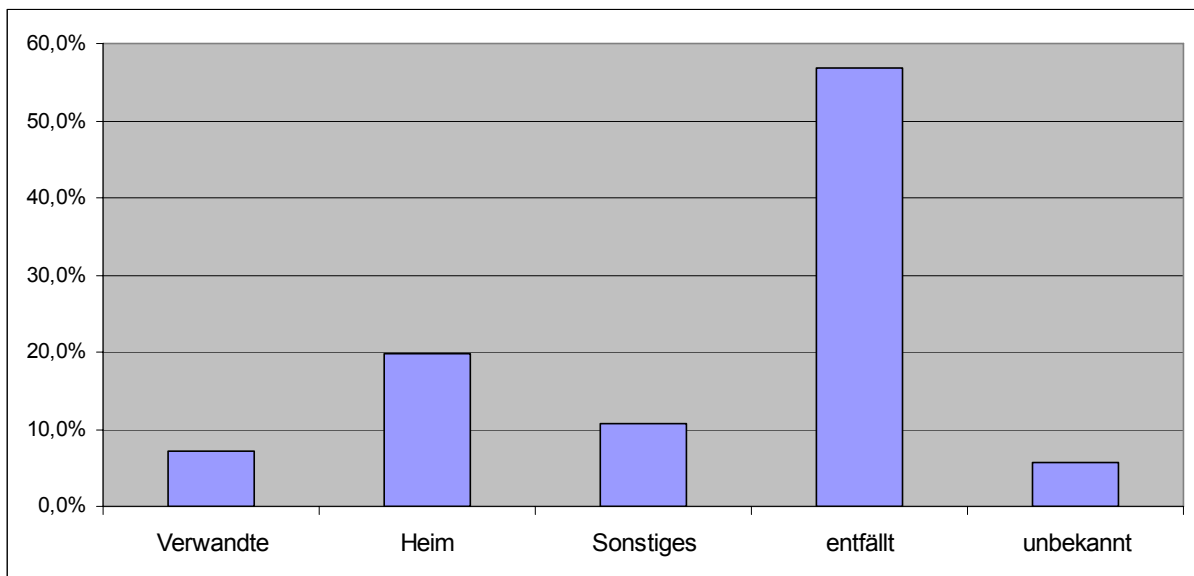


Diagramm 9: Art der Unterbringung vor der Adoption (in Prozent)

Über die Erfahrungen der Adoptierten in der jeweiligen Unterkunft hingegen, wie zum Beispiel Missbrauch oder Vernachlässigung, konnte nur relativ wenig in Erfahrung gebracht werden (der Anteil der fehlenden Daten betrug zwischen 33,3% und 37,6%).

### 4.3 Adoptionsprozess

Bei den Formen der jeweiligen Adoption überwog mit 85,1% der Anteil der Fremdadoptionen im Gegensatz zu 14,9% intrafamiliären Annahmen. Der durchschnittliche Adoptionszeitpunkt betrug 2,0 Jahre (Median 10,5 Monate). 40 Probanden (28,8%) wurden bereits im ersten Lebensmonat von der Adoptivfamilie aufgenommen. Es ist davon auszugehen, dass hier lediglich der Zeitpunkt bei Erreichen der Adoptivfamilie erfasst wurde und nicht das Alter, bei welchem die rechtlichen Formalitäten der Adoption abgeschlossen waren.

Bei 85,1% der Adoptierten handelte es sich um aus Deutschland stammende Kinder. Nur 7,1% kamen aus dem europäischen Ausland und 7,8% aus Ländern außerhalb von Europa.

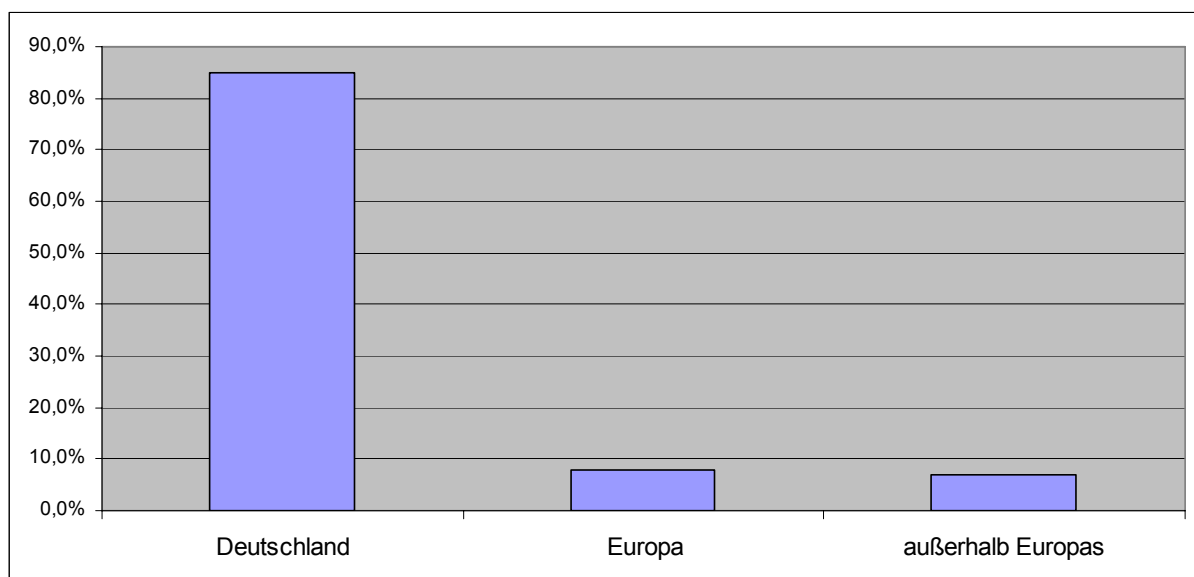


Diagramm 10: Herkunftsländer der Adoptierten (in Prozent)

Von den insgesamt 21 aus dem Ausland adoptierten Kindern und Jugendlichen wurden 81% nach 1990 zum ersten Mal in der Klinik vorstellig, insgesamt 47,6% sogar erst nach 1995, d. h., dass sich in der Klinik eine Zunahme des Anteils an Auslandsadoptierten an den Patienten zeigte.



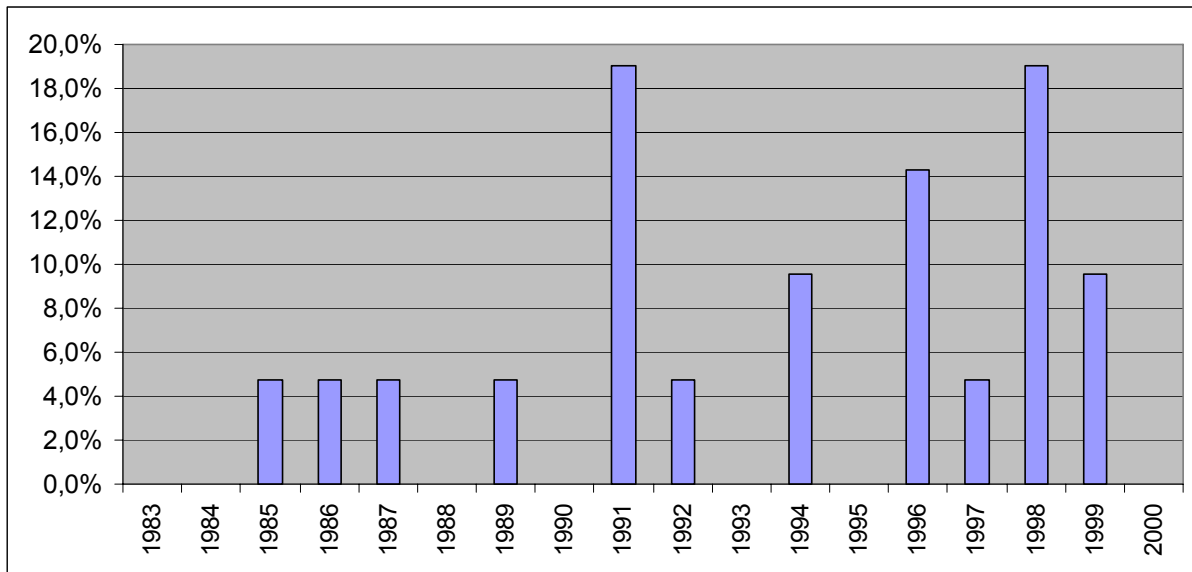


Diagramm 11: Anteil der Auslandsadoptionen 1983 bis 2000

#### 4.4 Angaben zu den Adoptiveltern

Für diesen Abschnitt konnten vollständigere Daten gewonnen werden, als es bei den Informationen zu den leiblichen Eltern der Fall war.

Die Adoptivmütter waren zum Zeitpunkt der Adoption durchschnittlich 32,6 Jahre alt (Median 33 Jahre) und somit zwei Jahre jünger als die Adoptivväter, die ein durchschnittliches Alter von 35,6 Jahren (Median 35 Jahre) aufwiesen.

Mit 84,4% waren der überwiegende Teil der Adoptiveltern zum Zeitpunkt der Erstvorstellung ihres Kindes in der Klinik verheiratet, während 12,1% getrennt lebten oder geschieden waren. In vier Fällen entfiel diese Information, da in zwei Fällen der Adoptivvater und in einem Fall die Adoptivmutter zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Klinik bereits verstorben war. Bei einem weiteren Kind schien die Adoptivmutter das Adoptivkind alleine adoptiert zu haben, wobei dieses nicht eindeutig aus der Krankengeschichte hervorging. In einem Fall konnten keine Angaben zu dem Verhältnis der Adoptiveltern zueinander erhoben werden.

Zu den möglichen Risikofaktoren hinsichtlich der Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten bei den Adoptierten wurden mögliche Auffälligkeiten bei den Adoptiveltern eruiert. Bei den jeweiligen Adoptivmüttern fanden sich in 68,8% keine Besonderheiten, während 9,9% psychische Auffälligkeiten zeigten und sich in 8,5% andere auffällige Dinge zeigten, die nicht näher definiert wurden. Bei den Adoptivvätern lagen die Zahlen der unauffälligen Männer mit 87,9% noch höher. Hier

zeigten 5,0% psychische Auffälligkeiten oder Erkrankungen und in 5,7% wurden andere Besonderheiten festgestellt. In einem Fall konnte bei den Adoptivvätern diese Information aus den Akten nicht gewonnen werden. In den 21 Fällen, in denen es sich um eine Verwandtenadoption handelte, fand bei den 20 Eltern, von denen eines in der Adoption jeweils ein leiblicher Elternteil war, in diesem Punkt eine weiterführende Auswertung statt, da diese Fälle sowohl unter der Rubrik der leiblichen Eltern als auch unter der der Adoptiveltern erfasst wurden. Es fanden sich bei 61,1% der 18 leiblichen Mütter keine Auffälligkeiten, in vier Fällen (22,2%) lag eine psychische Erkrankung vor. Bei den drei leiblichen Vätern erfolgte keine Auswertung. Der eine Fall von Verwandtenadoption, in dem die Adoption durch die Schwester der leiblichen Mutter erfolgte, wurde in diesem Fall wie eine Fremdadoption behandelt, da die bei ihr potentiell auftretenden Auffälligkeiten lediglich unter der Rubrik der Adoptiveltern erfasst wurden.

Auch wurde bei den Adoptiveltern versucht, Angaben zu Motiven für die Adoption zu erfassen. Aber ähnlich wie bei den leiblichen Eltern konnten in 49,6% der Fälle keine Angaben zu diesem Punkt aus den Akten entnommen werden. Bei 28,4% konnte eine Kinderlosigkeit als Grund eruiert werden. Weiterhin wurde bei 20 der insgesamt 21 Fälle von Verwandtenadoptionen als Grund für die Adoption die Hochzeit mit dem jeweiligen Elternteil genannt.

#### 4.5 Angaben zum sozioökonomischen Status

Wie in Kapitel 3 erläutert, wurde versucht den sozioökonomischen Status der Adoptivfamilien über den Beruf - vor allem des Adoptivvaters - zu erfassen. So konnte bei den Adoptivvätern festgestellt werden, dass mit 41,5% der größte Teil einen akademischen Beruf ausübte. Weitere 23,6% waren als Angestellte tätig (jeweils bezogen auf die Anzahl der nicht geschiedenen Adoptivväter).

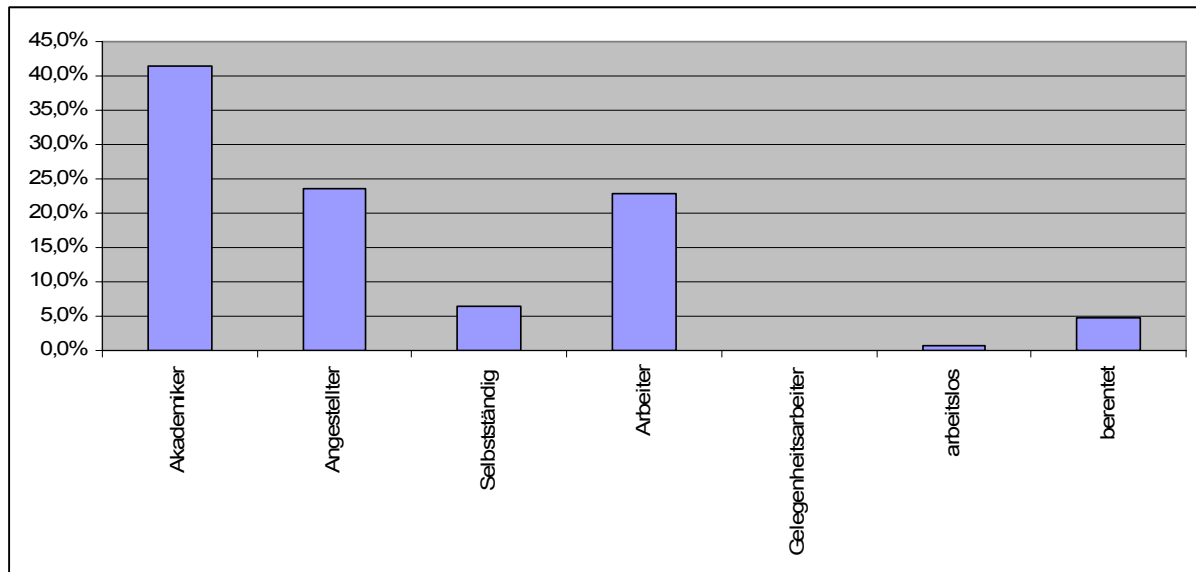


Diagramm 12: Beruf des Adoptivvaters (in Prozent)

In 18 Fällen entfiel diese Angabe, da es sich um getrennte Ehepaare handelte. Bei einer solchen familiären Situation wurde grundsätzlich nur der Beruf der Adoptivmutter erfasst, auch wenn der mögliche neue Partner ebenfalls berufstätig war oder wie im Falle von zwei Adoptierten, diese bei dem Adoptivvater lebten. Von den Adoptivmüttern waren insgesamt 51,8% berufstätig, wobei nicht unterschieden wurde, ob es sich um eine Vollzeit- oder eine Teilzeitbeschäftigung handelte. Von den übrigen Adoptivmüttern übten 44,7% keine Tätigkeit aus. Bei 2,1% der untersuchten Personen entfiel diese Information, da die betreffenden Adoptivmütter verstorben waren. In 1,4% war die Information nicht eruierbar.

Bei den 18 Adoptivmüttern, die von ihren Ehemännern getrennt lebten oder geschieden waren, arbeiteten 50,0% im Angestelltenverhältnis.

Zusätzlich wurde zwischen Fremd- und Verwandtenadoptionen unterschieden. Bei den Adoptivvätern im Falle einer Fremdadoption hatten 40,8% eine akademische Ausbildung bezogen auf die Gesamtzahl der Fremdadoptionen, im Gegensatz zu nur 9,5% bei den Verwandtenadoptionen. Unterschiede zeigten sich auch bei dem Anteil der Arbeiter, bei welchen sich ein entgegengesetztes Bild ergab. Der Anteil betrug dort 57,1% bei den Verwandtenadoptionen (versus 13,3% bei den Fremdadoptionen). Bei der Berufstätigkeit als Angestellte (20,8% versus 19,0%) oder bei den Selbstständigen (5,0% versus 9,5%) wurden keine großen Unterschiede bei den Vergleichsgruppen nachgewiesen.

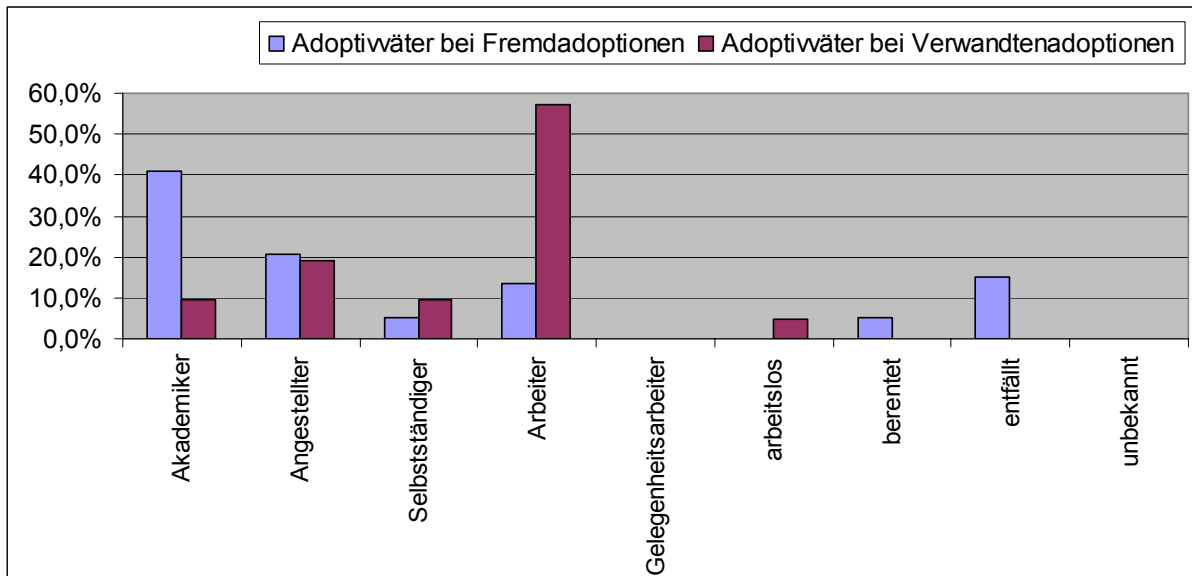


Diagramm 13: Vergleich Beruf des Adoptivvaters bei Fremd- und Verwandtenadoptionen (in Prozent, bezogen auf die Anzahl der jeweiligen Gruppe)

#### 4.6 Zusammenfassung anderer Informationen

In diesem Abschnitt sollen weitere eruierte Daten zusammengefasst werden, die sich im Laufe der Arbeit als schwer auswertbar oder nicht relevant für das weitere Vorgehen erwiesen.

Die Adoptierten direkt betreffend wurde das Alter der ersten psychischen Auffälligkeiten untersucht. Bei den meisten Kindern (34,0%) waren schon im Kleinkindalter zwischen null und zwei Jahren erste Auffälligkeiten zu beobachten. Weitere 25,5% wiesen im Kindergartenalter die ersten psychischen Besonderheiten auf. In einem Fall ließ sich diese Information aus der Krankengeschichte nicht entnehmen. Weiterhin wurde versucht die Art dieser Auffälligkeiten zu eruieren. Es fiel auf, dass der größte Anteil (92,2%) bereits erste Symptome ihrer später gestellten Diagnose aufwiesen.

Die überwiegende Zahl der Testpersonen hatte Geschwister in der Adoptivfamilie, wobei keine Unterscheidung zwischen leiblichen und nicht leiblichen Geschwistern erfolgte. Nur 42 (29,8%) Kinder wuchsen ohne Geschwister auf. Das durchschnittliche Alter des ältesten der Geschwisterkinder betrug zum Zeitpunkt der Vorstellung der Adoptierten in der Klinik 15 Jahre. Von den 141 untersuchten Kindern hatten 35 Adoptierte mindestens zwei Schwestern oder Brüder (Durchschnittsalter 12 Jahre), zwölf Kinder hatten drei oder mehr Geschwister (durchschnittlich zehn Jahre

alt) und in fünf Fällen fanden sich sogar mindestens vier Geschwister (Altersdurchschnitt elf Jahre).

Innerhalb der geschwisterlichen Beziehungen kam es in 61,6% zu Spannungen, wobei Konkurrenz und Eifersucht sowie ein allgemein angespanntes Verhältnis erfasst wurden.

Bei dem Versuch Spannungen innerhalb der Adoptivfamilie darzustellen, konnten lediglich bei 17 Familien (12,1%) ein unauffälliges Umfeld des jeweiligen Adoptivkindes gefunden werden. Oft konnte aber nicht eindeutig unterschieden werden, ob die psychische Störung auf das problematische Familienleben zurückzuführen war oder ob sich die Auffälligkeiten und Probleme innerhalb der Adoptivfamilie durch die jeweiligen Symptome der Erkrankung entwickelten.

Weiterhin wurde geprüft, in welchem Alter die Kinder über die Tatsache ihrer Adoption aufgeklärt wurden. Es ergab sich ein durchschnittliches Alter von 8,9 Jahren, wobei zu beachten ist, dass in 112 Fällen keine Angaben zu diesem Thema zu finden waren und bei weiteren fünf Patienten, die bei ihrer Adoption (meistens innerhalb der Familie) schon älter waren, dieser Punkt als „entfällt“ beschrieben wurde. Weiterhin ist anzumerken, dass bei vier Krankengeschichten eine exakte Altersangabe fehlte und bei zwei Familien keine Aufklärung über den Adoptivstatus des Kindes stattfand. Ein ähnlich lückenhaftes Datenmaterial fand sich bei der Beurteilung des Umgangs der jeweiligen Kinder mit der Adoption. Auch nach Hinzuziehen der Auswertung von psychologischen Tests und Zusammenfassungen der therapeutischen Gespräche während des Aufenthalts in der Klinik, die in den jeweiligen Krankengeschichten zu finden waren, konnten bei den einzelnen Kriterien bei 61,7% bis 76,6% der Untersuchten, keine Information über das Verhältnis der Kinder zu ihrem Adoptivstatus gewonnen werden.

#### 4.7 Diagnosenspektrum der Adoptivkinder

Ein besonderer Schwerpunkt dieser Arbeit wurde auf die Erfassung und die Auswertung der jeweiligen Diagnosen nach ICD-10 bei den Probanden gelegt, die aus den Krankengeschichten zuverlässig ermittelt werden konnten.

Die Vorstellungsfrequenz der Adoptierten in den Jahren 1982 bis 2000 fiel sehr unterschiedlich aus. So wurde 1983 nur ein Adoptierter behandelt (0,7%), während

die meisten Aufenthalte (mit 14,9%) im Jahr 1993 erfolgten. Eine Systematik war nicht erkennbar.

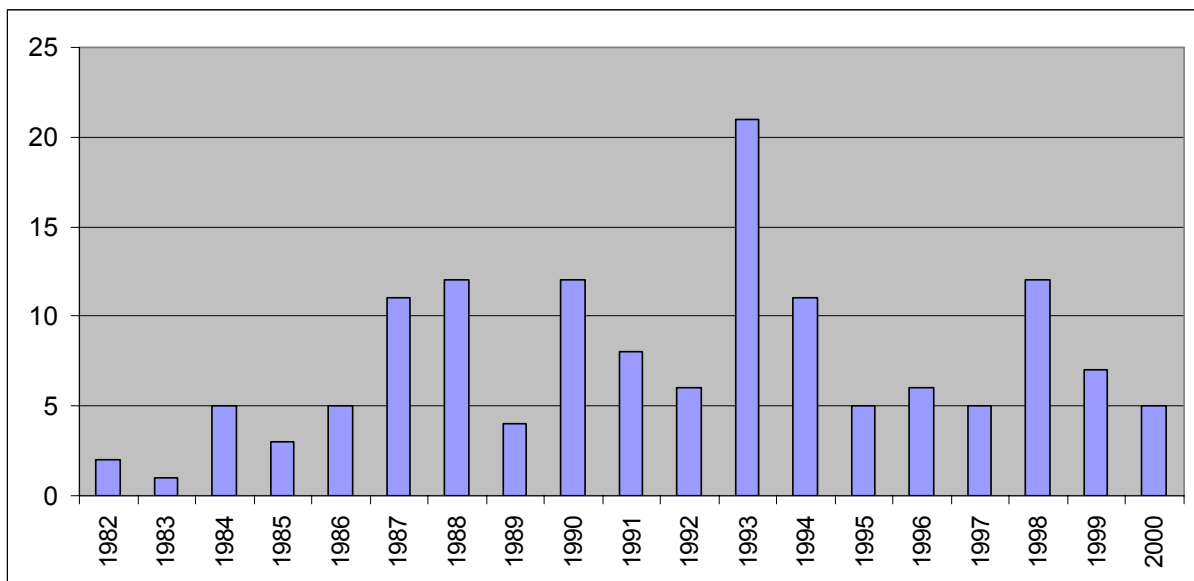


Diagramm 14: Zahl der Erstvorstellung pro Jahr 1982 bis 2000 (absolute Zahlen)

Zunächst wurde die jeweilige Art des Aufenthaltes untersucht. Es waren bei der Art der jeweiligen Vorstellung Mehrfachnennungen möglich, um die jeweilige Aufenthaltsart bei den möglicherweise mehrfachen Vorstellungen zu erfassen. Die Mehrheit der Adoptierten (83,7%) befand sich ausschließlich in stationärer Behandlung. Die ambulanten adoptierten Patienten konnten offensichtlich durch das Dokumentationssystem nicht erfasst werden.

Die durchschnittliche Anzahl der Aufenthalte betrug 1,4.

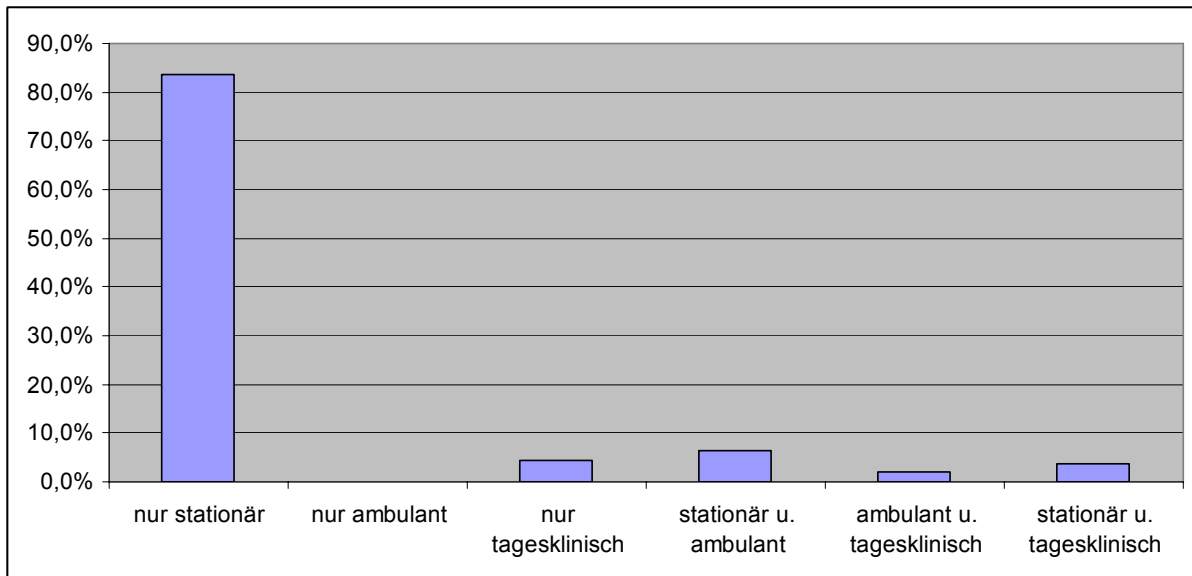


Diagramm 15: Art der Vorstellung (in Prozent)

Zunächst erfolgte eine Darstellung der Hauptdiagnose, wobei lediglich die Diagnosen aus dem Kapitel V (F) der ICD-10, welches „Psychische und Verhaltensstörungen“ (einschließlich Störungen der psychischen Entwicklung) beinhaltet, zur Berücksichtigung kamen. Von den untersuchten Patienten wurde bei 137 (97,2%) Kindern und Jugendlichen die Hauptdiagnose aus diesem Bereich gestellt. Unter den übrigen vier Adoptierten wurde bei zwei Probanden eine Epilepsie bzw. Abscencen (G40.2 bzw. G40.3) diagnostiziert, bei einem weiteren Patienten wurde eine Adipositas (E66) festgestellt und ein vierter wurde ohne eine klinische Diagnose entlassen.

Im Bereich der psychischen Störungen (ICD-10 Kapitel V (F)) wurde mit 63,5% bei dem größten Anteil der Patienten eine Erkrankung aus dem Bereich der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) gefunden.

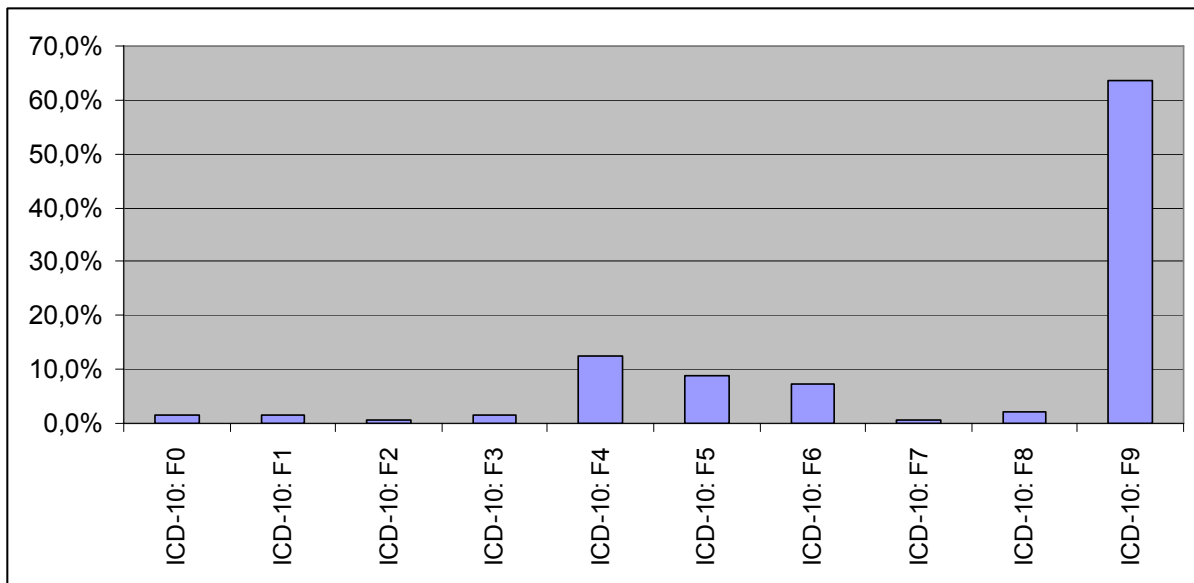


Diagramm 16: Hauptdiagnose nach ICD-10 (F0 bis F9; in Prozent)

Bei der differenzierten Auswertung dieser Gruppe fielen insbesondere die hohen Anteile im Bereich der kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92) mit 21,2% (entspricht 33,3% bezogen auf die Gesamtzahl der Diagnosen aus dem Bereich F9) und der Gruppe F91 (17,5% bzw. 27,6%) auf, was der Störung des Sozialverhaltens entspricht. Auch Patienten mit einer hyperkinetischen Störung (F90) fanden sich häufig (12,4% bzw. 19,5%).

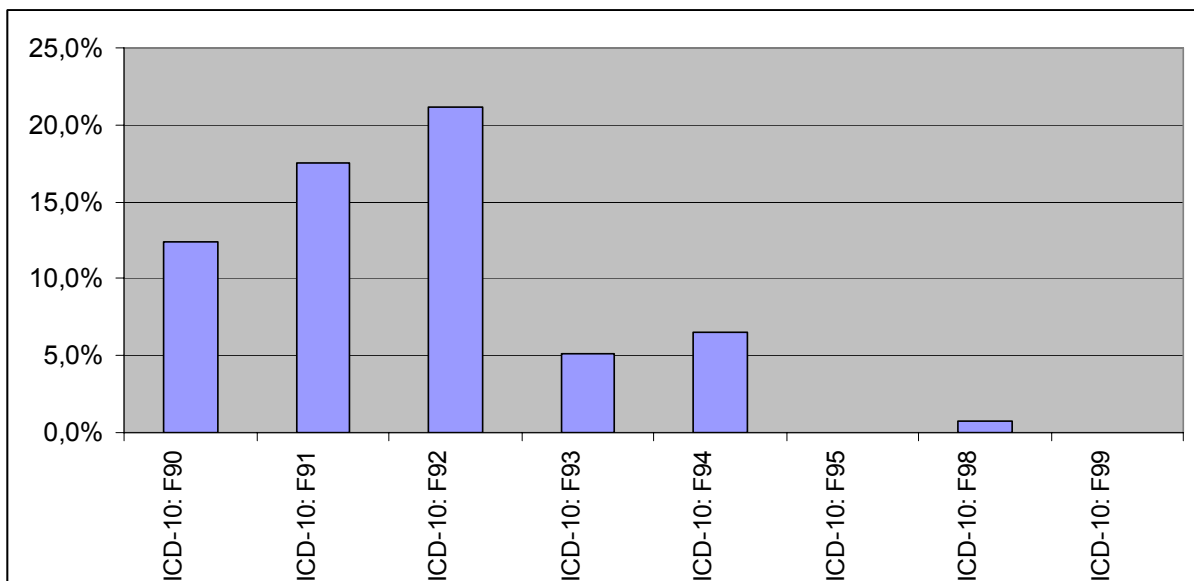


Diagramm 17: Hauptdiagnose ICD-10-Gruppe F9 (in Prozent)



Von den 16 Patienten, die eine Störung aus dem Bereich der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) aufwiesen, hatten zwölf (70,6% bezogen auf die Gesamtzahl F4) eine Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43). Im Bereich der Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5) wurde bei allen Probanden eine Essstörung (F50) diagnostiziert. Von den zehn Patienten, bei denen eine Diagnose aus dem Bereich den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) gestellt wurde, hatten 90,0% eine Störung im Sinne einer Persönlichkeitsstörung (F60). Eine detaillierte Auswertung der Krankheitsspektren der wenigen Patienten (8,0%) mit einer Diagnose aus einem anderen Bereich erfolgte nicht.

Eine entsprechende Auswertung erfolgte auch bei den 65 Patienten (46,1%), bei welchen eine Nebendiagnose gestellt wurde. Acht Adoptierte hatten dabei eine Diagnose, die nicht im ICD-10-Kapitel V erfasst und deshalb nicht ausgewertet wurde.

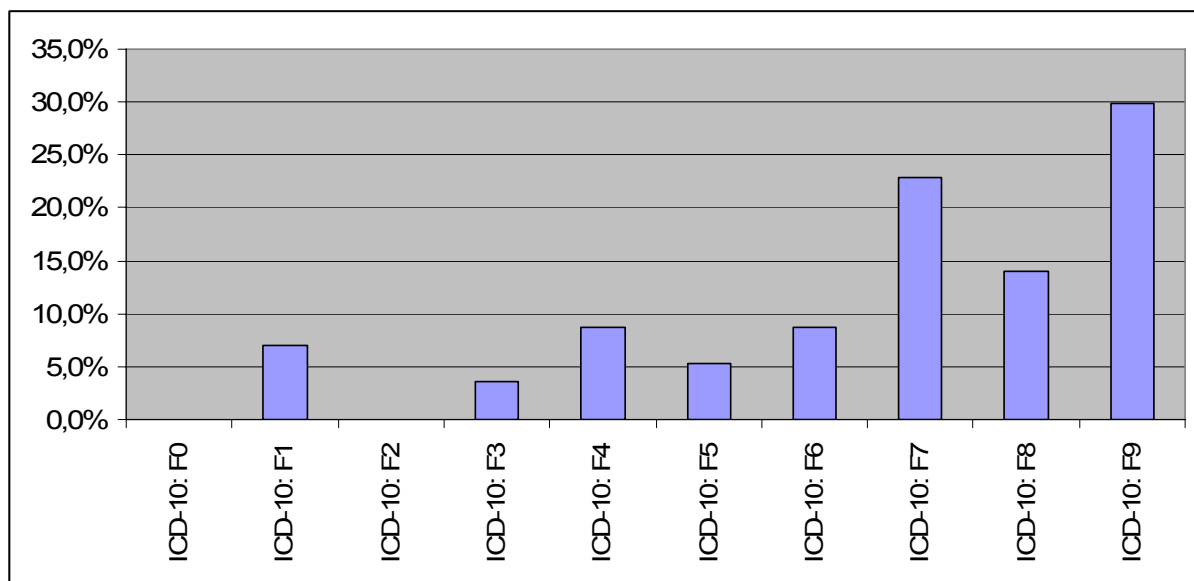


Diagramm 18: 1. Nebendiagnose nach ICD-10 (F0 – F9) falls vorhanden (in Prozent)

Mit 29,8% (bezogen auf die Gesamtzahl der Patienten mit einer zweiten Diagnose; n=64) wurde wieder bei dem größten Anteil aus dem Bereich der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) diagnostiziert. Weiterhin zeigten mit 22,8% auch relativ viele eine Erkrankung aus dem Bereich der Intelligenzminderungen (F7). Dieser Bereich wird im Kapitel 4.8 nochmals gesondert aufgeführt.

Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit einer zusätzlichen dritten Diagnose betrug 19,1%. Eine gesonderte Auswertung wurde nicht vorgenommen.

Bei 36 Kindern und Jugendlichen (25,5%) kam es zu einer Wiedervorstellung in der Klinik. Die Verteilung der Diagnosen dabei entsprach in etwa der, die bei der ersten Vorstellung bereits ermittelt wurde. So hatten 63,9% der Adoptierten eine Diagnose aus dem Bereich der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9), wobei es sich meistens um eine hyperkinetische Störung (F90) mit 16,7% (26,1% bezogen auf die Gesamtzahl der Diagnosen F9) oder einer Störung des Sozialverhaltens (F91; 19,4% bzw. 30,4%) handelte. Einen etwas geringeren Anteil (11,1% bzw. 17,4%) als bei der Erstvorstellung fanden sich bei den kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92) und einen relativ etwas höheren Anteil mit jeweils 8,3% (bzw. 13,0%) bei den emotionalen Störungen des Kindesalters (F93) und den Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F94). Von den Adoptierten, die mindestens ein zweites Mal vorgestellt wurden, hatten 44,4% eine und 28% zwei Nebendiagnosen.

Anschließend wurde eine geschlechtergetrennte Auswertung der Diagnosen durchgeführt. Bezogen auf die jeweilige Gesamtzahl der Untergruppe zeigten sich vor allem in Bereich der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) Unterschiede, wobei diese bei den männlichen Patienten mit 73,1% häufiger diagnostiziert wurden (50,8% bei den weiblichen Adoptierten). Die hyperkinetische Störung konnte lediglich bei 3,4% der weiblichen Probanden gefunden werden (bei den Jungen waren es 19,2%). Nur wenige Unterschiede zwischen den beiden Gruppen konnten bei den Störungen des Sozialverhaltens (F91; 19,2% bei den männlichen versus 15,3% bei den weiblichen Patienten) und den kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92; 19,2% versus 23,7%) nachgewiesen werden. Emotionale Störungen des Kindesalters (F93) waren bei den männlichen Adoptierten etwas häufiger (4,4% versus 0,7%).

Weitere Unterschiede zeigten sich bei den Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5) mit einem Überwiegen der Mädchen von 18,6% gegenüber 1,3% bei den männlichen Patienten. In den anderen Gruppen verhielten sich die Adoptierten im Wesentlichen gleich.

Diagnose nach ICD-10	Adoptierte gesamt, n=137	Männliche Patienten <sup>1</sup> n=137	Weibliche Patienten <sup>1</sup> n=137	Männliche Patienten <sup>2</sup> n=78	Weibliche Patienten <sup>2</sup> n=59
F0	1,5	0,7	0,7	1,3	1,7
F1	1,5	1,5	0	2,6	0
F2	0,7	0,7	0	1,3	0
F3	1,5	0,7	0,7	1,3	1,7
F4	12,4	5,8	6,6	10,3	15,3
F5	8,8	0,7	8	1,3	18,6
F6	7,3	2,9	4,4	5,1	10,2
F7	0,7	0,7	0	1,3	0
F8	2,2	1,5	0,7	2,6	0,7
F9	63,5	41,6	21,9	73,1	50,8
F90	12,4	10,9	1,5	19,2	3,4
F91	17,5	10,9	6,6	19,2	15,3
F92	21,1	10,9	10,2	19,2	23,7
F93	5,1	4,4	0,7	7,7	1,7
F94	6,6	3,6	2,9	6,4	6,8

Tabelle 3: Vergleich der Diagnosen der ICD-10-Gruppe F0 - F9 bei den weiblichen und männlichen Adoptierten (in Prozent)

<sup>1</sup> bezogen auf die Gesamtzahl der Adoptierten

<sup>2</sup> bezogen auf die Gesamtzahl der männlichen bzw. weiblichen Patienten

#### 4.8 Untergliederung und Vergleich verschiedener Datengruppen hinsichtlich ausgewählter relevanter Aspekte

In den folgenden Abschnitten wurden einige ausgewählte, relevant erscheinende Datengruppen dargestellt und hinsichtlich einiger spezieller Aspekte einander gegenübergestellt. Dabei wurde ein besonderes Interesse auf die Verteilung der Diagnosen in den einzelnen Gruppen und auf mögliche Unterschiede gelegt.

##### 4.8.1 Vergleich der Fremd- und Verwandtenadoptionen hinsichtlich Alter bei Erstvorstellung und Diagnosenspektrum

Die Auswertung des Alters bei Erstvorstellung blieb dabei aufgrund der geringen Anzahl der Verwandtenadoptionen (n=21, 14,9%) wenig aussagekräftig. Es fiel lediglich auf, dass bei diesen Adoptierten jede Altersstufe relativ regelmäßig vertreten war, während es bei den 120 Fremdadoptierten (85,1%) eine Vorstellungshäufung im Teenageralter (12 – 17 Jahre) gab.

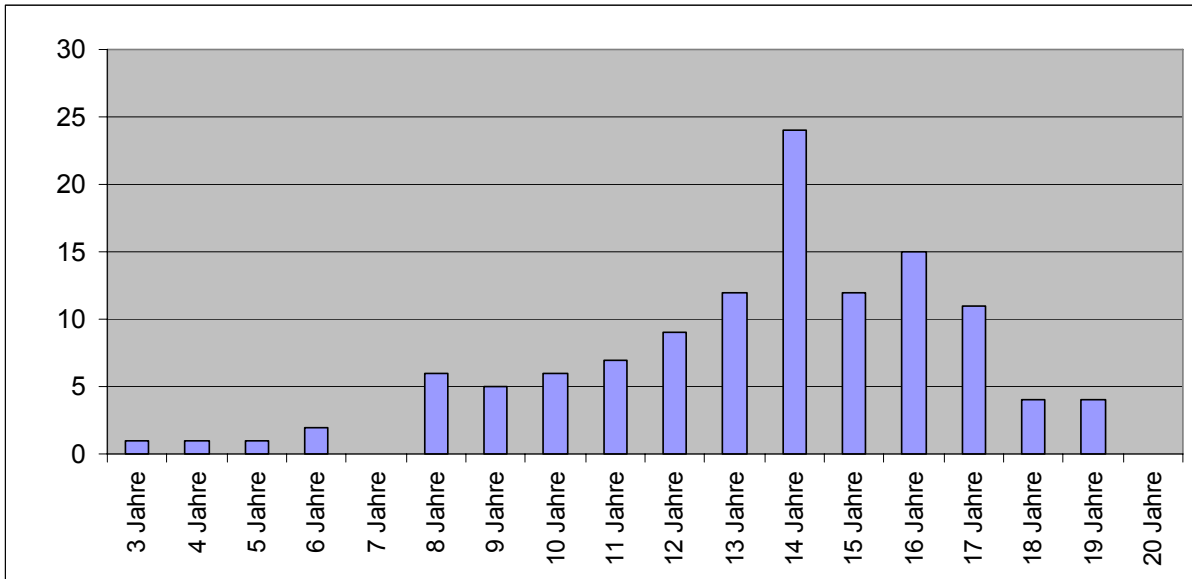


Diagramm 19: Alter bei Erstvorstellung bei den Fremdadoptierten (absolute Zahlen)

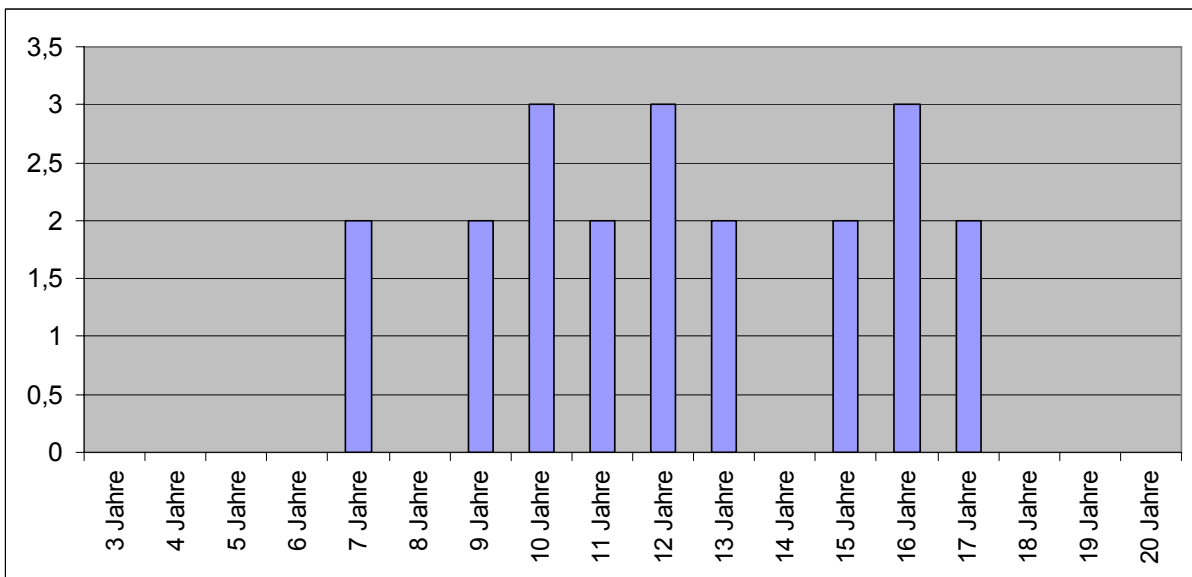


Diagramm 20: Alter bei Erstvorstellung bei den Verwandtenadoptierten (absolute Zahlen)

Bei den Patienten, bei denen eine Verwandtenadoption vorlag, lag bei 57,1% eine Diagnose aus dem Bereich der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD-10-Gruppe F9) vor, in der Vergleichsgruppe der Fremdadoptierten bei 64,7%. Bei fünf Adoptierten (23,8%) wurde bei den von Verwandten Adoptierten eine Erkrankung aus dem Bereich der neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen (ICD-10-Gruppe F4) diagnostiziert, was damit die zweitgrößte Untergruppe darstellte (versus 10,3% bei den Fremdadoptierten). Die Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder

Faktoren (ICD-10-Gruppe F5) konnten im Gegensatz dazu ausschließlich bei den Fremdadoptierten eruiert werden (10,3%).

Diagnose nach ICD-10	Adoptierte gesamt, n=137	Verwandtenadoptionen, n=21	Fremdadoptionen, n=116
F0	1,5	0,0	1,7
F1	1,5	9,5	0,0
F2	0,7	0,0	0,9
F3	1,5	0,0	1,7
F4	12,4	23,8	10,3
F5	8,8	0,0	10,3
F6	7,3	4,8	7,8
F7	0,7	0,0	0,9
F8	2,2	4,8	1,7
F9	63,5	57,1	64,7

Tabelle 4: Vergleich der Diagnosen der ICD-10-Gruppen F0 – F9 bei den Fremd- und Verwandtadoptionen (in Prozent)

In der größten Diagnosegruppe (ICD-10-Gruppe F9) präsentierten die beiden Gruppen sowohl in der Gesamtzahl (57,1% bei den Verwandtenadoptionen und 64,7% bei den Fremdadoptionen), als auch bei der Verteilung der jeweiligen Diagnosen in dieser Gruppe nur sehr geringe Unterschiede.

ICD-10-Gruppe F9	Adoptierte gesamt, n=137 (n=87)	Verwandtenadoptionen n=21 (n=12)	Fremdadoptionen n=116 (n=75)
F90	12,4 (19,5)	14,3 (25,0)	12,1 (18,7)
F91	17,5 (27,6)	14,3 (25,0)	18,1 (28,0)
F92	21,2 (33,3)	19,0 (33,3)	21,6 (33,3)
F93	5,1 (8,0)	4,8 (8,3)	5,2 (8,0)
F94	6,6 (10,3)	4,8 (8,3)	6,9 (10,7)
F95	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)
F98	0,7 (1,0)	0,0 (0,0)	0,9 (1,3)
F99	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)

Tabelle 5: Vergleich der Diagnosen der ICD-10-Gruppe F9 bei den Fremd- und Verwandtadoptionen (in Prozent; in Klammern jeweils bezogen auf die Gesamtzahl F9)

#### 4.8.2 Vergleich der Adoptivkinder, die vor bzw. nach dem sechsten Lebensmonat adoptiert wurden

In der Literatur wurde immer wieder das Vorliegen einer Altersgrenze bei Adoption diskutiert, ab welcher Adoptierte auffälliger werden und bei welchem Alter diese liegen könnte. In dieser Arbeit wurde der sechste Lebensmonat als Grenze für Kinder definiert, welche als direkt nach der Geburt adoptiert betrachtet wurden. Hinsichtlich

dieser Grenze wurde das Diagnosespektrum auf eventuelle Unterschiede zwischen den beiden Gruppen untersucht. Dabei wurden 62 Probanden (45,6%) mit einer Diagnose aus dem Kapitel V nach ICD-10 direkt nach der Geburt adoptiert. Ein Patient konnte nicht erfasst werden, da das Alter bei Adoption nicht angegeben wurde.

Auffällig präsentierte sich die Gruppe der Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5), wobei in der Gruppe der direkt nach der Geburt adoptierten Patienten mit 14,5% vermehrt diese Diagnose gestellt wurde (nur bei 4,1% in der Vergleichsgruppe). Ein weiterer Unterschied konnte bei der Diagnose der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) eruiert werden, wobei diese Erkrankung vermehrt bei den Patienten diagnostiziert wurde, bei welchen die Adoption später erfolgte (68,9% versus 58,1%).

Diagnose nach ICD-10	Adoptierte gesamt, n=137	Adoption vor dem 6. Lebensmonat, n=62	Adoption nach dem 6. Lebensmonat, n=74
F 0	1,5	1,6	1,4
F 1	1,5	0,0	2,7
F 2	0,7	1,6	0,0
F 3	1,5	0,0	2,7
F 4	12,4	14,5	10,8
F 5	8,8	14,5	4,1
F 6	7,3	8,1	5,4
F 7	0,7	1,6	0,0
F 8	2,2	0,0	4,1
F 9	63,5	58,1	68,9

Tabelle 6: Vergleich der Diagnosen der ICD-10-Gruppen F0 – F9 bei erfolgter Adoption innerhalb der ersten sechs oder nach dem sechsten Lebensmonat (in Prozent)

Bei der weiteren Differenzierung fiel auf, dass bei Kindern, die erst nach dem sechsten Lebensmonat adoptiert wurden, vermehrt die Diagnosen einer Störung des Sozialverhaltens (F91) gestellt wurde (21,1% versus 12,9%), wohingegen sich emotionale Störungen des Kindesalters (F93) häufiger bei den früher Adoptierten fanden (9,7% versus 1,3%). Bei den anderen Diagnosegruppen verhielten sich die Vergleichsgruppen gleichartig.

ICD-10-Gruppe F9	Adoptierte gesamt, n=137 (n=87)	Adoption in den ersten 6 Lebensmonaten, n=62 (n=36)	Adoption nach dem 6. Lebensmonat, n=74 (n=51)
F90	12,4 (19,5)	9,7 (16,7)	14,9 (21,6)
F91	17,5 (27,6)	12,9 (22,2)	21,6 (31,4)
F92	21,2 (33,3)	21,0 (36,1)	21,6 (31,4)
F93	5,1 (8,0)	9,7 (16,7)	1,4 (2,0)
F94	6,6 (10,3)	3,2 (5,6)	9,5 (13,7)
F95	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)
F98	0,7 (1,0)	1,6 (2,8)	0,0 (0,0)
F99	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)

Tabelle 7: Vergleich der Diagnosen der ICD-10-Gruppe F9 bei erfolgter Adoption innerhalb der ersten sechs Lebensmonate oder nach dem sechsten Lebensmonat (in Prozent; in Klammern jeweils bezogen auf die Gesamtzahl F9)

Die übrigen Diagnosegruppen wurden nicht weiter differenziert.

#### 4.8.3 Vergleich des Diagnosenspektrums der Adoptierten, die vor bzw. nach dem dritten Geburtstag adoptiert wurden

Als eine weitere Altersgrenze wurde das Alter von drei Jahren definiert. Damit sollte untersucht werden, ob die schon in vorangegangenen Kapitel eruierten Unterschiede bei den beiden Vergleichsgruppe bei einer Adoption zu einem noch späteren Zeitpunkt größer wurden. Dabei bildeten 98 Patienten (72,1%) mit einer Diagnose aus dem Kapitel V nach ICD-10 die ersten Gruppe, die bereits vor dem dritten Geburtstag adoptiert wurde und 38 (27,9%) die Vergleichsgruppe. Wieder konnte ein Patient nicht erfasst werden, da das Alter bei Adoption nicht angegeben war.

Bei den Kindern bzw. Jugendlichen, bei welchen die Adoption bereits vor ihrem dritten Geburtstag erfolgte, wurde in 58,1% der Fälle eine Erkrankung aus dem Spektrum der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) diagnostiziert, bei den Spätadoptierten in 73,3% der Fälle.

Bei weiteren 12,0% bildete in der ersten Gruppe eine Störung aus dem Bereich der Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (ICD-10-Gruppe F5) den Vorstellungsgrund, während in der Vergleichsgruppe das Krankheitsbild nicht auftrat. Die Diagnose der neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen (ICD-10-Gruppe F4) konnte bei 11,0% der Probanden, die vor dem dritten Geburtstag adoptiert wurden, gestellt werden und bei 15,8% der Spätadoptierten.

Diagnose nach ICD-10	Adoptierte gesamt, n=137	Adoption vor dem 3. Geburtstag, n=98	Adoption nach dem 3. Geburtstag, n=38
F 0	1,5	2,0	0,0
F 1	1,5	0,0	5,3
F 2	0,7	1,0	0,0
F 3	1,5	1,0	2,6
F 4	12,4	11,2	15,8
F 5	8,8	12,2	0,0
F 6	7,3	8,2	2,6
F 7	0,7	1,0	0,0
F 8	2,2	3,1	0,0
F 9	63,5	60,2	73,7

Tabelle 8: Vergleich der Diagnosen der ICD-10-Gruppen F0 – F9 bei erfolgter Adoption vor oder nach dem dritten Geburtstag (in Prozent)

Die detaillierte Auswertung des Bereiches der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) wies bei dem größten Teil (20,4%) der Adoptierten aus der ersten Gruppe eine Diagnose aus dem Bereich der kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92) auf (23,7% in der Subgruppe). Die beiden anderen großen Untergruppen der ICD-10 F9-Gruppe bildeten die hyperkinetischen Störungen (F90; 10,2% versus 18,4%) und die Störungen des Sozialverhaltens (F91; 17,3% versus 18,4%). Weiterhin traten Krankheitsbilder aus der Gruppe der Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F94) bei den Spätadoptierten (10,5% versus 5,1%) etwas vermehrt auf.

ICD-10-Gruppe F9	Adoptierte gesamt, n=137 (n=87)	Adoption vor dem dritten Geburtstag, n=98 (n=59)	Adoption nach dem dritten Geburtstag, n=38 (n=28)
F90	12,4 (19,5)	10,2 (16,9)	18,4 (25,0)
F91	17,5 (27,6)	17,3 (28,8)	18,4 (25,0)
F92	21,2 (33,3)	20,4 (33,9)	23,7 (32,1)
F93	5,1 (8,0)	6,1 (10,2)	2,6 (3,6)
F94	6,6 (10,3)	5,1 (8,5)	10,5 (14,3)
F95	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)
F98	0,7 (1,0)	1,0 (1,7)	0,0 (0,0)
F99	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)

Tabelle 9: Vergleich der Diagnosen der ICD-10-Gruppe F9 bei erfolgter Adoption vor oder nach dem dritten Geburtstag (in Prozent; in Klammern jeweils bezogen auf die Gesamtzahl F9)

Abschließend fand eine statistische Auswertung der Diagnosen aus der Gruppe F9 zwischen den sehr früh Adoptierten (innerhalb der ersten sechs Lebensmonate) und



den sehr spät Adoptierten (nach dem dritten Geburtstag) statt. Bei den Frühadoptierten hatten 58,1% der Probanden und 73,3% der Spätadoptierten eine Diagnose aus diesem Bereich. Die Unterschiede waren aber nicht signifikant ( $\chi^2=2,495$ ,  $p=0,085$ ).

#### 4.9 Vergleich ausgewählter relevanter Aspekte bei den Adoptivkindern mit den regulären Inanspruchnahmepatienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Marburg

Als Grundlage einer Vergleichsgruppe von Inanspruchnahmepatienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Marburg sollten wie in Kapitel drei beschrieben die veröffentlichten Mehrjahresberichte der Klinik dienen. Bei der Auswertung dieser Daten zeigten sich allerdings viele Ungenauigkeiten in ihrer Darstellung. Dazu gehörte u.a. die Darstellung der Diagnosen im multiaxialen Klassifikationsschema (nach Remschmidt und Schmidt; 1994) und nicht in dem in der vorliegenden Arbeit verwendeten ICD-10-Schema. Weiterhin war die Möglichkeit von Mehrfachnennungen bei den Diagnosen der Inanspruchnahmepatienten möglich. Da aber ein möglichst genauer Vergleich zwischen den beiden Gruppen erfolgen sollte, wurde letztendlich eine direkte Datengewinnung aus dem klinikeigenen Dokumentationssystem vorgenommen. In diesem Dokumentationssystem wurden alle Diagnosen nach ICD-10 bzw. ICD-9 dargestellt, ausgenommen der Intelligenzminderungen (F7), da diese auf der dritten Achse des multiaxialen Klassifikationsschemas abgebildet werden. Es konnte im Gegensatz zur Datengewinnung aus den Mehrjahresberichten auch eine differenziertere Darstellung der jeweiligen Diagnosegruppen vorgenommen werden. Die Angaben über die Intelligenz der Patienten wurden gesondert von den übrigen Diagnosen gewonnen und in Kapitel 4.10 ausgewertet. Insgesamt wurden in der Zeit von 1983 bis 2000 in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters in Marburg 3.613 Patienten stationär und tagesklinisch behandelt. Da bei den Adoptierten der untersuchte Zeitraum auch das Jahr 1982 umfasste, wurde als Gesamtzahl der Inanspruchnahmepatienten die Zahl von 3.813 Patienten angenommen, bei einer durchschnittlichen Vorstellungsfrequenz von etwa 200 Patienten pro Jahr. Daraus ergibt sich ein Anteil der Adoptierten an den insgesamt behandelten Patienten von 3,7%.

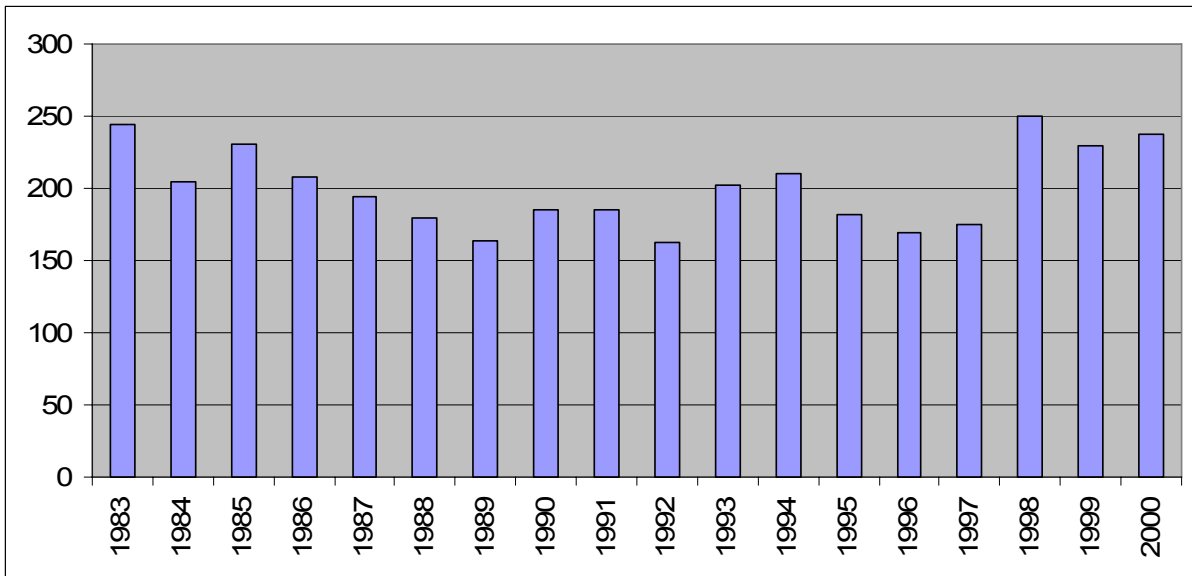


Diagramm 21: Vorstellungsfrequenz der Patienten in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und des Jugendalters 1983 – 2000 (absolute Zahlen)

Von den in der Statistik erfassten Inanspruchnahmepatienten waren 1.739 (48,1%) weiblich und 1.874 (51,9%) Patienten männlich. Damit waren Unterschiede zu den Adoptierten vorhanden, bei denen 43,3% weiblich und bei 56,7% männlich waren.

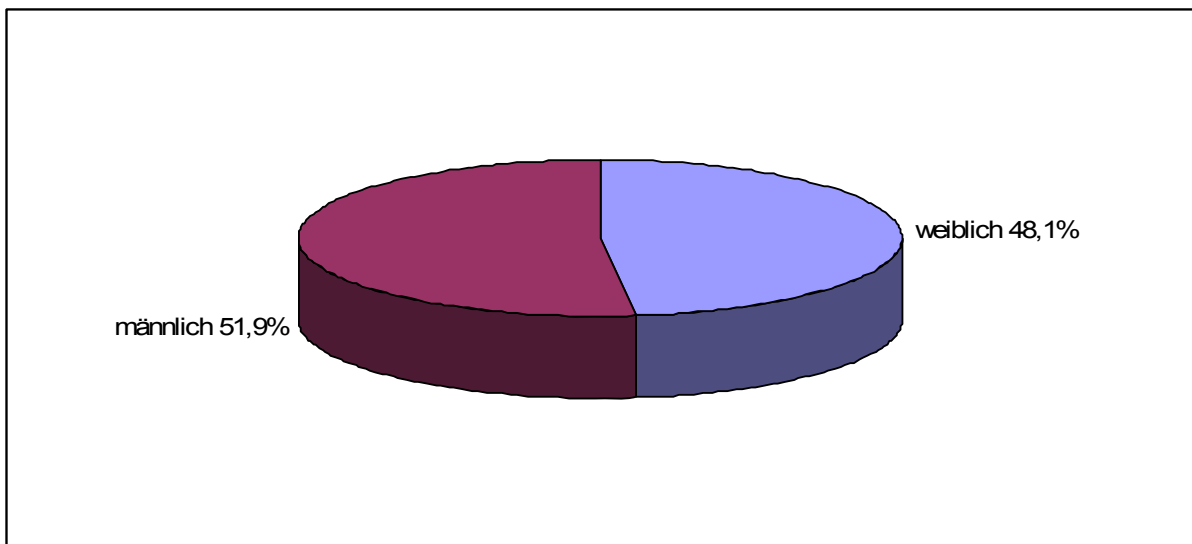


Diagramm 22: Geschlechterverteilung der Inanspruchnahmepatienten

Es wurden davon 1.795 Patienten zwischen 1983 und 1991 vorgestellt, d. h., dass ihre Diagnosen noch nach der ICD-9 verschlüsselt wurden. Zum besseren Vergleich mit den Adoptierten wurden ihre Diagnosen in die neue Klassifikation der ICD-10 transformiert. Die 3.613 Patienten wurden stationär oder tagesklinisch in der

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters in Marburg aufgenommen. Eine Differenzierung zwischen den beiden Aufnahmeformen fand lediglich beim Alter bei Erstvorstellung statt. Ambulante Patienten wurden nicht berücksichtigt. Beim Alter bei Erstvorstellung war auffällig, dass die Inanspruchnahmepatienten durchschnittlich später als die Adoptierten vorstellig wurden. Bei den stationären, männlichen Inanspruchnahmepatienten betrug das Alter bei Erstvorstellung durchschnittlich 13,6 Jahre (Median 13,6 Jahre) während es bei den Adoptierten 12,9 Jahre (Median 14 Jahre) betrug. Auch bei den weiblichen Patienten waren diese Unterschiede zu beobachten (15,3 Jahre (Median 15,3 Jahre) bei den Inanspruchnahmepatienten und 14,7 Jahre (Median 14,0 Jahre) bei den Adoptierten).

Die Diagnosen bei den Inanspruchnahmepatienten nach ICD-10 werden im Folgenden dargelegt.

Diagnose nach ICD-10	IAP gesamt, n=3.613	IAP 1983 - 1991, n=1.795	IAP 1992 - 2000, n=1.818
Keine Diagnose	3,8	3,9	3,7
F0	1,6	2,5	0,9
F1	1,9	0,4	4,8
F2	9,0	9,4	9,2
F3	3,5	3,1	4,2
F4	13,8	13,9	14,4
F5	14,3	12,3	16,2
F6	4,3	3,9	5,3
F8	2,3	1,3	3,4
F9	45,5	50,0	41,3

Tabelle 10: Diagnosen nach ICD-10 (F0 – F9) bei den Inanspruchnahmepatienten (IAP) in Prozent.

Bei den Ergebnissen zeigten sich kaum Unterschiede bei den Diagnosen zwischen 1983 – 1991 und 1992 – 2000. Im Folgenden werden nur die Diagnosen aus dem gesamten Zeitraum verwendet.

Diagnose nach ICD-10	IAP gesamt, n=3.613	Adoptierte gesamt, n=137
Keine Diagnose	3,8	0,7
F0	1,6	1,5
F1	1,9	1,5
F2	9,0	0,7
F3	3,5	1,5
F4	13,8	12,4
F5	14,3	8,8
F6	4,3	7,3
F8	2,3	2,2
F9	45,5	63,5
Diagnose nach ICD-10	IAP gesamt, n=3.613	Adoptierte gesamt, n=137

Tabelle 11: Vergleich der Diagnosen der ICD-10-Gruppen F0 – F9 zwischen den Inanspruchnahmepatienten und den Adoptierten (in Prozent)

Bei dem vorgenommenen Vergleich der Inanspruchnahmepatienten mit den Adoptierten war auffällig, dass bei den Inanspruchnahmepatienten mit 3,8% ein größerer Teil als bei den Adoptierten (0,7%) ohne Diagnose wieder entlassen wurde. Es ist dabei allerdings zu berücksichtigen, dass nicht zu eruieren war, ob die Inanspruchnahmepatienten, die eine Diagnose aus einer anderen Diagnosegruppe als der ICD-10 Gruppe V hatten, mit „keine Diagnose“ klassifiziert wurden. Bei einer solchen Definition hatten 2,8% der Adoptierten „keine Diagnose“.

Essstörungen (F5) ließen sich häufiger bei den Inanspruchnahmepatienten (14,3% versus 8,8%) feststellen. Im Bereich der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) hingegen war im Vergleich die Gruppe der Adoptierten mit 63,5% überrepräsentiert (45,5% bei den Inanspruchnahmepatienten).

ICD-10-Gruppe F9	IAP gesamt; n=3.613	Adoptierte gesamt; n=137
F90	5,2	12,4
F91	10,2	17,5
F92	14,0	21,2
F93	11,2	5,1
F94	1,5	6,6
F95	0,8	0,0
F98	2,5	0,7
F99	0,0	0,0

Tabelle 12: Vergleich der Diagnosen der ICD-10-Gruppe F9 zwischen den Inanspruchnahmepatienten und den Adoptierten (in Prozent)

Es zeigten sich insbesondere Verschiedenheiten bei den hyperkinetischen Störungen (5,2% bei den Inanspruchnahmepatienten und 12,4% bei den Adoptierten) und der Gruppe der kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92), mit einem Anteil von 14,0% der Inanspruchnahmepatienten

und 21,2% bei den Adoptierten. Hinsichtlich stationärer und tagesklinischer Vorstellung verhielten sich die beiden Vergleichsgruppen entsprechend.

Es wurde eine weitere Gegenüberstellung der ausgeführten Daten mit den Vergleichsgruppen innerhalb der Gruppe der Adoptierten hinsichtlich des Alters bei Adoption vorgenommen. Zwar wurde der Patient mit einer Störung aus dem Bereich der Intelligenzminderungen bei den Adoptierten nicht mehr berücksichtigt, dafür aber der Patient ohne Diagnose. Es wurde weder eine Differenzierung zwischen tagesklinischen und stationären Patienten, noch zwischen Verwandten- und Fremdadoptionen vorgenommen.

Diagnose nach ICD-10	IAP gesamt, n=3.613	Adoptierte gesamt, n=137	Adoption vor dem 6. Lebensmonat, n=62	Adoption nach dem 6. Lebensmonat, n=74	Adoption vor dem 3. Geburtstag, n=98	Adoption nach dem 3. Geburtstag, n=38
Keine Diagn.	3,8	0,7	0,2	0,0	1,0	0,0
F0	1,6	1,5	1,6	1,4	2,0	0,0
F1	1,9	1,5	0,0	2,7	0,0	5,3
F2	9,0	0,7	1,6	0,0	1,0	0,0
F3	3,5	1,5	0,0	2,7	1,0	2,6
F4	13,8	12,4	14,5	10,8	11,2	15,8
F5	14,3	8,8	14,5	4,1	12,2	0,0
F6	4,3	7,3	8,1	5,4	8,2	2,6
F8	2,3	2,2	0,0	4,1	3,1	0,0
F9	45,5	63,5	58,1	68,9	60,2	73,7

Tabelle 13: Vergleich der Diagnosen der ICD-10-Gruppen F0 – F9 zwischen den Inanspruchnahmepatienten und den Adoptierten bei verschiedenen Adoptionszeitpunkten (in Prozent)

Die auffälligsten Unterschiede ließen sich beim Vergleich der Gruppe der Inanspruchnahmepatienten und der Adoptierten, die erst nach dem dritten Geburtstag adoptiert wurden, feststellen. In der Gruppe der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) waren 73,3% der sehr spät Adoptierten von einer solchen Diagnose betroffen und nur 45,5 % der Kontrollgruppe. Im Bereich der Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5) präsentierte sich ein entgegengesetztes Bild (14,3% der Inanspruchnahmepatienten und 0,0% der Adoptierten). Unterschiede ließen sich auch in der Gruppe der Schizophrenien, schizotypen und wahnhaften Störungen (F2) finden, in denen wieder die Inanspruchnahmepatienten vermehrt diese Krankheitsbilder zeigten (9,0% versus 0,7%).

Beim Vergleich der Inanspruchnahmepatienten und den sehr früh adoptierten Kindern und Jugendlichen (innerhalb der ersten sechs Lebensmonate) waren die

beiden Gruppen hinsichtlich der Diagnosen aus dem Bereich der Essstörungen fast identisch (15,9% der Inanspruchnahmepatienten gegenüber 14,5% der Adoptierten). In der zweiten großen Gruppe aus dem Bereich F9 fanden sich bei der Gegenüberstellung allerdings Unterschiede (45,5% bei den Inanspruchnahmepatienten versus 58,1% bei den Adoptierten).

ICD-10-Gruppe F9	IAP gesamt; n=3.613	Adoptierte gesamt, n=137	Adoption vor dem 6. Lebensmonat, n=62	Adoption nach dem 6. Lebensmonat, n=74	Adoption vor dem 3. Geburtstag, n=98	Adoption nach dem 3. Geburtstag, n=38
F90	5,2	12,4	9,7	14,9	10,2	18,4
F91	10,2	17,5	12,9	21,6	17,3	18,4
F92	14,0	21,2	21,0	21,6	20,4	23,7
F93	11,2	5,1	9,7	1,4	6,1	2,6
F94	1,5	6,6	3,2	9,5	5,1	10,5
F95	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F98	2,5	0,7	1,6	0,0	1,0	0,0
F99	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Tabelle 14: Vergleich der Diagnosen der ICD-10-Gruppe F9 zwischen den Inanspruchnahmepatienten und den Adoptierten bei verschiedenen Adoptionszeitpunkten (in Prozent)

Wie auch schon in vorangegangenen Kapitel wurde die häufigste Diagnosegruppe differenziert ausgewertet. Die auffälligsten Unterschiede zeigten sich bei den kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92; 14,0% bei den Inanspruchnahmepatienten und 21,2% bei den Adoptierten), wobei dort bei den Adoptierten keine Altersabhängigkeit vom Zeitpunkt der Adoption nachzuweisen war. Diese konnte bei den Patienten mit einem hyperkinetischen Syndrom gesehen werden. Besondere Differenzen fielen dabei insbesondere zwischen den Inanspruchnahmepatienten (5,2%) und den nach dem dritten Geburtstag Adoptierten (18,4%) auf. Störungen des Sozialverhaltens (F91) ließen sich bei 10,2% der Inanspruchnahmepatienten und bei 17,5% der Adoptierten (12,9% bei den vor dem sechsten Lebensmonat Adoptierten und 18,4% bei den nach dem dritten Geburtstag Adoptierten) finden.

Weiterführend wurden die einzelnen Diagnosen der Gruppe F9 noch detaillierter ausgewertet.

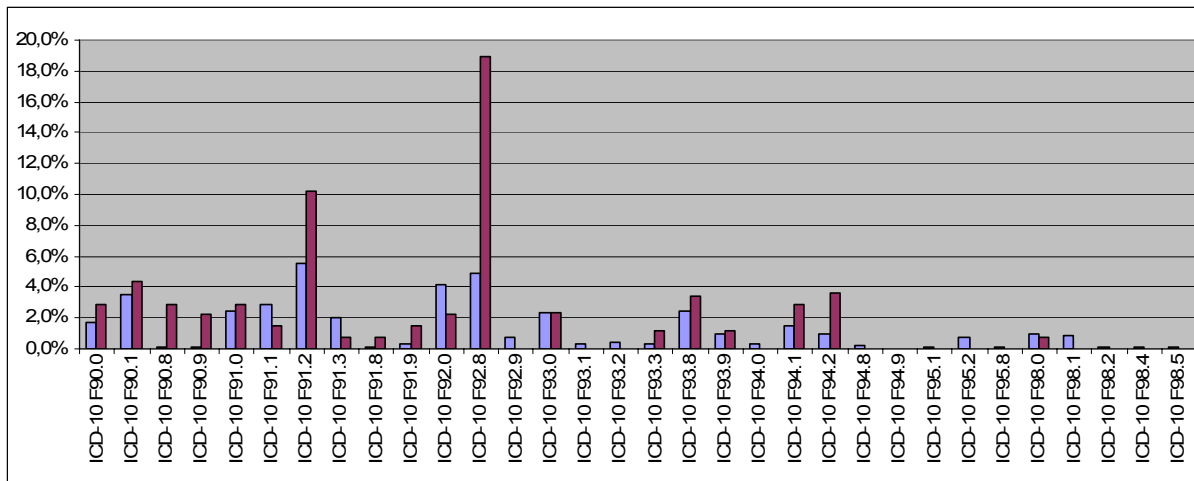


Diagramm 23: Vergleich der Diagnosen der ICD-10-Gruppe F9 (detailliert) zwischen den Inanspruchnahmepatienten und den Adoptierten (in Prozent)

Der größte Unterschied zwischen den Adoptierten und den Inanspruchnahmepatienten zeigte sich dabei in der Gruppe der sonstigen Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92.8). Während bei 19,0% der Adoptierten eine Diagnose aus diesem Bereich gestellt wurde (und sogar bei 23,7% der Probanden, die erst nach dem dritten Geburtstag adoptiert wurden), fand sie sich nur bei 4,9% der Inanspruchnahmepatienten.

In der Gruppe der hyperkinetischen Störung (F90) hatten vor allem die Spätadoptierten mit jeweils 7,9% eine Diagnose aus dem Bereich der einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) und der hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F90.1). Diese Unterschiede waren insbesondere im Vergleich mit den schon vor dem sechsten Lebensmonat Adoptierten deutlich (jeweils 1,6%). Auch im Vergleich mit den Inanspruchnahmepatienten zeigten sich vor allem bei der hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens Unterschiede (1,7% versus 7,9%). Weitere Unterschiede ließen sich bei der Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen (F91.2) nachweisen (10,2% bei den Adoptierten versus 5,5% bei den Inanspruchnahmepatienten). Interessant sind auch die Differenzen zwischen den Spätadoptierten und den Inanspruchnahmepatienten im Bereich der reaktiven Bindungsstörung des Kindesalters (F94.1), die bei den Adoptierten häufiger auftrat (7,9% versus 1,5%), da diese Auffälligkeiten möglicherweise primär bei vernachlässigten, missbrauchten oder misshandelten Kindern auftritt. Bei den Frühadoptierten hingegen trat sie nur bei 1,6% der Fälle auf.

#### 4.10 Intelligenzminderungen

Der Bereich der Intelligenz wurde in dieser Untersuchung gesondert betrachtet, da dieser bei der Kontrollgruppe im multiaxialen Klassifikationsschema auf der dritten Achse erfasst wurde und nicht nach ICD-10. Nur so konnte eine gute Vergleichbarkeit der beiden Gruppen gewährleistet werden.

Dabei fand sich bei 103 Adoptierten (73,6%) keine Intelligenzminderung im Rahmen einer Intelligenzdiagnostik (welche überwiegend durch den Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder erfolgte). Bei 21 Kindern (16,4%) fand sich ein Intelligenzquotient zwischen 70 – 84. Das entspricht einer Intelligenz im Bereich einer Lernbehinderung (Remschmidt, 2000). Bei 14 Kindern (10,0%) wurde eine Intelligenzminderung nach ICD-10 diagnostiziert, was einem Intelligenzquotienten von weniger als 70 entspricht. Weitere Unterteilungen wurden an dieser Stelle nicht vorgenommen. Bei nur einem Patienten (0,7%) wurde eine Intelligenzminderung als Hauptdiagnose gestellt, weitere 14 Kinder und Jugendliche hatten eine solche Diagnose als Zweit- und vier als Drittdiagnose. Bei einem Patienten konnten aus der Krankengeschichte keine Informationen über den Intelligenzquotienten entnommen werden.

Weiterhin wurden die Intelligenzminderungen im Vergleich einiger schon an anderer Stelle verwendeten Subgruppen betrachtet. Dabei zeigten sich bei der Differenzierung zwischen Fremd- und Verwandtenadoptionen keine wesentlichen Unterschiede (IQ <70: 10,1% bei Fremdadoptionen und 9,5% bei Verwandtenadoptionen; IQ 70 – 84: 17,6% bei Fremdadoptionen und 14,3% bei Verwandtenadoptionen; diese Zahlen wurden jeweils auf die Gesamtzahl der entsprechenden Untergruppe bezogen).

Auch bei dem Vergleich zwischen Patienten, die direkt nach der Geburt adoptiert wurden (d.h. vor dem sechsten Lebensmonat) mit solchen, die erst später in die neue Familie gelangten, erwiesen sich die beiden Gruppen als relativ ähnlich (IQ < 70: 8,5% bei Adoption in den ersten sechs Lebensmonaten und 11,1% bei späteren Adoptionen; IQ 70 – 84: 18,6% in der ersten Gruppe und 16,0% in der Vergleichsgruppe).

Auch wenn als Vergleichsgruppe Patienten, die innerhalb der ersten drei Lebensjahre und solche, die danach adoptiert wurden, herangezogen werden, ergeben sich nur geringe Unterschiede in den Subgruppen (IQ < 70: 11,0% bei den



früher Adoptierten und 7,5% bei den Spätadoptierten, IQ 70 – 84: 18,0% bzw. 15,0%).

	Adoptierte gesamt; n=140	Fremd- adoptionen; n=119	Verwandten- adoptionen; n=21	Adoption in ersten 6. LM <sup>1</sup> ; n=59	Adoption nach dem 6. LM <sup>1</sup> ; n=81	Adoption vor dem 3. Geb.; n=100	Adoption nach dem 3. Geb.; n=40
entfällt:	73,6	72,3	76,2	72,9	72,8	71,0	77,5
IQ 70-84	16,4	17,6	14,3	18,6	16,0	18,0	15,0
IQ <70	10,0	10,1	9,5	8,5	11,1	11,0	7,5

Tabelle 15: Intelligenz bei den Adoptierten (in Prozent)

<sup>1</sup> Lebensmonat(en)

Im Vergleich der Adoptierten mit der Gruppe der Inanspruchnahmepatienten zeigten sich ebenfalls keine wesentlichen Unterschiede. Bei diesen Patienten hatten 14,4 % eine Intelligenzminderung nach ICD-10. Insgesamt waren 85,6% dieser Patienten im Bezug auf ihre Intelligenz unauffällig, d. h., dass keine Intelligenzminderung nach ICD-10 vorlag. Von diesen Patienten hatten 8,3% allerdings eine unterdurchschnittliche Intelligenz. Bei den Inanspruchnahmepatienten lagen bei 123 Patienten (3,4%) keine Daten hinsichtlich der Intelligenz vor.

## 5. Diskussion

### 5.1 Allgemeine, die Adoption betreffende Daten

Zunächst sollen die Daten diskutiert werden, die die Adoptierten selbst, die an der Adoption beteiligten Personen und Umstände und den Adoptionsprozess betreffen. In diesem Bereich fanden sich bei der Datenerfassung teilweise große Lücken in den Krankengeschichten. Deshalb findet lediglich die Diskussion der lückenlos erfassten Informationen statt. Der Schwerpunkt der Auswertung und Diskussion wurde auf das Diagnosespektrum der Adoptierten und ihrer Kontrollgruppe gelegt, da diese Informationen in allen Krankengeschichten erfasst waren.

#### 5.1.1 Geschlechterverhältnis der Adoptierten und Alter bei Adoption

Das Verhältnis zwischen weiblichen und männlichen Adoptierten betrug 43,3% zu 56,7%. Dieses unterschied sich von den Inanspruchnahmepatienten, bei denen 48,1% Patienten weiblich, 51,9% männlich waren.

Im Jahr 2003 wurden im Vergleich dazu 49,6% Mädchen und 50,4% Jungen adoptiert (Statistisches Bundesamt). In einer umfassenden nicht-klinischen Untersuchung eines Kollektivs von 4.682 Adoptierten waren 52% weiblich (Sharma et al., 1996).

In der Studie von Dickson et al., 1990, in der 375 Patienten (Gesamtzahl der Patienten) bei einem stationären Aufenthalt untersucht wurden, waren 52,5% männlich und 47,5% weiblich. In der Gruppe der Adoptierten fand sich eine leichte, aber nicht signifikante Überrepräsentation von männlichen Patienten (27 der 44 Adoptierten waren männlich). In einer anderen klinischen Untersuchung (Goldberg et al., 1992) entsprachen sich die Geschlechterverteilungen bei den Adoptierten und den Nichtadoptierten im Wesentlichen, wobei die Jungen mit 61,5% bei den Adoptierten bzw. 62,7% bei den Inanspruchnahmepatienten in den Überzahl waren. In den Ergebnissen von Moore et al. (1999) fanden sich signifikant mehr Jungen in der Gruppe der Adoptierten (69,1%). In einer deutschen Untersuchung zu diesem Thema (Schleiffer, 1993) waren zwei Drittel der Adoptierten Jungen.

So entsprach das Verhalten der Adoptierten in der vorliegenden Untersuchung den schon vorliegenden Ergebnissen aus vorherigen Studien. Und auch im Vergleich zu den Inanspruchnahmepatienten und den Adoptierten in der Normalbevölkerung war der prozentuale Anteil der männlichen Patienten höher.

Zusammenhänge zwischen dieser Überrepräsentation der männlichen Patienten können zu dem an späterer Stelle diskutierten überwiegenden extroversiven Diagnosespektrum der Adoptierten bestehen. Diese Krankheitsbilder treten allgemein überwiegend bei männlichen Patienten auf.

### 5.1.2 Verhältnis Fremd- und Verwandtenadoptionen

Im Gegensatz zu der Verteilung der Fremd- und Verwandtenadoptionen in der Normalbevölkerung, in der der Anteil von Verwandtenadoptionen im Jahr 2000 rund zwei Drittel betrug (Statistisches Bundesamt), fand sich in der vorliegenden Untersuchung lediglich ein Anteil von 14,4%. Dieser große Unterschied könnte auf die Tatsache zurückzuführen sein, dass Kinder aus Fremdadoptionen auffälliger werden, da bei ihnen eine bereits bestehende Beziehung zu einem der Elternteile und damit eine gewisse Kontinuität in ihrem Leben nicht gewährleistet wurde. Wahrscheinlich handelt es sich aber um einen Erfassungsfehler innerhalb der Krankengeschichten. Es ist nicht davon auszugehen, dass der aufnehmende Arzt bei der Anamneseerhebung eine Adoption des Kindes durch den neuen Lebenspartner jedes Mal explizit erfragte. Damit kann vermutet werden, dass der Anteil der Verwandtenadoptionen des Patientenkontexts der Kinder- und Jugendpsychiatrie Marburg wesentlich höher liegen könnte. Allerdings kann aber auch die oben erwähnte These nicht widerlegt werden. Anhand der Literatur lässt sich ebenfalls keine Evidenz einer solchen Vermutung finden. Bei den meisten Untersuchungen konnte entweder nicht nachvollzogen werden, welche Adoptierten in die Studie eingeschlossen wurden oder ob ausschließlich mit einem Kollektiv von Fremdadoptierten gearbeitet wurde (Dickson et al., 1990).

Wegen der oben genannten möglichen Unterschiede hinsichtlich der Pathogenese der beiden Gruppen von Adoptierten müssen ihre Diagnosen getrennt ausgewertet werden, um eventuelle Unterschiede zu erfassen.

### 5.1.3 Anteil der Adoptionen von ausländischen Kinder

Aufgrund der zunehmenden Anzahl von Studien mit aus dem Ausland stammenden Adoptierten, mit großen Untersuchungen beispielsweise aus den Niederlanden (Verhulst et al., 1990; Verhulst et al., 1992), fiel ihr Anteil in der vorliegenden Untersuchung mit 15,1% verhältnismäßig gering aus. Dies ist weiterhin überraschend, da überwiegend Fremdadoptionen erfasst wurden, bei denen dieser Anteil anhand der Zahlen des statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2000 mit etwa 30% zu erwarten war. Möglicherweise handelt es sich bei dieser Differenz um Unterschiede, die auf den Erfassungszeitraum der verwendeten Daten zurückzuführen sind. Das untersuchte Patientenkollektiv wurde zwischen 1967 und 1991 geboren. Anhand der Daten des statistischen Bundesamtes, das seit 1984 den Anteil der Auslandsadoptionen erfasst, zeigte sich, dass deren Anteil von 12,7% (im Jahr 1984) auf über 30% (im Jahr 2000) zunahm. Das mag darauf beruhen, dass die absolute Zahl der deutschen zur Adoption stehenden Kinder durch die Legalisierung der Abtreibung und die bessere soziale Unterstützung und gesellschaftliche Akzeptanz allein erziehender Mütter abgenommen hat. Diese Kinder haben aber möglicherweise noch nicht das Alter erreicht, um in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorstellig zu werden. Somit kann den Spekulationen, dass diese Kinder möglicherweise auffälliger sind, als eine Vergleichsgruppe von deutschen Adoptierten, durch zusätzliche Probleme hinsichtlich der neuen Kultur und des durchschnittlich höheren Adoptionsalters und den damit möglicherweise verbundenen negativen Erlebnissen (PFAD, 2003), nicht weiter nachgegangen werden, da sich ihr vorliegender Anteil (7,1%) als zu gering erwies. Es ist allerdings davon auszugehen, dass diese Kinder in den nächsten Jahren vermehrt auch in den deutschen Kliniken auftreten, was weiterführende Untersuchungen notwendig macht. Diese Vermutung legt auch die gemachte Beobachtung nahe, dass 81% der aus dem Ausland Adoptierten nach 1990 erstmals zu einer Behandlung in der Universitätsklinik Marburg vorgestellt wurden, 47,6% sogar erst nach 1995.

### 5.1.4 Charakteristika der Adoptiveltern

Es wurde eruiert, dass die Adoptivmütter im Durchschnitt bei der Adoption 31,5 Jahre (Median 33 Jahre) alt waren, die Adoptivväter 33,6 Jahre (Median 35 Jahre). In nur

12,1% lebten die Adoptiveltern getrennt oder waren geschieden. Damit war dieser Anteil deutlich geringer als in der Normalbevölkerung, in der der Anteil der Ehescheidungen bereits 1980 einen Anteil von 15,6 bezogen auf 10.000 Einwohner hatte und der im Jahr 2000 auf 23,7/10.000 Einwohner anstieg (Statistisches Jahrbuch 1997 und 2002 für die Bundesrepublik Deutschland). Der größte Teil der Adoptierten wuchs also in intakten Familien auf. Auch die Adoptiveltern zeigten größtenteils keine Auffälligkeiten. Insbesondere die Adoptivväter waren zu 87,9% unauffällig, während dies bei 69,5% der Adoptivmütter der Fall war.

Bei der Untersuchung des sozioökonomischen Status der Adoptiveltern fanden sich die Ergebnisse aus bereits vorliegenden Studien weitestgehend bestätigt. So übten bei den Adoptivvätern 36% einen akademischen Beruf aus, was einen höheren sozioökonomischen Status repräsentiert. Nur einer der untersuchten Adoptivväter war zum Zeitpunkt des Klinikaufenthaltes seines Kindes arbeitslos. Auch fand sich mit 43,9% der Adoptivmütter ein relativ hoher Anteil, die, meist wegen ihrer Kinder, nicht berufstätig waren. Unterstützt werden diese Werte durch die Untersuchung von Brandt et al. (1999), bei der sich bei Fremdadoptionen ein höheres familiäres Einkommen (39% im höchsten definierten Einkommensbereich) gegenüber den verschiedenen Vergleichsgruppen darlegt. Auch in der Ausbildung der Adoptiveltern konnte bei beiden Elternteilen eine höhere schulische Bildung nachgewiesen werden. In der Untersuchung von Slap et al. (2001) verfügten die Adoptiveltern ebenfalls über ein höheres Einkommen und eine bessere Bildung.

Auch hinsichtlich der Familienverhältnisse fanden sich recht einheitliche Strukturen. So lebten nur 12,2% der Adoptiveltern von ihren Ehepartnern getrennt oder waren geschieden, wohingegen es sich in 84,2% um intakte Familien handelte. Auch Dickson et al. (1990) schätzten den Anteil von intakten Familien bei den Adoptierten höher ein als bei den untersuchten Vergleichsgruppen.

Eine große amerikanische Untersuchung von mehr als 1.000 Adoptierten zeigte ebenfalls, dass die Adoptivmütter etwa Mitte 30 waren, einen hohen Bildungsstand aufwiesen und mit durchschnittlich jeweils 2% nur zu einem sehr geringen Anteil geschieden waren oder getrennt lebten (Berry et al., 1996).

Diese Ergebnisse spiegeln die derzeitigen Auswahlkriterien von Adoptivfamilien durch die Jugendämter in Deutschland gut wider. Bei der Vermittlung eines Kindes wird viel Wert auf eine intakte Familie und ein gesichertes, regelmäßiges Einkommen gelegt.

## 5.2 Diagnosespektrum der Adoptierten allgemein und der jeweiligen Vergleichsgruppen

### 5.2.1 Einleitung

Der Frage eines spezifischen, psychiatrischen Diagnosespektrums bei Adoptierten wurde bereits in einigen Studien nachgegangen und sie wurde kontrovers diskutiert. In zwei umfassenden Meta-Analysen konnte Haugaard (1998) nur ein leichtes Überwiegen von Studien, bei welchen bei den Adoptierten vermehrt Störungen des Sozialverhaltens auftraten, feststellen, während Wierzbicki (1993) ein Überwiegen von extroversiven Störungen nachwies. Allerdings wurden bei diesen Untersuchungen keine Unterschiede zwischen klinischen und nicht-klinischen Studien getroffen, weswegen oft nur Verhaltensmuster und keine klinischen Diagnosen erfasst werden konnten. Wegen des Vorgehens in der vorliegenden Arbeit wurden in dieser Diskussion in erster Linie klinische Studien berücksichtigt.

### 5.2.2 Das Diagnosespektrum der Adoptierten

Bei der Auswertung der durchgeführten Untersuchung wurde bei dem größten Teil der Adoptierten (63,5%) eine Erkrankung aus dem Bereich der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD-10, Kapitel F9) diagnostiziert. Dieses Kapitel beinhaltet vor allem Krankheitsbilder aus dem extroversiven Bereich wie das Hyperkinetische Syndrom (F90) und die Störungen des Sozialverhaltens (F91). Der Anteil der Adoptierten mit einem Hyperkinetischen Syndrom betrug insgesamt 12,4%, der Anteil der Patienten mit einer Störung des Sozialverhaltens 17,5% und der Kinder und Jugendlichen mit einer kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92) 21,2%.

In einem orientierenden Vergleich mit einer Gruppe Inanspruchnahmepatienten aus derselben Klinik wurden auch bei den Nichtadoptierten diese Diagnosen aus dem Bereich der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD-10, Gruppe F9) am häufigsten gestellt, wobei sie aber bei den Adoptierten noch häufiger (45,5% bei den Nichtadoptierten gegenüber 63,5% bei den Adoptierten) auftraten.

Die Störungen des Sozialverhaltens (F91) wurden bei den Nicht-Adoptierten bei 10,2% und die kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92) bei 14,0% gefunden, also weniger häufig als bei den Adoptierten.

Ähnliche Ergebnisse hinsichtlich der Störungen des Sozialverhaltens lieferte eine Untersuchung von 28 Adoptierten in einer deutschen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Jungmann, 1980). Der Aufnahmegrund war bei 68% eine Störung des Sozialverhaltens (47% bei der nicht adoptierten Kontrollgruppe). Davon wurde bei 29% (versus 17%) diese Diagnose auch als Entlassungsdiagnose gestellt. In einer weiteren, kleinen deutschen Studie untersuchte Schleiffer (1993) 21 Adoptierte mit einer Störung des Sozialverhaltens, was einem Anteil von 87,5% der adoptierten Patienten zwischen 1989 und 1991 in dieser Klinik ausmachte. Im Gegensatz zu diesen deutschen Ergebnissen wurden in einer amerikanischen Untersuchung von 47 Adoptierten diese nicht häufiger als ihre Kontrollgruppe wegen dissozialen Störungen vorgestellt (Weiss, 1985). Dieses entsprach im Wesentlichen auch den Beobachtungen von Rogness et al. (1988), der einen signifikant höheren Anteil von Störungen des Sozialverhaltens bei den adoptierten Jungen zeigte und eine Tendenz in diese Richtung auch bei den Mädchen. In einer ambulanten Untersuchung (Moore et al., 1999) trat dieses Krankheitsbild vermehrt bei den männlichen Adoptierten auf. Bei Goldberg et al. (1992) hingegen waren lediglich die weiblichen Probanden im Bereich der Störungen des Sozialverhaltens auffälliger, während es bei den Jungen keine Unterschiede zu ihrer Kontrollgruppe gab. Da bei der vorliegenden Arbeit bei der Vergleichsgruppe der nicht adoptierten Patienten keine nach Geschlechtern getrennte Auswertung vorgenommen wurde, lassen sich Aussagen zu diesen uneinheitlichen Ergebnissen aus der Literatur nur bedingt vornehmen. Es war lediglich ein direkter Geschlechtervergleich innerhalb der Gruppe der Adoptierten möglich, bei dem die männlichen Probanden häufiger von Verhaltensauffälligkeiten und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) betroffen waren als die weiblichen (73,1% versus 50,8%). Diese Ergebnisse entsprachen eher der allgemeinen Geschlechterverteilung, bei der weibliche Patienten seltener Krankheitsbilder aus dem extroversiven Spektrum aufweisen.

Neben den Störungen des Sozialverhaltens ist das Hyperkinetische Syndrom (F90) das zweite große Krankheitsbild in der Gruppe der extroversiven Störungen. Bei den Patienten der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters in Marburg konnten Unterschiede zwischen den beiden

Probandengruppen hinsichtlich dieser Erkrankung nachgewiesen werden (12,4% bei den Adoptierten und 5,2% bei den Inanspruchnahmepatienten). Verschiedene klinische Untersuchungen (Deutsch et al., 1982; Moore et al., 1999; Rogeness et al., 1988) stellten in einem Vergleich mit nicht adoptierten Patienten einen erhöhten Anteil des hyperkinetischen Syndroms oder Symptomen dieses einzelnen Syndroms bei den Adoptierten fest. Bei der Untersuchung von ambulant vorgestellten Patienten war der Anteil der hyperkinetischen Störungen bei den beiden Geschlechtern gleich (Moore et al., 1999). Er war lediglich bei den weiblichen Patienten im Vergleich zu ihrer nicht adoptierten Kontrollgruppe höher, was auffällig ist, weil auch das hyperkinetische Syndrom gewöhnlich beim männlichen Geschlecht häufiger auftritt. In der vorliegenden Arbeit konnte dieses umgekehrte Geschlechterverhältnis nicht nachgewiesen werden (3,4% der weiblichen versus 19,2% der männlichen Adoptierten).

Mögliche Gründe für die Entwicklung dieser Krankheitsbilder konnten in dieser Untersuchung nicht ausreichend eruiert werden und können deshalb nur spekulativ bleiben. In einer nicht-klinischen Untersuchung wurde nachgewiesen, dass Gründe bei der Entwicklung von Störungen des Sozialverhaltens und Aggressivität sowohl eine genetische Komponente als auch Umweltfaktoren sein können, wobei sich diese beiden Faktoren jeweils negativ beeinflussen (Cadoret et al., 1995). In einer Untersuchung von nichtadoptierten Probanden hinsichtlich der Risikofaktoren für die Entwicklung eines dissozialen Verhaltens wurden neben frühen Verhaltensauffälligkeiten auch familiäre Faktoren und körperlicher Missbrauch gefunden (Pakisz et al., 1997).

### 5.2.3 Spezielle Krankheitsbilder bei den Adoptierten

Neben Erkrankungen aus dem Spektrum der extroversiven Störungen fanden sich in der Literatur auch Unterschiede bei anderen psychiatrischen Krankheitsbildern. Weiss (1985) konnte einen erhöhten Anteil von Anpassungsstörungen bei den Adoptierten feststellen. Die Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4), die auch dieses Krankheitsbild (F43) enthält, wurde in der vorliegenden Studie beim Vergleich mit den Inanspruchnahmepatienten nicht differenziert ausgewertet. Es blieb lediglich zu beobachten, dass sich die gesamte



Gruppe F4 bei den beiden Vergleichsgruppen nicht unterschied (12,5% bei den Adoptierten versus 13,8% bei den Inanspruchnahmepatienten).

Bei einer weiteren Untersuchung von 66 Adoptierten und 697 Inanspruchnahmepatienten (Rogeness, 1988) stellte sich ein erhöhter Anteil von Persönlichkeitsstörungen bei den adoptierten Mädchen dar (entspricht in der ICD-10-Klassifikation der Gruppe F60 - 62). Weiss (1985) hingegen wies hinsichtlich der Persönlichkeitsstörungen keine Unterschiede zu der Kontrollgruppe nach. Weitere Störungen in der Gruppe der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) sind die Störungen der Geschlechtsidentität (F64), die bei Adoptierten ebenfalls vermehrt auftraten (Zucker, 1998). Bei der durchgeführten Arbeit konnten keine wesentlichen Unterschiede in der Gruppe F6 (7,4% bei den Adoptierten versus 4,3% in der Kontrollgruppe) nachgewiesen werden. Davon zeigten 90,0% eine spezifische Persönlichkeitsstörung (F60) und kein Patient eine Störung der Geschlechtsidentität (F64).

Weitere Krankheitsbilder wie psychotische Störungen oder Störungen im emotionalen Bereich wurden bei verschiedenen Autoren diskutiert. Weiss (1985) konnte in ihrer Untersuchung von 140 Patienten seltener psychotische Diagnosen bei den Adoptierten sehen, wobei sie darunter Schizophrenien, affektive Störungen und paranoide Erkrankungen definierte. Da es sich bei dieser Definition nicht um eine Erkrankung nach ICD-10 handelt, können lediglich einzelne Teile dieser Definition zum Vergleich herangezogen werden. So zeigte sich in der Gruppe der Schizophrenien, schizotypen und wahnhaften Störungen (F2), dass die Adoptierten ebenfalls einen geringeren Anteil aufwiesen (9,0% versus 0,7%). Hinsichtlich der affektiven Störungen (F3) zeigte sich dieses Krankheitsbilder mit 3,5% bei den Inanspruchnahmepatienten versus 1,5% bei den Adoptierten nur etwas vermehrt.

Als auffälliger erwies sich die in der vorliegenden Untersuchung gemachte Beobachtung, dass bei Adoptierten weniger Störungen aus dem Bereich der Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5) gefunden wurden (8,8% versus 15,9%). Holden (1991) untersuchte 18 Patienten mit einer Essstörung, was einem Anteil von 3,8% ausmachte (im Gegensatz zu einem Anteil der Adoptierten in der Normalbevölkerung von 1,5%). Damit sah er Adoptierte als eine Hochrisikogruppe für Krankheitsbilder aus diesem Bereich. Auch wenn die Untersuchung von Holden einen anderen Aufbau zeigte als die vorliegende Arbeit, kann anhand der Ergebnisse aus Marburg eher davon ausgegangen werden, dass

Adoptierte ein niedrigeres Risiko für solche Erkrankungen zeigen als die Normalbevölkerung. Der niedrigere Anteil in der Klinik resultiert wahrscheinlich aus dem überwiegenden Spektrum der Adoptierten aus dem Bereich der extroversiven Störungen, da diese Gruppen von Krankheitsbildern keine Koinzidenz zeigen. Interessant an den Ergebnissen von Holden ist allerdings, dass die Adoptierten mit diesen Störungen alle innerhalb der ersten neun Lebensmonaten adoptiert wurden, was auch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit widerspiegeln, bei der diese Krankheitsbilder bei den Spätadoptierten gar nicht auftraten.

Jungmann (1980) wies in seiner kleinen Untersuchung weniger häufig emotionale Störungen bei den Adoptierten nach. Die emotionalen Störungen entsprachen nach der ICD-10 der Gruppe F93, welche auch in der Klinik in Marburg bei den Adoptierten seltener zu finden waren (5,1% versus 11,2%).

Hinsichtlich der Intelligenz stellte Schleiffer (1993) fest, dass die Adoptierten in seiner Untersuchung intelligenter waren. Bei Zucker et al. (1998) hingegen erwiesen sie sich als weniger intelligent, wobei beachtet werden muss, dass dort nur Adoptierte mit einem bestimmten Krankheitsbild Berücksichtigung fanden. Die beiden Gruppen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Marburg verhielten sich gleich (90,0% der Adoptierten und 86,4% der Inanspruchnahmepatienten hatten keine Auffälligkeiten hinsichtlich der Intelligenz; 10,0% bzw. 13,5% hatten eine Intelligenzstörung nach ICD-10). Diese Beobachtungen hinsichtlich der Intelligenz könnten eher gegen eine genetische Komponente sprechen, da davon ausgegangen wird, dass die leiblichen Eltern der Adoptierten eine geringere Bildung haben und damit eventuell auch eine niedrigere Intelligenz. Allerdings sind solche Aussagen lediglich spekulativ, da durch die Art der Datenerfassung (lediglich der Intelligenzminderungen und nicht der besonders hohen Intelligenzquotienten) keine Aussagen über die Entwicklung einer möglicherweise höheren Intelligenz bei den Adoptierten in den Adoptivfamilien mit einem höheren Bildungsniveau gemacht werden können.

### 5.2.4 Schweregrad psychischer Störungen bei Adoptierten

In ihrer Studie konnte Warren (1992) nachweisen, dass ein gewisser Teil der Adoptierten tatsächlich auffälliger ist als die Vergleichsgruppe, dass aber auch nach kontrollieren dieser Variablen, sie immer noch signifikant häufiger vorgestellt werden. Bei Miller et al. (2000) war dieser Anteil doppelt so hoch. Die Adoptierten in Warrens

Untersuchung wurden insgesamt frühzeitiger von ihren Adoptiveltern in einer psychiatrischen Einrichtung vorgestellt und die Auffälligkeiten waren oft weniger schwerwiegend. In der Untersuchung von Jungmann (1980) wurden die Adoptierten in 18% der Fälle ohne psychiatrische Diagnose wieder entlassen, während dieses in der Kontrollgruppe nur in 8% passierte.

Auch wenn diesen Fragen in der vorliegenden Untersuchung nicht explizit nachgegangen wurde, könnten die Anteile der Patienten, bei welchen keine Diagnose gestellt werden konnte, Hinweise auf diesen Sachverhalt geben. Bei den Adoptierten wurde nur ein Patient ohne eine Diagnose wieder entlassen, während es bei den Inanspruchnahmepatienten immerhin 3,8% der Kinder und Jugendlichen waren. Dieses würde der These von Warren und den Untersuchungen von Jungmann weitestgehend widersprechen. Es war allerdings nicht nachzuvollziehen, ob die Patienten, welche bei den Inanspruchnahmepatienten mit keiner Diagnose beschrieben wurden, eventuell nur keine Hauptdiagnose aus dem Bereich der psychischen Störungen (ICD-10 Kapitel V) hatten. In einem solchen Fall hätten auch bei den Adoptierten 2,8% der Probanden keine Diagnose gehabt und die beiden Gruppen würden somit nur wenige Unterschiede aufweisen.

Auffällig war dagegen, dass die Adoptierten in der vorliegenden Untersuchung wie in der Untersuchung von Warren durchschnittlich etwas früher in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung vorgestellt wurden. Die männlichen Adoptierten, die in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters stationär aufgenommen wurden, waren durchschnittlich 12,9 Jahre (Median 14 Jahre) alt. Im Gegensatz dazu stehen die Inanspruchnahmepatienten, die durchschnittlich das Alter von 13,6 Jahren (Median 13,6 Jahre) hatten. Auch bei den Mädchen fanden sich diese Unterschiede (Vorstellung bei den weiblichen Adoptierten 14,7 Jahre (Median 14,0 Jahre) und 15,3 Jahre (Median 15,3 Jahre) bei den Inanspruchnahmepatienten). Allerdings waren die eruierten Unterschiede nicht groß.

### 5.2.5 Krankheitsbilder abhängig vom Alter bei Adoption

Immer wieder wurde in der Literatur auch kontrovers diskutiert, ob es eine Altersgrenze des Zeitpunktes der Adoption gibt, ab welcher Adoptierte vermehrt psychische Auffälligkeiten ausbilden. Diese Spekulation geht auf die These zurück,

dass der Adoptionsprozess an sich oder die genetische Veranlagung nicht die ausschlaggebenden Risikofaktoren zur Ausbildung von psychiatrischen Krankheitsbildern sind. Vor allem Umweltfaktoren, mit denen die Adoptierten in der Zeit vor der Adoption konfrontiert wurden (wie beispielsweise Missbrauch, Vernachlässigung, häufiger Wechsel von Bezugspersonen und Institutionalisierung) spielten dabei die entscheidende Rolle (Berry et al., 1996; Dickson et al., 1990). Hinzu komme, dass Kinder, die später adoptiert werden, eine Beziehung zu den leiblichen Eltern aufbauten, welche durch den Adoptionsprozess zerstört werde, was zu Problemen führen könnte (Haugaard, 1998). Als Schwelle für den Aufbau von Bindungen sahen Haugaard et al. (2003) das Alter von sechs bis sieben Monaten. Dabei steige die Wahrscheinlichkeit solcher Ereignisse mit der Länge der Periode vor der Adoption. In einer klinischen Follow-up Studie konnten Kotsopoulos et al. (1993) eine positivere psychosoziale Entwicklung bei den Adoptierten feststellen, die innerhalb der ersten sechs Monate in ihre neue Familie kamen. Auch Brand et al. (1999) legten diese Altergrenze bei sechs Monaten fest. Sharma et al. (1996b) zeigten in ihrer großen, nichtklinischen Studie, dass Kinder, die erst nach dem zehnten Lebensjahr adoptiert wurden dabei am auffälligsten seien. Dem Studienaufbau der vorliegenden Untersuchung kommt wohl die Studie von Moore et al. (1999) am nächsten. Sie untersuchten ein ambulantes Kollektiv von Adoptierten in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und konnten dabei keine Unterschiede im Diagnosespektrum hinsichtlich des Alters bei Adoption nachweisen, wobei die Grenze zwischen früh und spät adoptierten Kindern auf zwei Jahre festgesetzt wurde. Die Adoptierten hätten allerdings signifikant mehr körperlichen Missbrauch vor der Adoption erfahren, was aber scheinbar nicht die Entwicklung eines Institutionalisierungssyndroms nach sich zog, wie es Kreppner et al. (2001) bei aus Rumänien stammenden Adoptierten zeigen konnten.

In der vorliegenden Untersuchung wurde ein ähnliches Vorgehen gewählt, um mögliche Unterschiede, die zwischen den Adoptierten bestehen nachzuweisen, da alle Probanden auffällig hinsichtlich psychiatrischer Erkrankungen waren. Aussagen, ob früh Adoptierte unauffälliger sind, lassen sich deshalb nicht machen. Es wurde lediglich untersucht, ob die schon direkt nach der Geburt adoptierten Patienten (per definitionem innerhalb der ersten sechs Lebensmonate) ein identisches Krankheitsspektrum zu den Inanspruchnahmepatienten zeigten, während im Vergleich zu den spät Adoptierten (per definitionem erst nach dem dritten

Geburtstag) überwiegend andere Diagnosen gestellt wurden. Eine Bestätigung dieser These könnte einen unabhängigen Einfluss des Faktors „Adoption“ auf die Entwicklung bestimmter psychiatrischer Erkrankungen unwahrscheinlicher machen und eher dafür sprechen, dass Variablen wie Erlebnisse vor der Adoption eine entscheidende Rolle spielen.

In der vorliegenden Arbeit stellte sich bei den Adoptierten ein besonders hoher Anteil von Diagnosen aus dem Bereich der extroversiven Störungen (F9) dar. Der Anteil dieses Diagnosespektrums betrug bei Adoption vor dem dritten Geburtstag 60,2% und nach dem dritten Geburtstag 73,7%. Im Vergleich der nach dem dritten Geburtstag Adoptierten mit den Inanspruchnahmepatienten waren deutliche Unterschiede im Auftreten dieser Diagnosen erkennbar (73,7% versus 41,3%). Bei den Probanden, die vor dem sechsten Lebensmonat adoptiert wurden, waren geringere Unterschiede zu den Inanspruchnahmepatienten in diesem Bereich (58,1% versus 45,5%) eruierbar. Identische Bilder zwischen den beiden Vergleichsgruppen fanden sich hingegen insbesondere im Bereich der Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5; 14,5% bei den innerhalb der ersten sechs Lebensmonaten Adoptierten gegenüber 14,3% bei den Inanspruchnahmepatienten), während dieses Krankheitsbild bei den Spätadoptierten gar nicht auftrat. So kann aufgrund dieser Ergebnisse spekuliert werden, dass eine Gruppe von Adoptierten sich wie die anderen Inanspruchnahmepatienten verhält, d. h., bei denen die Adoption an sich keine psychopathologische Rolle spielen dürfte. In der zweiten Gruppe hingegen zeigte sich auch schon bei Adoption innerhalb der ersten sechs Lebensmonate ein adoptionsspezifisches Krankheitsspektrum, welches insbesondere aus extroversiven Störungen (F90 und F91) und der kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92) besteht. Über die mögliche Psychopathologie können aufgrund der schon erwähnten fehlenden Informationen aus den Krankengeschichten nur Vermutungen angestellt werden, dass die Erfahrungen vor der Adoption die Entwicklung dieser Erkrankungen bedingen.

Hinweise darauf, dass Adoption an sich ein Risikofaktor für die Entwicklung eines spezifischen Diagnosespektrums sein könnte, konnten bedingt aus dem Vergleich zwischen Fremd- und Verwandtenadoptionen gewonnen werden. Es kann spekuliert werden, dass bei den Kindern, bei denen zumindest ein Elternteil konstant in ihrem Leben bleibt, eine mögliche Bindungsstörung und daraus folgende andere psychiatrische Störungen seltener sein könnten. Das würde im konkreten Fall

heißen, dass bei der Verwandtenadoption eher das Krankheitsspektrum einer Inanspruchnahmepopulation aufzuzeigen sein müsste. Diese These erwies sich allerdings in den vorliegenden Ergebnissen als weitestgehend nicht bestätigt. Vor allem im großen Bereich der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD-10, Gruppe F9) präsentierten sich nahezu identische Bilder (57,1% bei den Verwandtenadoptionen und 64,7% bei den Fremdadoptionen). Im Bereich der Essstörungen, in dem für die Verwandtenadoptionen ein dem der Inanspruchnahmepatienten entsprechendes Bild erwartet werden könnte, zeigte sich sogar ein konträres Ergebnis (0,0% bei den Verwandtenadoptionen und 10,3% bei den Fremdadoptionen). Dieses Verhalten entspricht im Wesentlichen den Risikofaktoren für die Entwicklung einer Essstörung, da diese Patienten vermehrt aus Familien mit einem höheren sozioökonomischen Status stammen, was vor allem den Familien der Fremdadoptierten entsprach.

Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zeigten sich weiterhin bei den neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen, bei denen der Anteil der Verwandtenadoptionen mit 23,8% dem der Fremdadoptionen mit 10,3% deutlich überwog. Dieses ist insofern interessant, da diese Diagnosegruppe auch die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) enthalten. Der Theorie, dass insbesondere spät Adoptierte aus Fremdadoptionen solche Störungen aufweisen sollten, da sie möglicherweise schon verschiedene Heim- oder Pflegefamilienaufenthalte oder auch vermehrte Misshandlung erfahren haben, widersprechen die Ergebnisse aus dieser Arbeit teilweise, da diese Störungen zu 83,3% bei Probanden aus einer Verwandtenadoption auftraten. Allerdings kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass solche traumatischen Ereignisse auch in den Familien, in denen Verwandtenadoptionen stattfinden, erfolgen.

Eine weitere These, warum Unterschiede im Diagnosespektrum zwischen den Adoptierten und den Inanspruchnahmepatienten bestehen, könnte das Alter bei erster kinder- und jugendpsychiatrischer Vorstellung sein. So treten Krankheitsbilder aus dem extroversiven Bereich vornehmlich bei jüngeren Patienten auf (Renschmidt, 2000). So könnte vermutet werden, dass diese Krankheitsbilder bei den Adoptierten gehäuft auftreten, weil sie durchschnittlich früher in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen werden. Bei der vorliegenden Untersuchung werden Adoptierte zwar durchschnittlich früher stationär aufgenommen (12,9 Jahre (Median 14 Jahre) bei den männlichen Adoptierten versus

13,6 Jahren (Median 13,6 Jahre) bei den Inanspruchnahmepatienten und 14,7 Jahre (Median 14,0 Jahre) versus 15,3 Jahre (Median 15,3 Jahre) bei den weiblichen Patienten). Dieser Unterschied könnte Hinweise auf einen solchen Zusammenhang liefern und dürfte allerdings als alleinige Erklärung für die Verschiedenheiten bei den Diagnosespektren nicht ausreichend sein.

### 5.3 Relevanz der Arbeit für die Klinik

Schon der relativ hohe Anteil von Adoptierten mit 3,7% an der Gesamtzahl der Patienten in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters in Marburg zeigt eine Relevanz dieser Gruppe von Patienten in der klinischen Tätigkeit. Die Tatsache, dass sie mit diesem Anteil fast vier Mal häufiger in der Klinik als in der Normalbevölkerung zu finden sind, unterstreicht dies. Es kann eingewendet werden, dass in den letzten Jahren die Adoptionszahlen in Deutschland kontinuierlich zurückgegangen sind. Dem ist entgegenzusetzen, dass Adoptierte immer einen gewissen Stellenwert in unserer Gesellschaft behalten werden. Die Rate an Paaren, die selbst keine eigenen Kinder bekommen können, dürfte keine Veränderung erfahren. Bei weiterhin bestehendem Kinderwunsch ist mit steigenden Zahlen von Auslandsadoptionen zu rechnen. Diese machen in Nachbarländern Deutschlands wie den Niederlanden oder Schweden bereits einen erheblichen Anteil an der Gesamtzahl der Adoptionen aus. Ein solcher Trend lässt sich für Deutschland auch in dieser Arbeit beobachten, in der gezeigt werden konnte, dass der Anteil von Auslandsadoptierten an den Adoptierten in den beobachteten 18 Jahren kontinuierlich zugenommen hat. Wie eingangs bereits diskutiert, könnten sich solche Adoptionen sogar problematischer gestalten als die Adoption deutscher Kinder.

In der Literatur wird zwar besonders betont, dass sich der überwiegende Teil der Adoptierten gut angepasst entwickelt (Andresen, 1992). Trotzdem konnte in dieser und auch in anderen Arbeiten gezeigt werden, dass ein Teil dieser Kinder Auffälligkeiten im psychiatrischen Bereich entwickeln.

Für den klinischen Alltag kann von Bedeutung sein, dass durch diese Arbeit herausgearbeitet werden konnte, welche Pathologien Adoptierte in erster Linie zeigen. Es zeigte sich, dass insbesondere Erkrankungen aus dem Bereich der extroversiven Störungen (F90 und F91) und den kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen zu finden waren. Das Ziel des Nachweises von

Auslösern, welche für das vermehrte Auftreten von psychiatrischen Störungen allgemein und diesen Krankheitsbildern im Speziellen zuständig sein könnten, was bei der Therapie dieser Patienten helfen könnte, wurde leider nicht erreicht. Eine weitere Forschung in diesem Bereich wäre wünschenswert. Allerdings kann anhand der Studien spekuliert werden, dass die Potenzierung von Risikofaktoren wie genetische Komponenten, Auffälligkeiten in der Zeit während der Schwangerschaft, der Geburt, der Zeit vor der Adoption und die Zeit in der Adoptivfamilie, der Umgang der Adoptivfamilie mit der Adoption sowie der Adoptionsprozess als eigenständiger Risikofaktor vorliegen könnte. Besonders auffällig war das Abweichen des Diagnosespektrums der Adoptierten von dem der Inanspruchnahmepatienten, wenn die Adoption erst spät erfolgte. Hier könnte die Zeit vor der Adoption mit den herausgearbeiteten möglichen Erlebnissen der Patienten die entscheidende Rolle spielen. Die Berücksichtigung dessen kann ein Teil der Behandlung dieser Patienten werden und dem behandelnden Arzt helfen, den Adoptivstatus dieser Kinder und Jugendlichen in seiner Therapie zu berücksichtigen.

### 5.4 Methodische Grenzen bzw. Schwächen der vorliegenden Arbeit

Durch das retrospektive Vorgehen in der vorliegenden Untersuchung und der Datenerfassung auf Grundlage von sehr ausführlichen Krankengeschichten war die Auswertung der kompletten Anzahl der erfassten Adoptierten gegeben. Allerdings ergaben sich in der Auswertung und Beurteilung der Ergebnisse durch dieses Vorgehen auch gewisse methodische Grenzen. Da es sich bei den Krankengeschichten um die allgemeine Dokumentation der Klinik handelte, waren nicht alle adoptionsspezifischen Daten, wie zum Beispiel die Aufklärung der Probanden über die Adoption, zu eruieren. Insbesondere fehlten aber auch Informationen über die leiblichen Eltern, die Schwangerschaft, die Geburt und mögliche außerfamiliäre Unterbringungen vor der Adoption. Das Fehlen dieser Daten könnte auf die langjährige Praxis der Inkognitoadoption zurückzuführen sein. Die nicht ausreichende Menge von Daten in diesem Bereich führte dazu, dass den anfangs aufgestellten Thesen zu möglichen Gründen von vermehrten psychiatrischen Auffälligkeiten bei Adoptivkindern nicht ausreichend nachgegangen werden konnte.



Weiterhin erfolgten durch die Art der Datenerfassung große Teile der Auswertung der erfassten Parameter rein deskriptiv.

Bei der Klassifizierung der Diagnosen bot die Untersuchung eine weitere Schwäche, da die Diagnosen, die in den Krankengeschichten teilweise nach ICD-9 verschlüsselt wurden, in den Ergebnissen in die ICD-10-Klassifikation übernommen wurden, ohne dass zwangsläufig alle geforderten Diagnosekriterien erfüllt waren. Dieses erschien aufgrund des Studienaufbaus als die einzige praktikable Möglichkeit, da sich die Erfassung und Erfüllung aller zur Stellung der Diagnose nach ICD-10 geforderten Kriterien allein anhand der Krankengeschichten als sehr schwierig erwies. Aus der bei den Adoptierten festgelegten Methodik musste auch bei den Inanspruchnahmepatienten eine Transformation der Diagnosen von ICD-9 in die ICD-10 erfolgen. Trotz der Unterschiede zwischen den beiden Klassifikationssystemen kann aber davon ausgegangen werden, dass die sich entsprechenden Krankheitsbilder weitestgehend erfasst wurden.

Weiterhin ist bei der Interpretation der erhobenen Ergebnisse zu berücksichtigen, dass lediglich Patienten aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universitätsklinik Marburg erfasst wurden. Mögliche demografische Einflussfaktoren wurden dabei nicht berücksichtigt.

## 6. Zusammenfassung

Diese Arbeit wurde aufgrund der Diskrepanz zwischen 3,7% adoptierten Patienten der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters in Marburg und weniger als 1,0% in der Normalbevölkerung durchgeführt. Es wurde der Frage nach möglichen Gründen für diese Überrepräsentation von Adoptierten in einer klinischen Population nachgegangen. Weiterhin wurde ein möglicherweise adoptionsspezifisches Diagnosespektrum der Patienten herausgearbeitet, indem die Diagnosen der adoptierten Patienten mit denen der Inanspruchnahmepatienten verglichen wurden.

Der Arbeit dienten insgesamt 141 Krankengeschichten aller zwischen 1982 und 2000 in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters in Marburg behandelten Adoptivkindern als Grundlage. Die Identifikation der stationär und tagesklinisch behandelten Adoptierten erfolgte durch das klinikeigene Dokumentationssystem. Bei der Auswertung der Krankengeschichten konnten die Diagnosen der Probanden lückenlos erfasst und mit den 3.613 Inanspruchnahmepatienten der Klinik, die zwischen 1983 und 2000 vorstellig wurden, verglichen werden.

Ein Ziel der Untersuchung, die Erfassung von möglichen Einflussfaktoren auf die Entwicklung von vermehrten Verhaltensauffälligkeiten bei den Adoptierten, konnte nicht befriedigend erreicht werden. Dieses lässt sich insbesondere auf das Fehlen vieler wichtiger Informationen hinsichtlich der leiblichen Eltern, der Umstände von Schwangerschaft und Geburt der Adoptierten sowie die Zeit vor der Adoption in den Krankengeschichten zurückführen. Die wahrscheinlichste Erklärung dieser lückenhaften Dokumentation könnte der Erfassungszeitraum dieser Untersuchung sein, in dem viele der Adoptionen noch als so genannte Inkognitooptionen durchgeführt wurden, bei denen den Adoptierten und Adoptiveltern nur wenige Informationen über die leiblichen Eltern vorlagen. Es kann aber spekuliert werden, dass die Gründe eine Mischung aus genetischer Anlage, Umweltfaktoren und des Einflusses des Adoptionsprozesses an sich sein dürften. Weitere Untersuchungen hinsichtlich möglicher Risikofaktoren bei der Entwicklung von psychiatrischen Störungen bei Adoptivkindern wären in diesem Zusammenhang wünschenswert.

Das zweite Ziel, der Nachweis eines möglichen adoptionsspezifischen Diagnosespektrums konnte umfassend erreicht werden. Es wurde gezeigt, dass

sich in der Gruppe der Adoptierten im Vergleich zu der Kontrollgruppe von nicht Adoptierten signifikant häufiger Patienten mit Diagnosen aus dem Bereich der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) fanden. In dieser Gruppe dominierten insbesondere die extroversiven Störungen wie die hyperkinetischen Störungen (F90) und die Störungen des Sozialverhaltens (F91). Aber auch die kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92) waren häufig. Erkrankungen aus dem Bereich der Schizophrenien, schizotypen und wahnhaftige Störungen (F2). Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5) traten hingegen bei den Adoptierten seltener auf.

Weiterhin wurden Gruppen unterschieden, welche schon früh adoptiert wurden, was als innerhalb der ersten sechs Lebensmonate definiert wurde und solche, welche spät adoptiert wurden, was als nach dem dritten Geburtstag definiert war. In der Gruppe der Spät-Adoptierten traten Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) nicht signifikant häufiger auf als bei den Früh-Adoptierten. Im Vergleich dieser Gruppen mit den Inanspruchnahmepatienten traten die Krankheitsbilder aus diesem Bereich ebenfalls häufiger auf. Auffällig war außerdem, dass bei den Spät-Adoptierten keine Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5) nachweisbar waren.

Insgesamt wurden die Adoptierten etwas früher als die Inanspruchnahmepatienten stationär in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters vorgestellt. Diese Tatsache lässt für Spekulationen Raum, dass Adoptierte ein vermehrt extroversives Krankheitsspektrum zeigen, da diese Krankheitsbilder vermehrt bei jüngeren Kindern und Jugendlichen auftreten. Allerdings sind die Unterschiede zwischen dem Vorstellungsalter der Adoptierten und dem der Inanspruchnahmepatienten nicht so groß, als dass dieses die einzige Erklärungsmöglichkeit für die gefundenen Unterschiede im Diagnosespektrum sein kann. Auch hier wäre die Untersuchung von weiteren möglichen Ursachen erstrebenswert.

## 7. Literaturverzeichnis

- Andresen, I. L. K.: Behavioural and School Adjustment of 12 - 13 - year old Internationally Adopted Children in Norway: a Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1992; Vol. 33, No.2: 427 - 439
- Barth, K.: Soziologische Daten zur Adoption Minderjähriger. *Zentralblatt für Jugendrecht*, 1978; 65: 243 – 261
- Baumann-Zipplies, R., Donnert, G.: Zur historischen Entwicklung der Adoption, In: Die leiblichen Eltern im Adoptionsprozeß - verändert sich die Adoptionspraxis? Smentek, G. (Hrsg.), 1998; 1. Auflage, 11 -, 15
- Beckett, C., Maughan, B., Rutter, M., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., Kreppner, J., Stevens, S., O'Connor, T. G., Sonuga-Barke, E. J. S.: Do the Effects of Early Severe Deprivation on Cognition Persist into Early Adolescence? Findings from the English and Romanian Adoptees Study. *Child Development*, 2006; 77: 696 – 711
- Berry, M., Barth, R. P., Needell, B.: Preparation, Support, and Satisfaction of Adoptive Families in Agency and Independent Adoptions. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 1996; Vol. 13, No. 2: 157 – 183
- Die Bibel: Revidierte Übersetzung nach Martin Luther 1984 2. Mose 2, Verse 1 - 10
- Bohman, M., Sigvardsson, S.: Adoption als Präventionsinstrument - Neuere Ergebnisse der Adoptionsforschung. In: *Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien*; Remschmidt, H. (Hrsg.), Stuttgart, 1984; Band 2: 151 – 168
- Bohman, M.: Alternativen zur biologischen Elternschaft: Ergebnisse früherer und gegenwärtiger Adoptionsforschung. In: *Psychopathologie der Familie und kinderpsychiatrische Erkrankungen*; Remschmidt, H. (Hrsg.), Verlag Hans Huber; Bern, Stuttgart, Wien, 1980; 82 – 90

- Brooks, D., Barth, R. P.: Adult Transracial and Inracial Adoptees: Effects of Race, Gender, Adoptive Family Structure, and Placement History on Adjustment Outcomes. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1999; Jan., 69 (1): 87 – 99
- Bowlby, J.: Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit: Ersatzfamilien: Adoption; In: *Geist und Psyche*; Kindler Taschenbücher, 1973; 141 – 153
- Brand, A. E., Brinich, P. M.: Behavior Problems and Mental Health Contacts in Adopted, Foster, and Nonadopted Children: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 1999; Vol. 40, No. 8: 1221 – 1229
- Brinich, P. M., Brinich E. B.: Adoption and Adaptation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1982; Vol. 170, No. 8: 489 – 493
- Brodzinsky, D. M., Radice, C., Huffman, L., Merkler, K.: Prevalence of Clinically Significant Symptomatology in a Nonclinical Sample of Adopted and Nonadopted Children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1987; Vol. 16, No. 4: 350 – 356
- Brodzinsky, D. M., Brodzinsky, A. B.: The Impact of Family Structure on the Adjustment of Adopted Children. *Child Welfare League of America*, 1992; 69 – 76
- Bürgerliches Gesetzbuch: 18. August 1896; RGBI 1896, 195, Neugefasst durch Bek. vom 2.1.2002 I 42, 2909; 2003, 738; zuletzt geändert durch Art. 123 G vom 19.4.2006 I 866, 2006
- Cadoret, R. J.: Adoption Studies: Historical and Methodological Critique. *Psychiatric Developments*, 1986; 1: 45 – 64
- Cadoret, R. J., Stewart, M. A.: An Adoption Study of Attention Deficit/Hyperactivity/Aggression and Their Relationship to Adult Antisocial

Personality. *Comprehensive Psychiatry*, 1991; Vol. 32, No. 1 (January/February): 73 – 82

Cadore, R. J., Yates, W. R., Troughton, E., Woodworth, G., Stewart, M. A.: Genetic-Environmental Interaction in the Genesis of Aggressivity and Conduct Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1995; Vol 52: 916 – 924

Cadore, R. J., Yates, W. R., Troughton, E., Woodworth, G., Stewart, M. A.: Adoption Study Demonstrating Two Genetic Pathways to Drug Abuse. *Archives of General Psychiatry*, 1995; Vol 52: 42 – 52

Cederblad, M., Höök, B., Irhammar, M., Mercke, A.: Mental Health in International Adoptees as Teenagers and Young Adults. An Epidemiological Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1999; Vol. 40, No. 8: 1239 – 1248

Clothier, F.: The Psychology of the Adopted Child. *Mental Hygiene*, 1943; 27, April: 222-226

Coon, H., Carey, G., Corley, R., Fulker, D. W.: Identifying Children in the Colorado Adoption Project at Risk for Conduct Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, May 1992; 31:3, 503 – 511

Deutsch, C. K., Swanson, J. M., Bruell, J. H., Cantwell, D. P., Weinberg, F., Baren, M.: Overrepresentation of Adoptees in Children with the Attention Deficit Disorder. *Behavior Genetics*, 1982; Vol. 12, No. 2: 231 – 238

Diamond, G.W., Senecky, Y., Schurr, D., Zuckerman, J., Inbar, D., Eidelman, A., Cohen, H. J.: Pre-placement Screening in International Adoption. *The Israel Medical Association Journal: IMAJ*, November, 2003; Vol. 5: 763 – 766

Dickson, L. R., Heffron, W. M., Parker, C.: Children from Disrupted and Adoptive Homes on an Inpatient Unit. *American Journal of Orthopsychiatry*, October 1990; 60 (4): 594 –602

- Dillig, H., Freyberger, H. J. (Hrsg.): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen; Nach dem englischsprachigen Pocket Guide von Cooper, J. E.; WHO Bern: Huber, 2006; 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage
- Eley, T. C., Deater-Deckard, K., Fombonne, E., Fulker, D. W., Plomin, R.: An Adoption Study of Depressive Symptoms in Middle Childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1998; Vol. 39, No.3: 337 – 345
- Erich, S., Leung, P.: The Impact of Previous Type of Abuse and Sibling Adoption upon Adoptive Families. *Child Abuse and Neglect*, 2002; 26: 1045 – 1058
- Fensbo, C.: Mental and Behavioural Outcome of Inter-Ethnic Adoptees: A Review of the Literature. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2004; 13: 55 – 63
- Fergusson D. M., Lynskey, M., John-Horwood, L.: The Adolescent Outcomes of Adoption: A 16-Year Longitudinal Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1995; Vol. 56, No. 4: 597 – 615
- Freundlich, M.: Adoption Research: An Assessment of Empirical Contributions of the Advancement of Adoption Practice. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 2002; Vol. 11, No. 2: 143 – 166
- Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit, 17. Mai 1898; RGBI 1898, 198; Textnachweis Geltung ab 1.1.1980; Stand: zuletzt geändert durch Artikel 4c G vom 22.9.2005 I 2809
- Gesetz über die Vermittlung der Annahme als Kind und über das Verbot der Vermittlung von Ersatzmüttern (AdVermiG), BGBl I 1976, 1762; 1.7.1977; Neugefasst durch Bek. vom 22.12.2001; 2002 I 354
- Goldberg, D., Wolkind, S. N.: Patterns of Psychiatric Disorder in Adopted Girls: a Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1992; Vol. 33, No. 5: 935 – 940

- Haugaard, J. J.: Is Adoption a Risk Factor for the Development of Adjustment Problems? *Clinical Psychology Review*, 1998; Vol. 18, No. 1: 47 – 69
- Haugaard, J. J., Hazan, C.: Adoption as a Natural Experiment. *Development and Psychopathology*, 2003; 15: 909 – 926
- Hechtman, L.: Families of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Review. *Canadian Journal of Psychiatry*, August 1996; Vol. 41: 350 – 360
- Hodges, J., Tizard, B.: IQ and Behavioral Adjustment of Ex-Institutional Adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1989; Vol. 30, No. 1: 53 – 75
- Hoksbergen, R. A. C., van Dijkum, C., Rijk, S., Rijk, K., Stoutjesdijk, F.: Posttraumatic Stress Disorder in Adopted Children from Romania. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2003; Vol. 73, No.3: 255 – 265
- Holden, N. L.: Adoption and Eating Disorders: A High-Risk Group? *British Journal of Psychiatry*, 1991; 158: 829 – 833
- Juffer, F., Stams, G.-J. J. M., van IJzendoorn, M. H.: Adopted Children's Problem Behavior is Significantly Related to Their Ego Resiliency, Ego Control, and Sociometric Status. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2004; 5: 5, pp. 697 – 706
- Jungmann, J.: Forschungsergebnisse zur Entwicklung von Adoptivkindern. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 1980; 8: 184 – 219
- Jungmann, J.: Adoption unter Vorbehalt? - Zur Psychischen Problematik von Adoptivkindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 1980; 29: 225- 230
- Kreppner, J. M., O'Connor T. G., Ruttner, M., and the English and Romanian Adoptees Study Team: Can Inattention/Overactivity Be an Institutional



- Deprivation Syndrome? *Journal of Abnormal Child Psychology*, December 2001; Vol. 29, No. 6: 513 – 528
- Kotsopoulos, S., Walker, S., Copping, W., Coté, A., Stavrakaki, C.: A Psychiatric Follow-Up Study of Adoptees. *Canadian Journal of Psychiatry*, August, 1993; Vol. 38: 391 – 396
- Lee, F. I., Matarazzo, E. B.: Prevalência de adoção intra e extrafamiliar em amostras clínica e não-clínica de crianças e adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2001; 23 (3): 149 – 155
- Leahy, A. M.: Some Characteristics of Adoptive Parents. *The American Journal of Sociology*, 1933; Band 38, 4: 548 – 563
- Leahy, A. M.: A Study of Adopted Children as a Method of Investigating Nature-Nurture. *American Statistical Association*, 1935; 281 – 287
- Lindblad, F., Hjern, A., Vinnerljung, B.: Intercountry Adoption Children as Young Adults - A Swedish Cohort Study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2003; Vol. 73, No. 2: 190 – 202
- Lipman, E. L., Offord, D. R., Racine, Y. A., Boyle, M. H.: Psychiatric Disorders in Adopted Children: A Profile from the Ontario Child Health Study. *Canadian Journal of Psychiatry*, November 1992; Vol. 37: 627 – 633
- Lipman, E. L., Offord, D. R., Boyle, M. H., Racine, Y. A.: Follow-up of Psychiatric and Educational Morbidity among Adopted Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, September 1993; 32:5, pp. 1007 – 1012
- Miller, B. C., Fan, X., Christensen, M., Grotevant, H. D., van Dulmen, M.: Comparisons of Adopted and Nonadopted Adolescents in a Large, Nationally Representative Sample. *Child Development*, September/October 2000; Vol. 71, No. 5: 1458 – 1473

- Miller, B. C., Fan, X., Grotevant, H. D., Christensen, M., Coyle, D., van Dulmen, M.: Adopted Adolescents' Overrepresentation in Mental Health Counseling: Adoptees' Problems or Parents' Lower Threshold for Referral? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, December 2000; 39:12, pp. 1504 – 1511
- Moe, V., Slinning, K.: Children Prenatally Exposed to Substances: Gender-Related Differences in Outcome from Infancy to 3 Years of Age. *Infant Mental Health Journal*, 2001; Vol. 22 (3): 334 – 350
- Moe, V.: Foster-Placed and Adopted Children Exposed In Utero to Opiates and Other Substances: Prediction and Outcome at Four and a Half Years. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, October 2002; Vol. 23, No. 5: 330 – 339
- Moe, V., Slinning, K.: Prenatal Drug Exposure and the Conceptualization of Long-Term Effects. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2002; 43: 41 – 47
- Moore, J, Fombonne, E.: Psychopathology in Adopted and Nonadopted Children: A Clinical Sample. *American Journal of Orthopsychiatry*, July 1999; 69 (3): 403 – 409
- Nickman, S. L., Armentano, M.: Adoption and Foster Care, In: *Manual of Clinical Child Psychiatry*; Robson, K. S., American Psychiatric Press, Inc; 1987; 269 – 287
- Nickman, S. L., Rosenfeld, A. A., Fine, P., Macintyre, J. C., Pilowsky, D. J., Howe, R. A., Derdeyn, A., Gonzales, M. B., Forsythe, L., Sveda, S. A.: Children in Adoptive Families: Overview and Update. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, October 2005; 44:10, pp. 987 – 995
- Nulman, I., Rovet, J., Greenbaum, R., Loebstein, M., Wolpin, J., Pace-Asciak, P., Koren, G.: Neurodevelopmental of Adopted Children Exposed In Untero to

- Cocaine: the Toronto Adoption Study. *Clinical and Investigative Medicine*, June 2001; Vol. 24, No. 3: 129 – 137
- O'Connor, T. G., Rutter, M., The English and Romanian Adoptees Study Team: Attachment Disorder Behaviors Following Early Severe Deprivation: Extension and Longitudinal Follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, June 2000; 39:6, pp. 703 – 712
- Pakiz, B., Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M.: Early Risk Factors for Serious Antisocial Behavior at Age 21: A Longitudinal Community Study. *American Journal of Orthopsychiatry*, January 1997; 67 (1): 92 – 101
- Peters, B. P., Atkins, M. S., McKay, M. M.: Adopted Children's Behavior Problems: A Review. *Clinical Psychology Review*, 1999; Vol. 19, No. 3: 297 – 328
- PFAD - Bundesverband der Pflege- und Adoptivfamilien e.V. (Hrsg.): Handbuch für Pflege- und Adoptiveltern - Pädagogische, psychologische und rechtliche Fragen des Adoptions- und Pflegekinderwesens; Schulz-Kirchner Verlag 2003; 6., überarbeitete Auflage
- Pfeiffer, P., Pfeiffer-Schramm, M., Scheller, R.: Zur Psychologie der Adoption: Ein Strukturmodell psychologischer Intervention im Adoptionsprozeß. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 1980; Band XII, Heft 3: 217 – 232
- Remschmidt, H. (Hrsg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung* Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 2000; 3., neu bearbeitete und erweiterte Auflage
- Remschmidt, H., Schmidt, M., Poustka, F. (Hrsg.): *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*; Bern u.a.: Huber 2002; Nachdruck der 4., vollständig überarbeiteten und erweiterten Auflage

- Rogeness, G. A., Hoppe, S. K., Macedo, C. A., Fischer, C., Harris, W. R.: Psychopathology in Hospitalized, Adopted Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1988; 27, 5: 628 – 631
- Rutter, M. and the English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team: Developmental Catch-up, and Deficit, Following Adoption after Severe Global Early Privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1998; Vol. 39, No. 4: 465 – 476
- Rutter, M., O'Connor, T. G. and the English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team: Are There Biological Programming Effects for Psychological Development? Findings From a Study of Romanian Adoptees. *Developmental Psychology*, 2004; Vol. 40, No.1: 81 – 94
- Schleiffer, R.: Dissoziale Störungen bei adoptierten Jugendlichen - eine klinisch-empirische Studie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 1993; 21: 115 – 122
- Schütt-Baeschlin, A.: *Das Adoptivkind : Entwicklung, Probleme, Hilfestellungen*  
Zürich : Verlag Pro Juventute, 1990
- Sharma, A. R., McGue, M. K., Benson, P. L.: The Emotional and Behavioral Adjustment of United States Adopted Adolescents: Part I. An Overview. *Children and Youth Services Review*, 1996; Vol. 18: 83 – 100
- Sharma, A. R., McGue, M. K., Benson, P. L.: The Emotional and Behavioral Adjustment of United States Adopted Adolescents: Part II. Age at Adoption. *Children and Youth Services Review*, 1996; Vol. 18: 101 – 114
- Simmel, C., Brooks, D., Barth, R., Hinshaw, S. P.: Externalizing Symptomatology Among Adoptive Youth: Prevalence and Preadoption Risk Factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2001; Vol. 29, No. 1: 57 – 69

Slap, G., Goodman, E., Huang, B.: Adoption As a Risk Factor for Attempted Suicide During Adolescence. *Pediatrics*, August 2001; Vol. 108, No. 2: 30 – 38

Smentek, Günter (Hrsg.): Die leiblichen Eltern im Adoptionsprozess – verändert sich die Adoptionspraxis? Schulz-Kirchner Verlag, Idstein, 1998

Smith, D. W., Brodzinsky, D. M.: Coping with Birthparent Loss in Adopted Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2002; 43:2, pp. 213 – 223

Sozialgesetzbuch (SGB) - Achtes Buch (VIII) - Kinder- und Jugendhilfe (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Juni 1990; BGBl. I S. 1163), 26. Juni 1990; BGBl 1990, 1163 Neugefasst durch Bek. vom 8.12.1998 I 3546; zuletzt geändert durch Art. 1 G vom 8.9.2005 I 2729

Sprich, S., Biedermann, J., Crawford, M. H., Mundy, E., Faraone, S. V.: Adoptive and Biological Families of Children and Adolescents With ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, November 2000; 39:11, pp.1432 – 1437

Stams, G. J. M., Juffer, F., Rispen, J., Hoksbergen, R. A. C.: The Development and Adjustment of 7-year-old Children Adopted in Infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2000; Vol. 41, No. 8: 1025 – 1037

Statistisches Bundesamt / Wiesbaden: Statistisches Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland Verlag: W. Kohlhammer GmbH / Stuttgart + Mainz, Auflagen 1969 – 1988

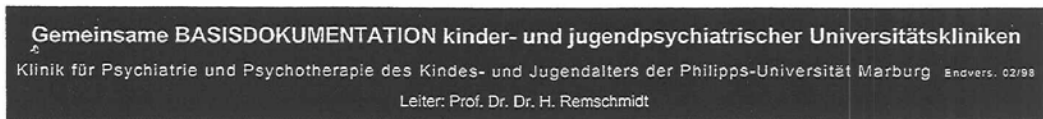
Statistisches Bundesamt / Wiesbaden: Statistisches Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland Verlag: Metzler-Poeschel, Stuttgart, Auflagen 1989 – 2005

Textor, M. R.: Adoptiv- und Pflegefamilien, In: Handbuch der Kinder- und Jugendbetreuung, Becker-Textor, I., Textor, M. R., Luchterhand, Neuwied, Kriftel, Berlin; 1993; 147 -187

- Textor, M. R.: Pflege- und Adoptivfamilien, In: Hilfen für Familien: Eine Einführung für psychosoziale Berufe; Textor, M. R. (Hrsg.), Beltz Verlag Weinheim und Basel, 1998; 91 – 108
- Tieman, W., van der Ende, J., Verhulst, F. C.: Social Functioning of Young Adult Inter-country Adoptees Compared to Nonadoptees. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology: SPPE ; the international journal for research in social and genetic epidemiology and mental health services*, 2006; 41: 68 – 74
- Tienari, P., Wynne, L. C., Läsky, K., Moring, J., Nieminen, P., Sorri, A., Lahti, I., Wahlberg, K. E.: Genetic Boundaries of the Schizophrenia Spectrum: Evidence from the Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 2003; 160:90, pp. 1587 – 1594
- Tienari, P., Wynne, L. C., Sorri, A., Lahti, I., Läsky, K., Moring, J., Naarala, M., Nieminen, P., Wahlberg, K. E.: Genotype-Environment Interaction in Schizophrenia-Spectrum Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 2004; 184: 216 -222
- Warren, S. B.: Lower Threshold for Referral for Psychiatric Treatment for Adopted Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, May 1992; 31:3, pp. 512 -517
- Weiss, A.: Symptomatology of Adopted and Nonadopted Adolescents on a Psychiatric Hospital. *Adolescence*, Winter 1985; Vol. XX, No. 80: 761 – 774
- Wierzbicki, M.: Psychological Adjustment of Adoptees: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1993; Vol. 22, No. 4: 447 – 454
- Zucker, K. J., Bradley, S. J.: Adoptee Overrepresentation Among Clinic-Referred Boys with Gender Identity Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1998; 43: 1040 – 1043

# 8. Anhang

## 8.1 Ausschnitte aus dem Anamneseerfassungsbogen der Kinder- und Jugendpsychiatrie Marburg



### 1. AUFNAHME DATEN

In geschlossene Kästchen  sind Kreuze einzutragen. In offene Felder  sind Ziffern einzutragen.

Die Abschnitte 2. (Soziodemographische Daten) und 3. (Anamnese) werden nur im stationären/teilstationären Bereich ausgefüllt.

(Anstelle von Einträgen kann für die Identifikationsdaten ein Aufkleber verwendet werden)

(Wenn die Versicherungsdaten durch die Verwaltung erhoben werden, müssen sie vom Dokumentierenden nicht ausgefüllt werden)

Identifikationsdaten	Versicherungsdaten
01 Name, Vorname des Patienten:	Name des Versicherten:
02 geb. am: <input type="text"/>	Kassen-Nr.: <input type="text"/> Versicherten Nr.: <input type="text"/> Status: <input type="text"/>
03 Geschlecht: 1 <input type="checkbox"/> männlich 2 <input type="checkbox"/> weiblich	
04 Postleitzahl des Wohnortes: <input type="text"/>	Vertragsarzt-Nr.: <input type="text"/> VK gültig bis: <input type="text"/>
05 Fall-Nummer: <input type="text"/>	
06 Institution: <input type="text"/>	

07 Staatsangehörigkeit: 1  deutsch 2  andere  Staatschlüssel:  (entfällt = 999)

08 Untersuchungs-/ Behandlungsform: 1 <input type="checkbox"/> ambulant 2 <input type="checkbox"/> teilstationär 3 <input type="checkbox"/> stationär 4 <input type="checkbox"/> Konsil	09 Vorstellungs-/ Aufnahmemodus: 1 <input type="checkbox"/> regulär 2 <input type="checkbox"/> Notfall innerh. Dienstzeit 3 <input type="checkbox"/> Notfall außerh. Dienstzeit 4 <input type="checkbox"/> Gutachten	10 Rechtsgrundlage der stationären Aufnahme: 01 <input type="checkbox"/> freiwillig 06 <input type="checkbox"/> nach § 7 JGG 02 <input type="checkbox"/> nach § 1631b BGB 07 <input type="checkbox"/> nach Psych KG/UBG 03 <input type="checkbox"/> nach § 126a StPO 08 <input type="checkbox"/> sonstige 04 <input type="checkbox"/> nach §§ 73,72,71 JGG 88 <input type="checkbox"/> entfällt (keine stationäre Aufnahme) 05 <input type="checkbox"/> nach § 63 StGB 99 <input type="checkbox"/> unbekannt
11 Datum der Aufnahme/des Behandlungsbeginns: <input type="text"/>	13 Frühere oder zwischenzeitliche Konsultation wegen psychischer Auffälligkeiten (Mehrfachnennungen möglich): 1 <input type="checkbox"/> keine 5 <input type="checkbox"/> sonstige ärztliche Behandlung 2 <input type="checkbox"/> nicht-psychiatr. Behandlg./ (z.B. Hausarzt, Kinderarzt) Beratung (z.B. EB) 6 <input type="checkbox"/> andere 3 <input type="checkbox"/> amb. psychiatr. Behandlg. 9 <input type="checkbox"/> unbekannt 4 <input type="checkbox"/> stat. psychiatr. Behandlung	12 Jahr der ersten Konsultation wegen psychischer Auffälligkeiten: (entfällt = 8888; unbekannt = 9999) <input type="text"/>

14 Name des Dokumentierenden:  Code:

- 1  Dokumentation ist normal bearbeitet.
- 2  Dokumentation ist nicht bearbeitet, da es sich um einen Durchgangsfall (z.B. Aufnahme nur für CT o.ä.) handelt. → Keine weiteren Angaben notwendig.
- 3  Dokumentation ist nicht bearbeitet (obwohl der Fall registriert ist), weil keine Diagnostik durchgeführt wurde (z.B. Fehlüberweisung, sofortiger Abbruch). → Keine weiteren Angaben notwendig.

15 Liegt von diesem Patienten bereits eine Dokumentation vor? 1  nein 2  ja 9  unbekannt

Wenn ja: Falls die letzte Dokumentation weniger als 1/2 Jahr zurückliegt, darf in den Bereichen 2 bis 6 - falls sich keine Veränderungen ergeben haben - „nicht bearbeitet, da letzte Dokumentation weniger als 1/2 Jahr zurückliegt“ angekreuzt werden.

**2. SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN (nur stationär/teilstationär)**

Nicht bearbeitet, da letzte Dokumentation weniger als 1/2 Jahr zurückliegt und sich keine Veränderungen ergeben haben  
 Aus anderen Gründen entfällt/nicht erhoben

**Kind/Jugendlicher wohnt bei ...**

<p>1 Mutter/Ersatzmutter:                  1 <input type="checkbox"/> leiblicher Mutter                  2 <input type="checkbox"/> Stiefmutter                  3 <input type="checkbox"/> Adoptivmutter                  4 <input type="checkbox"/> Pflegemutter                  5 <input type="checkbox"/> Großmutter                  6 <input type="checkbox"/> Verwandter, sonst. Ers. M.                  8 <input type="checkbox"/> keiner Mutter                  9 <input type="checkbox"/> unbekannt</p>	<p>2 Vater/Ersatzvater:                  1 <input type="checkbox"/> leiblichem Vater                  2 <input type="checkbox"/> Stiefvater                  3 <input type="checkbox"/> Adoptivvater                  4 <input type="checkbox"/> Pflegevater                  5 <input type="checkbox"/> Großvater                  6 <input type="checkbox"/> Verwandter, sonst. Ers. V.                  8 <input type="checkbox"/> keinem Vater                  9 <input type="checkbox"/> unbekannt</p>	<p>3 Andere, nicht unter (1/2) erfaßte Wohnsituation:                  1 <input type="checkbox"/> stationäre Jugendhilfe                  2 <input type="checkbox"/> Reha-/Therapieeinrichtung                  3 <input type="checkbox"/> wohnt allein                  4 <input type="checkbox"/> in Ehe/mit Partner(in), in privater Wohngemeinschaft                  5 <input type="checkbox"/> Notunterkunft (z.B. Frauenhaus)                  6 <input type="checkbox"/> sonstige Unterkunft                  7 <input type="checkbox"/> kein fester Wohnsitz                  8 <input type="checkbox"/> entfällt                  9 <input type="checkbox"/> unbekannt</p>
--	--	--

**Aufenthaltssfamilie, bei der das Kind/der Jugendliche wohnt: entfällt, da Kind nicht in Familie lebt**

<p>Mutter/Ersatzmutter:                  4 Geburtsjahr: _____                  (unbekannt = 9999)</p>	<p>Vater/Ersatzvater:                  6 Geburtsjahr: _____                  (unbekannt = 9999)</p>	<p>Derzeitige Tätigkeit:                  8 Mutter/Ersatzmutter: _____ 9 Vater/Ersatzvater: _____</p>
---	---	---

<p>5 Schulabschluß:                  1 <input type="checkbox"/> kein Schulabschluß                  2 <input type="checkbox"/> Sonderschule                  3 <input type="checkbox"/> Hauptschule                  4 <input type="checkbox"/> Realschule                  5 <input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur                  6 <input type="checkbox"/> (Fach-)Hochschul-/Universitätsabschluß                  9 <input type="checkbox"/> unbekannt</p>	<p>7 Schulabschluß:                  1 <input type="checkbox"/> kein Schulabschluß                  2 <input type="checkbox"/> Sonderschule                  3 <input type="checkbox"/> Hauptschule                  4 <input type="checkbox"/> Realschule                  5 <input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur                  6 <input type="checkbox"/> (Fach-)Hochschul-/Universitätsabschluß                  9 <input type="checkbox"/> unbekannt</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> ..... Vollzeit erwerbstätig ..... <input type="checkbox"/> 1                  2 <input type="checkbox"/> ..... Schichtarbeit (keine Teilzeitarbeit) ..... <input type="checkbox"/> 2                  3 <input type="checkbox"/> ..... regelmäßig teilzeitbeschäftigt ..... <input type="checkbox"/> 3                  4 <input type="checkbox"/> ..... zeitweise beschäftigt/Gelegenheitsarbeit ..... <input type="checkbox"/> 4                  5 <input type="checkbox"/> ..... in Ausbildung/Studium ..... <input type="checkbox"/> 5                  6 <input type="checkbox"/> ..... ohne Ausbildungs-/Arbeitsstelle, arbeitslos ..... <input type="checkbox"/> 6                  7 <input type="checkbox"/> .. nicht erwerbstätig (Rentner(in) / längere Erkrankung) .. <input type="checkbox"/> 7                  8 <input type="checkbox"/> ..... nicht erwerbstätig / im Haushalt tätig ..... <input type="checkbox"/> 8                  9 <input type="checkbox"/> ..... unbekannt ..... <input type="checkbox"/> 9</p>
---	---	--

10 Schichtzugehörigkeit (immer den aktuell ausgeübten Beruf des jeweils sozial „höhergestellten“ (Ersatz-)Elternteils einschätzen)

*Arbeitnehmer:*  
 01  ungelernete/angelemte Arbeiter  
 02  Facharbeiter, Gesellen, einfache Angestellte  
 03  Meister, mittlere Angestellte, Beamte im mittleren Dienst  
 04  höher qualifizierte Angestellte, Beamte im gehobenen Dienst  
 05  leitende Angestellte, Beamte im höheren Dienst

*Selbständig:*  
 06  kleinste Selbständige, ambulantes Gewerbe  
 07  kleine selbständige Gewerbetreibende  
 08  selbst. Handwerker, Landwirte, Gewerbetreib. (kl. Betriebe)  
 09  selbst. Handwerker, Landwirte etc., Gewerbetreib. (gr. Betrieb.)  
 10  Akademiker, freie Berufe, größere Unternehmer  
 88  entfällt (siehe Punkt 5 bis 9 „Derzeitige Tätigkeit“)  
 99  unbekannt

11 Anzahl der Kinder in der gegenwärtigen Aufenthaltssfamilie:  
 (Es werden nur die Kinder gezählt, die gegenwärtig in der Aufenthaltssfamilie leben)  
 (99 = unbekannt) \_\_\_\_\_

12 Stellung in der Kinderreihe in der Aufenthaltssfamilie:  
 (Auch Kinder, die nicht/nicht mehr in der Aufenthaltssfamilie leben [z.B. ausgezogen], werden mitberücksichtigt)

1  Einzelkind  
 2  jüngstes Kind  
 3  mittleres Kind  
 4  ältestes Kind  
 9  unbekannt

**3. ANAMNESE (nur stationär/teilstationär)**

Nicht bearbeitet, da letzte Dokumentation weniger als 1/2 Jahr zurückliegt und sich keine Veränderungen ergeben haben  
 Aus anderen Gründen entfällt/nicht erhoben

**Komplikationen/Risikofaktoren** keine

<p>1 = nein, 2 = ja, 9 = unbekannt</p> <p>01 im Schwangerschaftsverlauf ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>                  02 im Geburtsverlauf ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>                  03 im postpartalen Verlauf ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>                  04 gravierende Mängel in der Betreuungssituation während der ersten beiden Lebensjahre 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>	<p>05 Geburtsgewicht                  1 <input type="checkbox"/> unter 1500 g                  2 <input type="checkbox"/> 1500 g - 2499 g                  3 <input type="checkbox"/> 2500 g - 4500 g                  4 <input type="checkbox"/> über 4500 g                  9 <input type="checkbox"/> unbekannt</p>
---	---

**Störungen der kindlichen Entwicklung** keine

1 = unauffällig, 2 = auffällig, 9 = entfällt/unbekannt

06 Motorik: auffällig = Laufen erst nach dem 18. Monat ..... 1  2  9   
 07 Sprache: auffällig = mit 18 Monaten (außer „Mama“ und „Papa“) nicht mehr als 4 Wörter ..... 1  2  9   
 08 Sauberkeit: auffällig = mit 4 Jahren tags und nachts noch nicht sauber und trocken ..... 1  2  9   
 09 Schwere Behinderungen oder Sinnesstörungen oder schwere chronische Erkrankungen (z.B. Asthma, Diabetes) mit Beginn oder während der Kindheit oder schwere Erkrankungen während der Kindheit mit Klinikaufenthalt (z.B. Tumoren, schwere Verletzungen) ..... 1  2  9



<b>Menses:</b>		<b>entfällt, da männlich</b>	
10 Menarche im Alter von (Lebensjahre):  <i>(88 = noch keine Menarche; 99 = unbekannt)</i>	_____	12 Sekundäre Amenorrhoe von mindestens 3 Monaten Dauer <i>(bei aktueller Pilleneinnahme wird hier 8 = entfällt angekreuzt)</i>	
11 Aktuelle Pilleneinnahme	1 <input type="checkbox"/> nein      2 <input type="checkbox"/> ja      9 <input type="checkbox"/> unbekannt	1 <input type="checkbox"/> nein 2 <input type="checkbox"/> ja (= sek. Amenorrhoe) 8 <input type="checkbox"/> entfällt (noch keine Menarche bzw. Pille) 9 <input type="checkbox"/> unbekannt	
		Falls sekundäre Amenorrhoe seit Monat _____ Jahr _____ <i>(88 = entfällt, 99 = unbekannt)</i>	
<b>Kindergarten:</b>		<b>entfällt, da niemals Kindergartenbesuch oder noch zu jung</b>	
13 Gegenwärtig besuchte (sozial)pädagogische Einrichtung:	14 Aktuelle oder frühere Störungen beim Besuch des Kindergartens/der Einrichtung <i>(1 = nein, 2 = ja, 9 = unbekannt)</i>		
1 <input type="checkbox"/> keine 2 <input type="checkbox"/> Krippe/Krabbelstube/Kindergarten/-hort 3 <input type="checkbox"/> Sonderkindergarten/-hort für Verhaltensgestörte oder Behinderte 8 <input type="checkbox"/> andere 9 <input type="checkbox"/> unbekannt	14.1 Trennungsangst ..... 1 <input type="checkbox"/> ..... 2 <input type="checkbox"/> ..... 9 <input type="checkbox"/> 14.2 Kontaktstörungen ..... 1 <input type="checkbox"/> ..... 2 <input type="checkbox"/> ..... 9 <input type="checkbox"/> 14.3 hypermotorisches Verhalten ..... 1 <input type="checkbox"/> ..... 2 <input type="checkbox"/> ..... 9 <input type="checkbox"/> 14.4 schlechtes Betragen/Aggression ... 1 <input type="checkbox"/> ..... 2 <input type="checkbox"/> ..... 9 <input type="checkbox"/> 14.5 andere: ..... 1 <input type="checkbox"/> ..... 2 <input type="checkbox"/> ..... 9 <input type="checkbox"/>		
<b>Schule:</b>		<b>entfällt, da noch nicht schulpflichtig</b>	
15 Einschulung:	17 Schulbesuch: <i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>		
1 <input type="checkbox"/> zeitgerecht 2 <input type="checkbox"/> vorzeitig 3 <input type="checkbox"/> zurückgestellt 9 <input type="checkbox"/> unbekannt	1 <input type="checkbox"/> regelrecht      4 <input type="checkbox"/> umgeschult* 2 <input type="checkbox"/> einmal wiederholt      6 <input type="checkbox"/> Abbruch/ausgeschult 3 <input type="checkbox"/> mehrmals wiederholt      9 <input type="checkbox"/> unbekannt		
16 Klasse Nr.: <i>(99 = entfällt)</i>	*„normale“ Schulwechsel z.B. von Grundschule auf Realschule und Wohnortwechsel werden nicht als „Umschulung“ gezählt).		
18 Gegenwärtig besuchte Schule: (Gesamtschule wenn möglich sinngemäß einstufen)	01 <input type="checkbox"/> Schulkindergarten/Vorklasse 02 <input type="checkbox"/> Grundschule 03 <input type="checkbox"/> schulformunabhängige Orientierungsstufe/Förderstufe 04 <input type="checkbox"/> Hauptschule 05 <input type="checkbox"/> Realschule 06 <input type="checkbox"/> Gymnasium 07 <input type="checkbox"/> Differenzierung schulbedingt nicht möglich, (z.B. Waldorfschule, integrierte Gesamtschule) 08 <input type="checkbox"/> Schule für Lernhilfe/Lernbehinderte/Förderschule	09 <input type="checkbox"/> Schule für praktisch Bildbare/geistig Behinderte 10 <input type="checkbox"/> Schule für Erziehungshilfe/Verhaltensgestörte 11 <input type="checkbox"/> andere Sonderschulen 12 <input type="checkbox"/> Fach-/Berufsfachschule 13 <input type="checkbox"/> Fachhochschule/Universität 14 <input type="checkbox"/> vorzeitig ausgeschult 15 <input type="checkbox"/> aus anderen Gründen kein Schulbesuch 16 <input type="checkbox"/> Schule regulär beendet 99 <input type="checkbox"/> unbekannt	
19 Höchster erreichter Schulabschluss:	5 <input type="checkbox"/> Abitur 6 <input type="checkbox"/> (Fach)Hochschule/Universität 8 <input type="checkbox"/> trifft alters- oder schulbedingt nicht zu 9 <input type="checkbox"/> unbekannt		
1 <input type="checkbox"/> kein Schulabschluss 2 <input type="checkbox"/> Sonderschule 3 <input type="checkbox"/> Hauptschule 4 <input type="checkbox"/> Realschule			
20 Schulbezogene Störungen: <i>(1 = nein, 2 = ja, 9 = unbekannt)</i>	21 Gegenwärtige Berufs-/Erwerbstätigkeit des Jugendlichen vor der jetzigen Aufnahme:		
20.1 schlechtes Betragen/Aggressionen ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 20.2 Leistungsstörungen ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 20.3 Kontaktstörungen ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 20.4 Konzentrationsstörungen ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 20.5 Hypermotorisches Verhalten ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 20.6 Schulschwänzen ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 20.7 Schulverweigerung/Schulphobie/Schulangst ... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 20.8 sonstige Schulstörungen ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> noch nicht erwerbstätig 2 <input type="checkbox"/> erwerbsunfähig 3 <input type="checkbox"/> arbeitslos 4 <input type="checkbox"/> in Haft 5 <input type="checkbox"/> Beschützende Werkstatt 6 <input type="checkbox"/> Förderlehrgang zur Erlangung der Berufsreife, Berufsvorbereitungsjahr und ähnliches 7 <input type="checkbox"/> Berufsausbildung/berufstätig 9 <input type="checkbox"/> unbekannt		
<b>Leibliche Eltern und Geschwister:</b>		<b>Information fehlt/unbekannt</b>	
22 Leibliche Mutter:	23 Leiblicher Vater:	24 Beziehungsstatus der leiblichen Eltern	
1 <input type="checkbox"/> lebt 2 <input type="checkbox"/> gestorben 9 <input type="checkbox"/> unbekannt	1 <input type="checkbox"/> lebt 2 <input type="checkbox"/> gestorben 9 <input type="checkbox"/> unbekannt	1 <input type="checkbox"/> leben zusammen      4 <input type="checkbox"/> haben nie zusammengelebt 2 <input type="checkbox"/> getrennt/geschieden      9 <input type="checkbox"/> unbekannt 3 <input type="checkbox"/> durch den Tod getrennt	
25 Zahl der leiblichen Geschwister (einschließlich Halbgeschwister):  <i>(99 = unbekannt)</i>	_____	26 Zwilling/Mehrling: 1 <input type="checkbox"/> nein      2 <input type="checkbox"/> ja      9 <input type="checkbox"/> unbekannt	
		27 Nur ausfüllen, falls Zwilling/Mehrling: 1 <input type="checkbox"/> eineiig      2 <input type="checkbox"/> zweieiig      9 <input type="checkbox"/> unbekannt	

**Familiäre Belastungen:** Information fehlt/unbekannt

(In jeder Spalte muß mindestens eine Nummer angekreuzt sein; in jeder Spalte sind Mehrfachnennungen möglich)

	28 leibl. Geschwister	29 leibl. Vater	30 leibl. Mutter
keine .....	01 <input type="checkbox"/>	01 <input type="checkbox"/>	01 <input type="checkbox"/>
Oligophrenien .....	02 <input type="checkbox"/>	02 <input type="checkbox"/>	02 <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden .....	03 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>
Schizophrenien .....	04 <input type="checkbox"/>	04 <input type="checkbox"/>	04 <input type="checkbox"/>
affektive Störungen (Depression/Manie) .....	05 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>
neurotische und psychosomatische Erkrankungen .....	06 <input type="checkbox"/>	06 <input type="checkbox"/>	06 <input type="checkbox"/>
hyperkinetisches Syndrom .....	07 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>
Legasthenie .....	08 <input type="checkbox"/>	08 <input type="checkbox"/>	08 <input type="checkbox"/>
suizidale Handlungen .....	09 <input type="checkbox"/>	09 <input type="checkbox"/>	09 <input type="checkbox"/>
Alkoholismus, Drogenmißbrauch .....	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
Kriminalität .....	11 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>
sonstige psychiatrische Erkrankungen .....	12 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
entfällt, da keine Geschwister .....	88 <input type="checkbox"/>		
keine Angaben, unbekannt .....	99 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

**4. SYMPTOMATIK (Marburger Symptomskalen)**  
 Nicht bearbeitet, da letzte Dokumentation weniger als 1/2 Jahr zurückliegt und sich keine Veränderungen ergeben haben   
 Aus anderen Gründen nicht untersucht

0 = nicht, 1 = minimal, 2 = leicht, 3 = deutlich, 4 = schwer

- 01 Dissoziale Verhaltensauffälligkeiten (Lügen, Betrügen, Stehlen, Schul- und Arbeitsschwänzen) ..... 0  1  2  3  4
- 02 Aggressivität (verbal, körperlich gegen Personen, Zerstörung von Sachen) ..... 0  1  2  3  4
- 03 Kontaktstörung (Scheu, Kontaktangst, sozialer Rückzug, Mutismus, emotionale Distanz) ..... 0  1  2  3  4
- 04 Angst (allgemeine Ängstlichkeit, spezifische Ängste) ..... 0  1  2  3  4
- 05 Verstimmung (Neigung zu Verstimmung, depressive und dysphorische Symptomatik) ..... 0  1  2  3  4
- 06 Mangelnde Leistungshaltung (gestörtes Arbeitsverhalten, Unselbständigkeit, mangelnde Leistungsmotivation) ..... 0  1  2  3  4
- 07 Übermäßige Leistungshaltung (übermäßige Leistungsmotivation, Perfektionismus, überangepaßtes Verhalten) ..... 0  1  2  3  4
- 08 Entwicklungsauffälligkeiten (Sprach- oder motorische Entwicklungsverzögerungen) ..... 0  1  2  3  4
- 09 Psychomotorische Symptome (Automutilation, Haare ausreißen, Kratzen, Reiben, Stereotypien, Knirschen, Knabbern, Lutschen, Tics u.ä.) ..... 0  1  2  3  4
- 10 Hyperaktive Symptome (Impulsivität, motorische Unruhe, Aufmerksamkeitsstörungen) ..... 0  1  2  3  4
- 11 Einnässen/Einkoten ..... 0  1  2  3  4
- 12 Körperliche Symptome I (Bauchbeschwerden, Kopfschmerzen, Schlafstörungen) ..... 0  1  2  3  4
- 13 Körperliche Symptome II (Allergien, Atrnungsstörungen, Hautaffektionen) ..... 0  1  2  3  4
- 14 Störungen im Eßverhalten (Unlust, Verweigerung, Erbrechen) ..... 0  1  2  3  4
- 15 Auffälligkeiten im Sprechfluß (Stottern, Poltern) ..... 0  1  2  3  4
- 16 Störungen im Realitätsbezug (Wahn, Halluzinationen, Depersonalisation, Derealisation, inhaltliche Denkstörungen) ..... 0  1  2  3  4
- 17 Zwangssymptome ..... 0  1  2  3  4
- 18 Suizidales Verhalten (Suizidgedanken, Suizidversuche) ..... 0  1  2  3  4
- 19 Auffälligkeiten im Sexualverhalten ..... keine Auffälligkeiten: 0  Auffälligkeiten vorhanden: 1
- 20 Drogen-/Alkoholmißbrauch ..... 0  1  2  3  4
- 21 Organische Krankheiten/Behinderungen/Verletzungen ..... 0  1  2  3  4
- 22 Sonstige (unter 01-21 nicht erfaßte Symptomatik): ..... 0  1  2  3  4

**5. KÖRPERMASSE**  
 Nicht bearbeitet, da letzte Dokumentation weniger als 1/2 Jahr zurückliegt und sich keine Veränderungen ergeben haben   
 Aus anderen Gründen nicht untersucht

- 01 bei Aufnahme:                      Gewicht in kg:                          Größe in cm:
  - 02 bei Entlassung:                      Gewicht in kg:                          Größe in cm:
- (999 = unbekannt)

**6. DIAGNOSEN**  
 Nicht bearbeitet, da letzte Dokumentation weniger als ½ Jahr zurückliegt und sich keine Veränderungen ergeben haben   
 Aus anderen Gründen Diagnose nicht gestellt

**I. Achse - Klinisch-psychiatrisches Syndrom** keine

1. Hauptdiagnose: ICD-10, 5-stellig: L<sup>F</sup> \_\_\_\_\_      Sicherheitsgrad:  sicher  unsicher

2. Diagnose: ICD-10, 5-stellig: L<sup>F</sup> \_\_\_\_\_      Sicherheitsgrad:  sicher  unsicher  
 (nur Komorbidität, keine Differentialdiagnose)

3. Diagnose: ICD-10, 5-stellig: L<sup>F</sup> \_\_\_\_\_      Sicherheitsgrad:  sicher  unsicher  
 (nur Komorbidität, keine Differentialdiagnose)

**II. Achse - Umschriebene Entwicklungsstörungen** keine  
 (Mehrfachnennungen möglich)

- F 80.0 Artikulationsstörung
- F 80.1 Expressive Sprachstörung
- F 80.2 Rezeptive Sprachstörung
- F 80.3 Erworbene Aphasie mit Epilepsie (Landau-Kleffner-Syndrom)
- F 80.8 Sonstige Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache
- F 80.9 Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache, nicht näher bezeichnet
  
- F 81.0 Lese- und Rechtschreibstörung
- F 81.1 Isolierte Rechtschreibstörung
- F 81.2 Rechenstörung
- F 81.8 Sonstige Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
- F 81.9 Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten, nicht näher bezeichnet
  
- F 82 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen
  
- F 88 Andere Entwicklungsstörungen
- F 89 Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung

**III. Achse - Intelligenzniveau**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1 <input type="checkbox"/> sehr hohe Intelligenz..... IQ &gt; 129</li> <li>2 <input type="checkbox"/> hohe Intelligenz..... IQ 115 - 129</li> <li>3 <input type="checkbox"/> durchschnittliche Intelligenz..... IQ 85 - 114</li> <li>4 <input type="checkbox"/> niedrige Intelligenz..... IQ 70 - 84</li> <li>5 <input type="checkbox"/> leichte Intelligenzminderung ..... IQ 50 - 69</li> <li>6 <input type="checkbox"/> mittelgradige Intelligenzminderung ... IQ 35 - 49</li> <li>7 <input type="checkbox"/> schwere Intelligenzminderung ..... IQ 20 - 34</li> <li>8 <input type="checkbox"/> schwerste Intelligenzminderung..... IQ &lt; 20</li> <li>9 <input type="checkbox"/> Intelligenzniveau nicht bekannt</li> </ul> | falls gemessen:<br><br>Testverfahren: _____<br>(Bei mehreren Tests das Hauptverfahren angeben)<br><br>IQ:            _____ |
|---|--|

**IV. Achse - Körperliche Symptomatik** keine  
 (Drei Klassifikationen möglich; die neurologische Diagnose an erster Stelle)

- 1. ICD-10, 5-stellig:    \_\_\_\_\_
- 2. ICD-10, 5-stellig:    \_\_\_\_\_
- 3. ICD-10, 5-stellig:    \_\_\_\_\_

V. Achse - Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände	keine
1 = unzutreffend, 2 = trifft zu, 8 = logisch nicht möglich; 9 = unbekannt	1 = unzutreffend, 2 = trifft zu, 8 = logisch nicht möglich; 9 = unbekannt
<b>1. Abnorme intrafamiliäre Beziehungen</b>	<b>6. Akute, belastende Lebensereignisse</b>
1.0 Mangel an Wärme i.d. Eltern-Kind-Beziehung ..1□ 2□ 8□ 9□	6.0 Verlust einer Liebes- oder engen Beziehung .... 1□ 2□ 8□ 9□
1.1 Disharmonie in der Familie zwischen den Erwachsenen ..... 1□ 2□ 8□ 9□	6.1 bedrohl. Umstände infolge von Fremdunterbringung ..... 1□ 2□ 8□ 9□
1.2 feindliche Ablehnung/Sündenbockzuweisung gegenüber Kind ..... 1□ 2□ 8□ 9□	6.2 negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder ..... 1□ 2□ 8□ 9□
1.3 körperliche Kindesmißhandlung ..... 1□ 2□ 8□ 9□	6.3 Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen ..... 1□ 2□ 8□ 9□
1.4 sexueller Mißbrauch (innerhalb der Familie) ..... 1□ 2□ 8□ 9□	6.4 sexueller Mißbrauch (außerhalb der Familie) ... 1□ 2□ 8□ 9□
1.8 andere ..... 1□ 2□ 8□ 9□	6.5 unmittelbare, beängstigende Erlebnisse ..... 1□ 2□ 8□ 9□
<b>2. Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie</b>	6.8 andere ..... 1□ 2□ 8□ 9□
2.0 psychische Störung/abweichendes Verhalten eines Elternteils ..... 1□ 2□ 8□ 9□	<b>7. Gesellschaftliche Belastungsfaktoren</b>
2.1 Behinderung eines Elternteils ..... 1□ 2□ 8□ 9□	7.0 Verfolgung oder Diskriminierung ..... 1□ 2□ 8□ 9□
2.2 Behinderung der Geschwister ..... 1□ 2□ 8□ 9□	7.1 Migration oder soziale Verpflanzung ..... 1□ 2□ 8□ 9□
2.8 andere ..... 1□ 2□ 8□ 9□	7.8 andere ..... 1□ 2□ 8□ 9□
<b>3. Inadäquate/verzerrte Intrafamiliäre Kommunikation</b> ..... 1□ 2□ 8□ 9□	<b>8. Chronische Belastung im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit</b>
<b>4. Abnorme Erziehungsbedingungen</b>	8.0 abnorme Streitbeziehungen mit Schülern/ Mitarbeitern ..... 1□ 2□ 8□ 9□
4.0 elterliche Überfürsorge ..... 1□ 2□ 8□ 9□	8.1 Sündenbockzuweisung durch Lehrer/Ausbilder 1□ 2□ 8□ 9□
4.1 unzureichende elterliche Aufsicht/Steuerung .... 1□ 2□ 8□ 9□	8.2 allgem. Unruhe in Schule/Arbeitssituation ..... 1□ 2□ 8□ 9□
4.2 Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt ..... 1□ 2□ 8□ 9□	8.8 andere ..... 1□ 2□ 8□ 9□
4.3 unangemessene Anforderungen/Nötigungen durch Eltern ..... 1□ 2□ 8□ 9□	<b>9. Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes</b>
4.8 andere ..... 1□ 2□ 8□ 9□	9.0 institutionelle Erziehung ..... 1□ 2□ 8□ 9□
<b>5. Abnorme unmittelbare Umgebung</b>	9.1 bedrohliche Umstände infolge von Fremdunterbringung ..... 1□ 2□ 8□ 9□
5.0 Erziehung in einer Institution ..... 1□ 2□ 8□ 9□	9.2 abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen ..... 1□ 2□ 8□ 9□
5.1 abweichende Elternsituation ..... 1□ 2□ 8□ 9□	9.8 andere ..... 1□ 2□ 8□ 9□
5.2 isolierte Familie ..... 1□ 2□ 8□ 9□	
5.3 Lebensbed. mit mögl. psychosoz. Gefährdung . 1□ 2□ 8□ 9□	
5.8 andere ..... 1□ 2□ 8□ 9□	

**VI. Achse - Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (in den letzten 6 Monaten vor Aufnahme)**

- 0□ hervorragende/gute soziale Anpassung
- 1□ befriedigende soziale Anpassung
- 2□ leichte soziale Beeinträchtigung
- 3□ mäßige soziale Beeinträchtigung
- 4□ deutliche soziale Beeinträchtigung
- 5□ deutliche und übergreifende (durchgängige) soziale Beeinträchtigung
- 6□ tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung
- 7□ braucht beträchtliche Betreuung
- 8□ braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung)
- 9□ Information fehlt

**Diagnosenergänzende Liste**

(Mehrfachnennungen möglich)

- 1□ Suizidversuch
- 2□ selbstverletzendes Verhalten
- 3□ Adoleszentenkrise
- 4□ Delinquenz
- 5 Nur ausfüllen bei Schizophrenie:  
Erste Krankheitsperiode? 1□ nein 2□ ja 9□ unbekannt

7. THERAPIE		entfällt/keine, nur Diagnostik <input type="checkbox"/>						
<b>1 Psychotherapeutische Verfahren beim Kind:</b>		keine						
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>		keine	1-2	Anzahl der Sitzungen			26-50	>50
				3-5	6-10	11-25		
1.1	tiefenpsychologisch fundierte Gesprächstherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
1.2	tiefenpsychologisch fundierte Spieltherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
1.3	Verhaltenstherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
1.4	klientenzentrierte Gesprächstherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
1.5	klientenzentrierte Spieltherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
1.6	Entspannungsverfahren	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
1.7	andere psychotherapeutische Verfahren	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
1.8	Durchführungssetting der psychotherapeutischen Verfahren beim Kind:							
	1 <input type="checkbox"/> nur Einzeltherapie							
	2 <input type="checkbox"/> Einzel- und Gruppentherapie							
	3 <input type="checkbox"/> nur Gruppentherapie							
<b>2 Beratungen und Behandlungen bei (Ersatz-)Eltern/Familie:</b>		keine						
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>		keine	1-2	Anzahl der Sitzungen			26-50	>50
				3-5	6-10	11-25		
2.1	Eltern- u. Familienberatung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
2.2	Anleitende psychoedukative Eltern-/Familienarbeit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
2.3	Familientherapie/systemische Therapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
2.4	patientenbezogene Elterntherapie (ein Elternteil oder beide)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
2.5	Elterngruppe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
2.8	andere	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
<b>3 Weitere Therapien:</b>		keine						
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>		keine	1-2	Anzahl der Sitzungen			26-50	>50
				3-5	6-10	11-25		
3.1	Ergo-/Beschäftigungs-/Arbeitstherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
3.2	Heilpädagogik	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
3.3	Krankengymnastik/Bewegungs-/ Moto-/Physiotherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
3.4	Logopädie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
3.5	Kunst-/Musiktherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
3.6	Sensomotorisches Training, Teilleistungstraining	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
3.7	Ernährungsberatung und -therapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
3.8	andere	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
<b>4 Medikamentöse Therapie:</b>		keine						
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>		keine	wirksame Medikation ohne besondere Probleme		mangelnde Wirkung/Therapieresistenz		erheblich unerwünschte Arzneimittelwirkungen	
4.01	Neuroleptika (außer 4.02)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
4.02	atypische Neuroleptika	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
4.03	Antidepressiva (außer 4.04)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
4.04	SSRI	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
4.05	Lithium	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
4.06	Carbamazepin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
4.07	andere Antikonvulsiva	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
4.08	Tranquilizer/hypnotika	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
4.09	Stimulanzien	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
4.10	Antiparkinsonmittel (z.B. gegen neuroleptische Nebenwirkungen)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
4.11	andere Psychopharmaka	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
4.12	medikament. Behandlung gravierender somat. Erkrankungen	1 <input type="checkbox"/> nein	2 <input type="checkbox"/> ja:					
<b>5 Soziotherapeutische Maßnahmen:</b>		keine						
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>		1 = nein, 2 = ja						
5.1	Organisatorische Maßnahmen (z.B. Suche nach geeigneten Einrichtungen; Finanzierung von Maßnahmen)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>					
5.2	Beratungen von Kindergarten/Schule	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>					
5.3	Beratungen von Heimen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>					
5.4	Beratungen sozialer Dienste/Jugendämter	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>					
5.5	Helferkonferenz/Teilnahme an Hilfeplangesprächen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>					
5.6	Beratungen von anderen Therapeuten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>					
5.7	Hausbesuche/Home-treatment	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>					
5.8	Sonstiges	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>					
<b>6 Beschulung während stationärer Behandlung:</b>		keine						
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>								
		1 <input type="checkbox"/> kein Schulbesuch während der stationären Behandlung						
		2 <input type="checkbox"/> Besuch der Klinikschule/Klinikunterricht						
		3 <input type="checkbox"/> Besuch einer externen Schule						
		8 <input type="checkbox"/> entfällt, da keine stationäre Behandlung						

**8. ENDE DER BEHANDLUNG** entfällt, da keine Behandlung ■

<p>1 Ende der Untersuchung/Behandlung:</p> <p>Datum:                    _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _</p> <hr/> <p>2 Art der Beendigung:</p> <p>1 <input type="checkbox"/> regulär</p> <p>2 <input type="checkbox"/> vorzeitige Beendigung (Abbruch) durch Patienten/Eltern</p> <p>3 <input type="checkbox"/> vorzeitige Beendigung durch Behandler</p>	<p>Einschätzung der Kooperation von:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>3 Eltern/ Bezugspersonen:</p> <p>1 <input type="checkbox"/> gut</p> <p>2 <input type="checkbox"/> mäßig gut</p> <p>3 <input type="checkbox"/> schwach</p> <p>4 <input type="checkbox"/> schlecht</p> <p>8 <input type="checkbox"/> trifft nicht zu/entfällt</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>4 Patient(in) (unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes):</p> <p>1 <input type="checkbox"/> gut</p> <p>2 <input type="checkbox"/> mäßig gut</p> <p>3 <input type="checkbox"/> schwach</p> <p>4 <input type="checkbox"/> schlecht</p> <p>8 <input type="checkbox"/> trifft nicht zu/entfällt</p> </td> </tr> </table>	<p>3 Eltern/ Bezugspersonen:</p> <p>1 <input type="checkbox"/> gut</p> <p>2 <input type="checkbox"/> mäßig gut</p> <p>3 <input type="checkbox"/> schwach</p> <p>4 <input type="checkbox"/> schlecht</p> <p>8 <input type="checkbox"/> trifft nicht zu/entfällt</p>	<p>4 Patient(in) (unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes):</p> <p>1 <input type="checkbox"/> gut</p> <p>2 <input type="checkbox"/> mäßig gut</p> <p>3 <input type="checkbox"/> schwach</p> <p>4 <input type="checkbox"/> schlecht</p> <p>8 <input type="checkbox"/> trifft nicht zu/entfällt</p>
<p>3 Eltern/ Bezugspersonen:</p> <p>1 <input type="checkbox"/> gut</p> <p>2 <input type="checkbox"/> mäßig gut</p> <p>3 <input type="checkbox"/> schwach</p> <p>4 <input type="checkbox"/> schlecht</p> <p>8 <input type="checkbox"/> trifft nicht zu/entfällt</p>	<p>4 Patient(in) (unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes):</p> <p>1 <input type="checkbox"/> gut</p> <p>2 <input type="checkbox"/> mäßig gut</p> <p>3 <input type="checkbox"/> schwach</p> <p>4 <input type="checkbox"/> schlecht</p> <p>8 <input type="checkbox"/> trifft nicht zu/entfällt</p>		

**9. BEHANDLUNGSERGEBNIS** entfällt, da keine Behandlung ■

<p>1 Einschätzung des Behandlungserfolgs bezüglich der Symptomatik:</p> <p>1 <input type="checkbox"/> völlig gebessert</p> <p>2 <input type="checkbox"/> deutlich gebessert</p> <p>3 <input type="checkbox"/> etwas gebessert</p> <p>4 <input type="checkbox"/> unverändert</p> <p>5 <input type="checkbox"/> verschlechtert</p> <p>9 <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar</p>	<p>2 Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung, Achse VI bei Behandlungsende:</p> <p>0 <input type="checkbox"/> hervorragende/gute soziale Anpassung</p> <p>1 <input type="checkbox"/> befriedigende soziale Anpassung</p> <p>2 <input type="checkbox"/> leichte soziale Beeinträchtigung</p> <p>3 <input type="checkbox"/> mäßige soziale Beeinträchtigung</p> <p>4 <input type="checkbox"/> deutliche soziale Beeinträchtigung</p> <p>5 <input type="checkbox"/> deutliche und übergreif. (durchgängige) soz. Beeinträchtigung</p> <p>6 <input type="checkbox"/> tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung</p> <p>7 <input type="checkbox"/> braucht beträchtliche Betreuung</p> <p>8 <input type="checkbox"/> braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung)</p> <p>9 <input type="checkbox"/> Information fehlt</p>
--	--

**10. EMPFOHLENE WEITERBEHANDLUNG/MASSNAHMEN** entfällt/keine weiteren Maßnahmen erforderlich ■

<p><b>1 Weiterbehandlung:</b> <span style="float: right;">keine ■</span></p> <p><small>1 = keine, 2 = ist indiziert/empfohlen oder wird bereits durchgeführt, 3 = veranlaßt/eingeleitet (Mehrfachnennungen möglich)</small></p> <p><i>kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung:</i></p> <p>1.01 ambulant ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1.02 teilstationär ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1.03 stationär ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p><i>psychiatrische Behandlung:</i></p> <p>1.04 ambulant ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1.05 stationär ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p><i>andere medizinische Behandlung:</i></p> <p>1.06 ambulant ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1.07 stationär ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1.08 Pharmakotherapie ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p><i>ambulante Therapieformen:</i></p> <p>1.09 Familientherapie ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1.10 analytische/tiefenpsychologische Therapie ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1.11 Verhaltenstherapie ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1.12 klientenzentrierte Therapie ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1.13 Ergotherapie ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1.14 Gruppentherapie ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1.15 Elterntherapie ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>1.16 andere ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p>	<p><b>2 Hilfen nach KJHG:</b> <span style="float: right;">keine ■</span></p> <p><small>1 = keine, 2 = ist indiziert/empfohlen oder wird bereits durchgeführt, 3 = veranlaßt/eingeleitet (Mehrfachnennungen möglich)</small></p> <p>2.01 Tagespflege (§23) ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>2.02 Erziehungsberatung (§28) ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>2.03 soziale Gruppenarbeit (§29) ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>2.04 Erziehungsbeistand, Betreuungshelfer (§20) ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>2.05 sozialpädagogische Familienhilfe (§31) ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>2.06 Erziehung in einer Tagesgruppe (§32) ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>2.07 Vollzeitpflege (§33) ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>2.08 Heimerziehung betreute Wohnformen (§34) ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>2.09 Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung (§35) ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>2.10 Eingliederungshilfe (§35a) ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>2.11 Hilfe für junge Volljährige (§41) ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>2.12 Inobhutnahme (§42) ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>2.13 Herausnahme ohne Zustimmung des Personensorgeberechtigten (§43) ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p>
<p><b>3 Außerhäusliche Unterbringung:</b> <span style="float: right;">keine ■</span></p> <p><small>1 = keine, 2 = ist indiziert/empfohlen oder wird bereits durchgeführt, 3 = veranlaßt/eingeleitet (Mehrfachnennungen möglich)</small></p> <p>3.1 Tagesstätte ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>3.2 Heim/betreute Wohngruppe ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>3.3 therapeutisches Heim/Wohngruppe ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>3.4 Internat ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>3.5 Pflegestelle/Adoption ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p>	<p><b>4 Pädagogische Maßnahmen/Schule:</b> <span style="float: right;">keine ■</span></p> <p><small>1 = keine, 2 = ist indiziert/empfohlen oder wird bereits durchgeführt, 3 = veranlaßt/eingeleitet (Mehrfachnennungen möglich)</small></p> <p>4.1 Sonderpädagogik/Förderung ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4.2 Kindergarten/Hort ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4.3 Rückversetzung ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Umschulung in:</p> <p>4.4 Haupt-/Real-/Gesamtschule/Gymnasium ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4.5 Schule für Lernhilfe/Lernbehinderte ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4.6 Schule für praktisch Bildbare/geistig Behinderte .. 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4.7 Schule für Erziehungshilfe/Verhaltensgestörte ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4.8 sonstige Sonderschulen ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4.9 Werkstatt für Behinderte ..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p>

## 8.2 Abbildungsverzeichnis

Figur 1: Vom Adoptionsdreieck zum Adoptionsviereck (aus Smentek)

Figur 2: Das Adoptionsparadigma nach Cadoret

Diagramm 1: Entwicklung der Adoptionszahlen zwischen 1967 und 2003

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

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

Diagramm 4: Verhältnis der Fremd- zu den Verwandtenadoptionen

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

Diagramm 6: Geschlechterverteilung bei den Adoptierten

Diagramm 7: Alter der Adoptierten bei erster Vorstellung in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters in Marburg (in Prozent)

Diagramm 8: Vergleich zwischen männlichen und weiblichen Patienten hinsichtlich des Alters bei erster Vorstellung in der Klinik (in Prozent)

Diagramm 9: Art der Unterbringung vor der Adoption (in Prozent)

Diagramm 10: Herkunftsländer der Adoptierten (in Prozent)

Diagramm 11: Anteil der Auslandsadoptionen 1983 bis 2000

Diagramm 12: Beruf des Adoptivvaters (in Prozent)

Diagramm 13: Vergleich Beruf des Adoptivvaters bei Fremd- und Verwandtenadoptionen (in Prozent, bezogen auf die Anzahl der jeweiligen Gruppe)

Diagramm 14: Zahl der Erstvorstellung pro Jahr 1982 bis 2000 (absolute Zahlen)

Diagramm 15: Art der Vorstellung (in Prozent)

Diagramm 16: Hauptdiagnose nach ICD-10 (F0 – F9; in Prozent)

Diagramm 17: Hauptdiagnose ICD-10-Gruppe F9 (in Prozent)

Diagramm 18: 1. Nebendiagnose nach ICD-10 (F0 – F9) falls vorhanden (in Prozent)

Diagramm 19: Alter bei Erstvorstellung bei den Fremdadoptierten (absolute Zahlen)

Diagramm 20: Alter bei Erstvorstellung bei den Verwandtenadoptierten (absolute Zahlen)

Diagramm 21: Vorstellungsfrequenz der Patienten in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und des Jugendalters 1983 bis 2000 (absolute Zahlen)

Diagramm 22: Geschlechterverteilung der Inanspruchnahmepatienten

Diagramm 23: Vergleich der Diagnosen der ICD-10-Gruppe F9 (detailliert) zwischen den Inanspruchnahmepatienten und den Adoptierten (in Prozent)

### 8.3 Tabellenverzeichnis

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

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

Tabelle 2: Vorstellungshäufigkeiten von Adoptierten in psychiatrischen Einrichtungen



Tabelle 3: Vergleich der Diagnosen der ICD-10-Gruppe F0 – F9 bei den weiblichen und männlichen Adoptierten (in Prozent)

Tabelle 4: Vergleich der Diagnosen der ICD-10-Gruppen F0 – F9 bei den Fremd- und Verwandtadoptionen (in Prozent)

Tabelle 5: Vergleich der Diagnosen der ICD-10-Gruppe F9 bei den Fremd- und Verwandtadoptionen (in Prozent; in Klammern jeweils bezogen auf die Gesamtzahl F9)

Tabelle 6: Vergleich der Diagnosen der ICD-10-Gruppen F0 – F9 bei erfolgter Adoption innerhalb der ersten sechs Lebensmonate oder nach dem sechsten Lebensmonat (in Prozent)

Tabelle 7: Vergleich der Diagnosen der ICD-10-Gruppe F9 bei erfolgter Adoption innerhalb der ersten sechs Lebensmonate oder nach dem sechsten Lebensmonat (in Prozent; in Klammern jeweils bezogen auf die Gesamtzahl F9)

Tabelle 8: Vergleich der Diagnosen der ICD-10-Gruppen F0 – F9 bei erfolgter Adoption vor oder nach dem dritten Geburtstag (in Prozent)

Tabelle 9: Vergleich der Diagnosen der ICD-10-Gruppe F9 bei erfolgter Adoption vor oder nach dem dritten Geburtstag (in Prozent; in Klammern jeweils bezogen auf die Gesamtzahl F9)

Tabelle 10: Diagnosen nach ICD-10 (F0 – F9) bei den Inanspruchnahmepatienten (IAP)

Tabelle 11: Vergleich der Diagnosen der ICD-10-Gruppen F0 – F9 zwischen den Inanspruchnahmepatienten und den Adoptierten (in Prozent)

Tabelle 12: Vergleich der Diagnosen der ICD-10-Gruppe F9 zwischen den Inanspruchnahmepatienten und den Adoptierten (in Prozent)

Tabelle 13: Vergleich der Diagnosen der ICD-10-Gruppen F0 – F9 zwischen den Inanspruchnahmepatienten und den Adoptierten bei verschiedenen Adoptionszeitpunkten (in Prozent)

Tabelle 14: Vergleich der Diagnosen der ICD-10-Gruppe F9 zwischen den Inanspruchnahmepatienten und den Adoptierten bei verschiedenen Adoptionszeitpunkten (in Prozent)

Tabelle 15: Intelligenz bei den Adoptierten (in Prozent)

#### 8.4 Verzeichnis der akademischen Lehrer

Meine akademischen Lehrer waren die Damen und Herren:

a) In Marburg

Arnold, Aumüller, Bach, Barth, Basler, Baum, Becker, Behr, Beyer, Bien, Cetin, Christ, Christiansen, Czubayko, Daut, Eilers, Elert, Engel, Engenhardt-Cabillic, Feuser, Feiber, Fruhstorfer, Geks, Gemsa, Geus, Görg C., Görg K., Gotzen, Griss, Grzeschick, Gudermann, Hamer, Happle, Hasilik, Hebebrand, Heeg, Hellinger, Hesse, Höffken, Hörle, Hofmann, Holst, Kalder J., Kalder M., Kaluza, Kern, Klenk, Klose, König, Koolmann, Kretschmer, Krieg, Kroll, Kuhn, Kühnert, Lammel, Lang, Lange, Leonhardt, Lill, Lohoff, Maisch, Mann, Moll, Moosdorfer, Mueller, Mutters, Neubauer, Oertel, Olbert, Pfeiffer, Printz, Renschmidt, Renz, Richter, Ritter, Röhm, Rothmund, Schäfer, Schmidt, Schnabel, Seitz, Schnüffel, Schwarz, Schwerek, Seyberth, Simon, Steininger, Stiletto, Suske, Töllner, Varga, Vedder, Vogelmeier, Voigt, Wagner H.-J., Wagner U., Walthers, Weihe, Werner, Westermann, Wulf

b) In Kassel

Tegtmeyer, Konermann

c) In Curitiba (Brasilien)

Tambara Filho

d) In Birmingham (Großbritannien)

Geh, Spooner, Stevens

### 8.5 Danksagung

Zuerst danke ich Professor Dr. Hebebrand für das interessante Thema, die gute Unterstützung und die Geduld beim Beenden dieser Arbeit.

Ein weiteres Dankeschön geht an Professor Dr. Dr. Remschmidt dafür, dass ich diese Arbeit an seiner Klinik fertig stellen durfte und er mir die nötigen Mittel zur Verfügung gestellt hat.

Ein großes Dankeschön geht auch an die Mitarbeiterinnen im EEG der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und des Jugendalters für die exzellente Unterstützung beim Heraussuchen der Krankengeschichten aus dem Archiv. Auch Frau Krüger und Frau Dr. Heinz-Gutenbrunner möchte ich für die große Hilfsbereitschaft danken.

Thomas, ohne Dich wäre das ganze Projekt Promotion von Anfang an gescheitert! Danke für Deine Liebe, Geduld und dass Du mir das Medium Computer näher gebracht hast. Ich liebe Dich!

Meinen Eltern und meiner Schwester danke ich, die mir während dieses langen Studiums immer unterstützend zur Seite gestanden haben und immer daran geglaubt haben, dass ich das schaffen kann.

Katja, Stefanie, Thomas und Benjamin, die meine Hochs und Tiefs während dieser Arbeit mit getragen haben und mir moralisch und praktisch immer geholfen haben.

Stephanie, die neben ihrem stressigen Job die Arbeit noch Korrektur gelesen hat.

Meinem besten Freund und Retter Jesus Christus, ohne den ich nicht leben könnte und ohne den ich nie dort wäre, wo ich nun bin!