

Brinich, Paul M. und Brinich, Evelin B.

Adoption und Adaptation - Ein Bericht aus den U.S.A./Kalifornien

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 32 (1983) 1, S. 21-26

urn:nbn:de:bsz-psydok-29511

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Praxis und Forschung

<i>Bauers, W.:</i> Familientherapie bei stationärer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Family Therapy in Connection with Clinical Psychotherapy for Children and Teenager)	224
<i>Buddeberg, B.:</i> Kinder mißhandelter Frauen – Struktur und Dynamik von Mißhandlungsfamilien (Children of Battered Wives – Structure and Psychodynamics of Violent Families)	273
<i>Büttner, M.:</i> Legasthenie – Langzeitverlauf einer Teilleistungsschwäche (Congenital Alexia – A Long Time Procedure)	45
<i>Castell, R., Benka, G., Hoffmann, I.:</i> Prognose enkopretischer Kinder bei stationärer Behandlung (Prognosis of Encopretic Children after Therapy on a Ward for Psychosomatic Diseases)	93
<i>Dellisch, H.:</i> Das symbiotisch-psychotische Syndrom (M.S. Mahler) (The Symbiotic Psychotic Syndrome According to M.S. Mahler)	305
<i>Diepold, B.:</i> Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Childhood Eating Disorders)	298
<i>Fries, A.:</i> Sprachstörungen und visuelle Wahrnehmungsfähigkeit (Speech Disorders and the Act of Visual Perceiving)	132
<i>Gehring, Th.M.:</i> Zur diagnostischen Bedeutung des systemorientierten Familienerstinterviews in der ambulanten Kinderpsychiatrie (The Relevance of Systemorientated Initial Family Interview for Diagnosis in Ambulant Child Psychiatry)	218
<i>Geuss, H.:</i> Ursachen der Wirksamkeit Tachistiskopischer Trainings bei Schreib-/Leseschwäche (Tachistoscopic Trainings with Dyslectic Children: Mechanism of Efficiency)	37
<i>Glanzer, O.:</i> Zur kombinierten Behandlung eines 12-jährigen mit dem Sceno-Material und dem Katathymen Bilderleben (Combined Treatment of a Twelve-Year-Old with Sceno-Test Methods and Guide Affective Imagery)	95
<i>Kind, J.:</i> Beitrag zur Psychodynamik der Trichotillomanie (Contribution to the Psychodynamic of Trichotillomania)	53
<i>Klessmann, E., Klessmann, H.-A.:</i> Anorexia nervosa – eine therapeutische Beziehungsfalle? (Anorexia nervosa – A Therapeutical Double Bind)	257
<i>Klosinski, G.:</i> Psychotherapeutische Team- und Elternberatung leukosekranker Kinder während der Behandlung unter Isolationsbedingungen (Psychotherapeutic Team-Consultation including the Parents of Leukosis Children Treated under Conditions of Isolation)	245
<i>Lehmkuhl, G., Eisert, H.G.:</i> Audiovisuelle Verfahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten (Audio-Visual Methods in Psychiatric Treatment of Children and Juveniles: Diagnostic and Therapeutic Opportunities)	293
<i>Lempp, R.:</i> Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem Klinikum: Aufgaben – Bedürfnisse – Probleme (Child-Guidance-Sections in a Clinical Center: Tasks – Needs – Problems)	161
<i>Meier, F., Land, H.:</i> Anwendung und Prozeßevaluation eines Selbstkontrollprogramms bei Enuresis diurna (Use and Process Evaluation of a Self-Control-Program in Case of Diurnal Enuresis)	181
<i>Merkens, L.:</i> Basale Lernprozesse zur Förderung der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit bei Autismus, hirnorganischen Schädigungen und sensorisch-motorischen Deprivationen (Basic Training Processes for the Development of Visual Perception with Autism, Organic Brain Damage, and Sensorimotor Deprivation)	4
<i>Neeral, T., Meyer, A., Brähler, E.:</i> Zur Anwendung des GT-Paartests in der Familiendiagnostik (The Application of the „Gießen Test for Couples“ in Family Therapy)	278

<i>Neumann, J., Brintzinger-v. Köckritz, I., Leidig, E.:</i> Tussis hysterica – Beschreibung eines ungewöhnlichen Symptoms (Tussis hysterica – Case Description of an Unusual Symptom)	206
<i>Pauls, H.:</i> Rollenübernahmefähigkeit und neurotische Störung bei 10- bis 12jährigen Kindern – Eine Korrelationsstudie (Role-taking-ability and Neurotic Disturbances with Children Aged between 10 and 12 Years – A Study of Correlation)	252
<i>Paulsen, S.:</i> Die Familie und ihr zweites Kind – Erwartungen der Eltern während der Schwangerschaft (The Family and the Second Child – Expectations of the Parents during Pregnancy)	237
<i>Peltonen, R., Fedor-Freybergh, P., Peltonen, T.:</i> Psychopathologische Dynamik nach der Schwangerschaftunterbrechung oder das „Niobe-Syndrom“ der modernen Zeit (Psychopathological Dynamics after Procured Abortion or the Modern Niobe-Syndrome)	125
<i>Perinelli, K., Günther, Ch.:</i> Unverarbeitete Trauer in Familien mit einem psychosomatisch kranken Kind (The Role of a Disturbed Mourning Process in Psychosomatic Families)	89
<i>Saloga, H. W.:</i> Probleme des elektiven Mutismus bei Jugendlichen (Problems of Adolescent Elective Mutism)	128
<i>Schmidtchen, St., Bonhoff, S., Fischer, K., Lilienthal, C.:</i> Das Bild der Erziehungsberatungsstelle in der Öffentlichkeit und aus der Sicht von Klienten und Beratern (The Image of Child-Guidance Clinics among Members of the Public, Clients and Counselors)	166
<i>Schönke, M.:</i> Diagnose des sozialen Lebensraumes im Psychodrama (Diagnosis of Social Life Space in Psychodrama)	213
<i>Steber, M., Corboz, R.:</i> Zusammenhänge zwischen Geschwisterposition und Intelligenz sowie Persönlichkeit bei verhaltensauffälligen Kindern (Relations between Birth Order, Intelligence and Personality in Children with Problem Behavior)	67
<i>Steinhausen, H.-Ch.:</i> Elterliche Bewertung der Therapie und des Verlaufs bei kinderpsychiatrischen Störungen (Parental Evaluation of Therapy and Course of Child Psychiatric Disorders)	11
<i>Steinhausen, H.-Ch.:</i> Die elterliche Zufriedenheit mit den Leistungen und Erfahrungen im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik (Parental Satisfaction in an Outpatient Child-Psychiatric-Clinic)	286
<i>Sturzbecher, K.:</i> Geschwisterkonstellation und elterliche Unterstützung oder Strenge (Sibling Configurations and Parental Support or Severity)	57
<i>Voll, R., Allehoff, W.-H., Schmidt, M. H.:</i> Fernsehkonsum, Lesegewohnheiten und psychiatrische Auffälligkeit bei achtjährigen Kindern (TV-Konsum, Reading Practice and Child Psychiatric Disorder in eight-year-old Children)	193
<i>Wiesse, J.:</i> Zur Funktion der Regression in der Adoleszenz (On the Function of Regression in Adolescence)	1

Pädagogik und Jugendhilfe

<i>Dellisch, H.:</i> Auswirkungen der Charakterstruktur in der Schule (Effects of Personality Structures in School)	76
<i>Ertle, Ch.:</i> Psychoanalytische Anmerkungen zum Handeln des Lehrers (A Psychoanalytical Approach to the Teaching of Behaviorally Disturbed Children)	150
<i>Hagleitner, L.:</i> Der sogenannte Animismus beim Kind (Child Animism)	261
<i>Hobrücker, B.:</i> Die Persönlichkeit von Jugendlichen mit Suizidhandlungen: Stichprobenvergleich und Klassifikation (The Personality of Adolescents with Parasuicides: Comparison of Samples and Taxonomic Klassifikation)	105

<i>Lauth, G.</i> : Erfassung problemlöserrelevanter Kognitionen bei Kindern (Assessment of Childrens Problemsolving Skills) . .	142
<i>Schulteis, J. R.</i> : Hat der Begriff verhaltensgestört unterschiedliche Dimensionen? (What does the Term Behaviorally Disturbed Mean according to Different Points of View) . .	16
<i>Will, H.</i> : Zur Tätigkeit und Ausbildung von Diplom-Psychologen in der Heimerziehung (Employment and Training of Certified Psychologists in Institutional Education)	71

Berichte aus dem Ausland

<i>Brinich, P. M., Brinich, E. B.</i> : Adoption und Adaption (Adoption and Adaption)	21
<i>Martin, P., Diehl, M.</i> : Die Einweisung in ein „Mental Health Institute“ als kritisches Lebensereignis – Aspekte der kognitiven Repräsentanz (Admission into a Mental Health Institute)	26

Tagungsberichte

<i>Remschmidt, H.</i> : Bericht über den VII. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 4.–8. Juli in Lausanne	312
<i>Schmidt, M. H.</i> : Bericht über die 18. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 9.–11. Mai in Marburg	310
<i>Sellschopp, A., Häberle, H.</i> : Bericht über die zweite Arbeitstagung für Ärzte und Psychologen in der onkologischen Pädiatrie	114
<i>Steinhausen, H.-Cb.</i> : Bericht über den Second World Congress of Infant Psychiatry vom 29.3.–1.4. 1983 in Cannes, Frankreich	186

Kurzberichte

<i>Hargens, J.</i> : Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Hand-	
---	--

lungsmöglichkeiten: Eine Erwiderung zu Leistikows „Wechselwirkungsmodell ...“	82
<i>Leistikow, J.</i> : Stellungnahme zu „Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Handlungsmöglichkeiten“ von Jürgen Hargens	85
In memoriam Heinz-Walter Löwenau	117
Gerhard Nissen zum 60. Geburtstag	233
Reinhart Lempp zum 60. Geburtstag	267
Hellmut Ruprecht – 80 Jahre	315

Literaturberichte: Buchbesprechungen

<i>Häfner, H. (Hrsg.)</i> : Forschungen für die seelische Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Forschung und ihrer Probleme in der Bundesrepublik Deutschland	233
<i>Hauschild, Th.</i> : Der böse Blick	157
<i>Kornmann, R., Meister, H., Schlee, J. (Hrsg.)</i> : Förderungs-Diagnostik. Konzept und Realisierungsmöglichkeiten	187
<i>Leber, A. (Hrsg.)</i> : Heilpädagogik	157
<i>Mandl, H., Huber, L. (Hrsg.)</i> : Emotion und Kognition	269
<i>Mertens, W. (Hrsg.)</i> : Psychoanalyse: ein Handbuch in Schlüsselbegriffen	317
<i>Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hrsg.)</i> : Studien zur Kinderpsychoanalyse. Jb. I und II.	234
<i>Schneider, H.</i> : Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses	268
<i>Zimmer, D. (Hrsg.)</i> : Die therapeutische Beziehung. Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien der Gestaltung	316

Mitteilungen: 34, 86, 116, 158, 188, 235, 270, 318

Adoption und Adaptation

Ein Bericht aus den U.S.A./Kalifornien

Von Paul M. Brinich und Evelin B. Brinich

Zusammenfassung

Eine Durchsicht der Akten von 5135 Patienten, die zwischen 1969 und 1978 zum ersten Mal in das Langley Porter Psychiatric Institute eingewiesen wurden, zeigte, daß 113 Kinder adoptiert waren. Obwohl die Repräsentation von Adoptierten in der kinderpsychiatrischen Abteilung etwas höher lag als erwartet (5% gegen erwartete 2,2%), war Repräsentation der Adoptierten bei den erwachsenen Patienten (1,6%) tatsächlich unterhalb des Erwarteten (2,2% in der ganzen U.S. Bevölkerung). Zwei Drittel der adoptierten Kinder wurden vor Vollendung des ersten Lebensjahres in ihre Adoptivfamilien aufgenommen. Es waren keine besonderen Unterschiede in psychiatrischen Diagnosen, die den Adoptierten und Nicht-Adoptierten zugeteilt wurden, bemerkbar. Wir schließen daraus, daß Adoptierte in der psychiatrischen Bevölkerung nicht überrepräsentiert sind, obwohl es zutrifft, daß sie relativ öfter in den Kinderkliniken gesehen werden. Wir schließen daraus auch, daß obwohl die Adoption in Einzelfällen als Fokus für die Psychopathologie dienen kann, die Adoption per se nicht als spezifisch psychopathogene betrachtet werden kann.

Einleitung

Diese Untersuchung knüpft an eine Arbeit von *Schechter* (1960) über Adoptivkinder in psychiatrischer Behandlung an. In dieser Arbeit berichtet *Schechter* von seiner kinderpsychiatrischen Praxis und einer „... hundredfold increase of (adopted) patients ... compared with what could be expected in the general population.“

Schechters Untersuchung ist eine von vielen in den 50'er bis 70'er Jahren veröffentlichten Arbeiten, die sich mit der speziellen psychologischen Verwundbarkeit – oder das Fehlen dergleichen – von Adoptivkindern beschäftigt. Mehrere Wissenschaftler (*Bohman*, 1977; *Eiduson & Livermore*, 1953; *Humphrey & Ounsted*, 1963; *McWhinnie*, 1969; *Menlove*, 1965; *Ripple*, 1968; *Schechter et al.*, 1964; *Simon & Senturia*, 1966; *Sweeney et al.*, 1963; *Toussieng*, 1962; *Wieder*, 1977; *Work & Anderson*, 1971) stimmten mit *Schechters* Konklusionen überein, daß Adoptivkinder in der Anzahl von psychiatrischen Einweisungen in Kinderkliniken überrepräsentiert sind; andere Autoren wiesen auf andere Ergebnisse hin (*Bratfos et al.*, 1968; *Division of Research*, 1964; *Goodman et al.*, 1963; *Heston et al.*, 1966; *Humphrey*, 1979; *Kirk et al.*, 1966; *Lawton & Gross*, 1964; *Reece & Levin*, 1968).

Alle Untersuchungen, mit einer Ausnahme (*Simon & Senturia*, 1966), beschränkten ihre Aufmerksamkeit auf

adoptierte Kinder, die während ihrer Kindheit in Kliniken eingewiesen wurden. Empirische Untersuchungen in diesem Bereich beschäftigten sich damals (wie auch heute) selten mit adoptierten Menschen in der erwachsenen psychiatrischen Bevölkerung. Dieser Mangel ist verblüffend in Anbetracht der verbreiteten Einschätzung, die Adoption als Lösung des gesellschaftlichen Problems ungewünschter Kinder zu sehen, und auch angesichts des jüngst steigenden Interesses an „outcome“ Untersuchungen. Dieses Übergehen widerspiegelt zwei verschiedene Tatsachen: erstens, meistens stellten die Adoptionsbehörden kurz nach Rechtsprechung der Adoption ihren Kontakt mit der Adoptivfamilie ein. Zweitens, die Adoption ist doch in den meisten Fällen ein Ereignis das die Adoptivfamilie minimieren will (z.B. ein Ereignis das sie lieber „vergessen“ will). Teilnahme an Ergebnisstudien würde diese Tendenz zur Verdrängung bedrohen.

Unsere Untersuchung führt Daten von adoptierten Personen auf – Kinder und Erwachsene – die in der Zeit vom 1.1.1969 und 31.12.1978 in dem Langley Porter Psychiatric Institute (LPPI) in San Francisco, Kalifornien als Patienten angemeldet wurden. Sie stellt einen Versuch dar, der Frage der „speziellen psychologischen Verwundbarkeit“ von adoptierten Menschen näher zu kommen, indem sie mehrere Fragen aufstellt:

- (1) Wie ist das Verhältnis von Adoptivpersonen in psychiatrischer Behandlung im LPPI zur allgemeinen Bevölkerung?
- (2) Welche Wirkung auf die Einweisung von adoptierten Kindern hat die Tatsache, daß einige Adoptierte von Nicht-Verwandten und andere von Verwandten (einschließlich Stiefeltern) adoptiert wurden?
- (3) Welche Alternativen, wenn überhaupt welche bestehen, wurden bei den Überweisungen von adoptierten Personen sichtbar? (z.B. wie alt waren sie z.Zt. der ersten Einweisung in das LPPI?)

Unser Interesse an diesen Fragen wuchs aus den klinischen Erfahrungen des ersten Autors (*Brinich*, 1980) während seiner Behandlungen mehrerer adoptierter Kinder. Unsere Erwartungen waren, (1) daß Personen, die von Nicht-Verwandten adoptiert wurden, bedeutend häufiger in psychiatrischen Dienststellen auftraten, während Personen, die von Verwandten adoptiert wurden, ebenso häufig auftauchten, wie in der Gesamtbevölkerung; (2) daß sich der Überweisungstermin von adoptierten Personen auf die spätere Latenzzeit und Adoleszenz (z.B. 7–17 Jahren) konzentrierte; und (3) daß im Vergleich zu Kindern die sehr früh adoptiert wurden, Kinder, die in späteren Jahren in Adoptivfamilien aufgenommen wurden, in der LPPI Stichprobe überrepräsentiert waren.

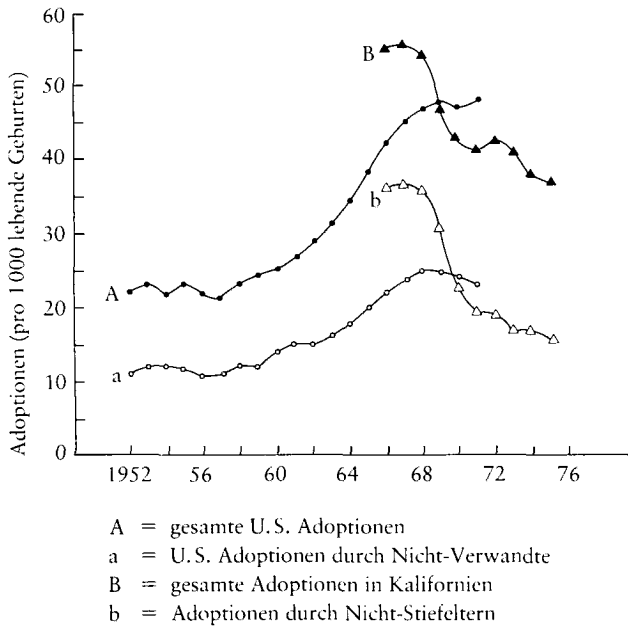
Methoden und Befunde

Anmeldeformulare von 15 618 Patienten, die während des Zeitraums zwischen dem 1.1.1969 und dem 31.12.1978 in das LPPI kamen, wurden überprüft um festzustellen, wie die Frage nach der Geburten-Reihenfolge beantwortet wurde oder ob sie adoptiert worden waren. Von diesen ließen 2 956 Patienten (18,9%) die Frage unbeantwortet und mußten deshalb von der Untersuchung ausgeschlossen werden. Von den restlichen 12 662 Patienten, antworteten 273 oder 2,2% positiv auf die Frage nach der Adoption. Miteinbezogen in diese Stichprobe waren viele Menschen, die bereits früher in psychiatrischer Behandlung gewesen waren – entweder im LPPI oder in einer anderen Institution. Da wir besonders interessiert waren zu erfahren, in welchem Alter adoptierte Menschen zuerst psychologische Beratung aufsuchen, beschränkten wir die Untersuchung ausschließlich auf Ersteinweisungen in das LPPI. Von den 5 135 Personen mit Ersteinweisungen berichteten 113 oder 2,2%, daß sie adoptiert wurden. Die Akten dieser Patienten wurden dann näher untersucht um festzustellen, (1) ob sie von Nicht-Verwandten (einschließlich Stiefeltern) adoptiert wurden; (2) in welchem Alter sie in das LPPI überwiesen wurden; (3) wann sie adoptiert wurden; und (4) wie ihre psychiatrischen Diagnosen aussahen. Die Informationen für (2) und (4) wurden für Nicht-Adoptierte von der Gesamtstichprobe mit Hilfe des Computers eruiert (ausgenommen der Patienten, die die Frage nach der Adoption/Geburtenreihenfolge nicht beantwortet hatten).

Dieses Verhältnis von 22 Adoptierten zu 1000 angemeldeten Patienten mußte mit der Repräsentation von Adoptierten in der Gesamtbevölkerung verglichen werden. Das stellte sich als größeres Problem heraus, da auf diesem Gebiet Vermutungen statt statistische Angaben die Regel sind. Aus dem *Statistical Abstract of the United States* und aus dem *California Center for Health Statistics* zusammengestellte Zahlen sind in Tabelle 1 graphisch dargestellt. Die U.S.-Daten sind nach 1971 unvollständig, da die Berichterstattung an die Bundesregierung über Adoptionen den einzelnen Staaten ab 1972 freigestellt wurde. Außerdem kategorisierten die Vereinigten Staaten und Kalifornien ihre Adoptionen unterschiedlich: Die U.S.-Statistiken sind nach Verwandt und Nicht-Verwandt unterteilt, während die

kalifornischen Daten nach Stiefeltern und Nicht-Stiefeltern aufgeteilt sind.

Trotz der o.g. Schwierigkeiten war die allgemeine Tendenz der verfügbaren Daten stabil genug, um folgende Aussagen zu wagen: In den Jahren 1952 bis einschließlich 1971 (z.B. die Zeit in der 62,8% der adoptierten Personen in unserer Untersuchung geboren wurden) fanden ungefähr 34 Adoptionen statt pro 1000 lebende Geburten; von diesen Adoptionen wurden 17 durch Nicht-Verwandte und 17 von Verwandten oder Stiefeltern getätigt. Die Zahlen



Literatur: State of California (1979); U.S. Bureau of the Census (1975, 1978).

Abbildung 1: Rechtsgültige Adoptionen pro 1000 lebende Geburten, pro Jahr, für die Vereinigten Staaten (1952–1971) und für Kalifornien (1966–1975)

für Kalifornien von 1966–1975 deuten darauf hin, daß Adoptionen dort relativ häufiger stattfanden als in den gesamten Vereinigten Staaten (45 Adoptionen pro 1000 lebende Geburten). Diese Tendenz änderte sich 1968 – das gleiche Jahr, in dem die Abtreibung in Kalifornien legalisiert wurde –, aber diese Rechtsänderung hatte wenig

Tabelle 1: LPPI-Patienten nach Adoptionsstatus und nach Anmeldungsjahr

Adoptionsstatus	Anmeldungsjahr										Total
	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	
Nicht Verwandt	8	6	8	6	10	5	0	7	14	8	72
Adoptierte Verwandt & Stiefeltern	1	0	0	6	1	3	2	2	0	2	17
keine Daten	2	1	5	1	2	2	9	1	1	0	24
Nicht Adoptierte	556	603	516	483	495	478	473	532	435	451	5022
Verhältnis von adoptierten zu angemeldeten Patienten	.019	.011	.025	.026	.026	.020	.023	.018	.033	.022	0.22

Jahr der Anmeldung nach Adoptionsstatus: Chi square = 7.265, df = 9, p > .50.

Einfluß auf unsere Stichprobe, da nur 3 Patienten nach 1970 geboren wurden (das erste Jahr, in dem die Abtreibung in Kalifornien in besonderem Maße zur Geburtenkontrolle hätte beitragen können). Obwohl die jährliche Anzahl der LPPI-Adoptierten aufgrund der kleinen Zahl von betroffenen Personen manchmal stark schwankte, zeigt Tabelle 1 jedoch, daß das allgemeine Verhältnis von 22 Adoptionen pro 1000 angemeldete Patienten in der Zeit zwischen 1969 und 1978 identisch war mit dem Verhältnis von 22 Adoptierten pro 1000 lebende Geburten in den U.S. in der Zeit von 1952–1971. Aufgeführte Adoptionen durch Nicht-Verwandte in der LPPI-Stichprobe standen in einem Verhältnis von 14 zu 1000 angemeldeten Patienten; werden jedoch Adoptionen miteingeschlossen, bei denen wir nicht klar herausstellen konnten, ob die Adoption durch Verwandte oder Nicht-Verwandte vorgenommen wurde, dann stehen die Nicht-Verwandten-Adoptionen in einem Verhältnis von 17 pro 1000 Anmeldungen. Dieses Verhältnis ist identisch zu dem von 17 Nicht-Verwandten-Adoptionen zu 1000 lebenden Geburten in den ganzen Vereinigten Staaten (1952–1971).

Bei der Betrachtung des Alters, in dem unsere Adoptierten zuerst in das LPPI kamen, entdeckten wir, daß sie als Gruppe bedeutend früher als Nicht-Adoptierte eingewiesen wurden (siehe Tabelle 2). Die Zahl der Adoptierten ergab ungefähr 5,0% von allen Aufnahmen in der Kinderklinik,

während sie nur 1,6% der Aufnahmen in der Erwachsenen-klinik (18 Jahre oder älter) ergaben.

Unsere Durchsicht der Akten zur Feststellung wann und von wem die Adoptierten adoptiert wurden, erbrachte einige unerwartete und verwirrende Informationen. Die Unterlagen der Patienten, die in der Kinderklinik aufgenommen wurden, gaben Auskunft über das Adoptionsalter für 44 von 46 Kindern (95,7%) und gaben Auskunft für alle 46 Kinder, ob sie von Verwandten oder Nichtverwandten adoptiert wurden. Die Akten der 67 Adoptierten, die als Erwachsene das erste Mal in das LPPI aufgenommen wurden, waren dagegen unvollständig. Obwohl diese Patienten in ihren Anmeldeformularen angedeutet hatten, daß sie adoptiert waren, konnten wir von 34 Personen (50,7%) keine Auskunft über ihr Adoptionsalter in ihren Unterlagen finden, und bei 24 (35,8%) konnten wir nicht erfahren, ob sie von Verwandten oder Nicht-Verwandten adoptiert worden waren (siehe Tabelle 3 und 4).

Die fehlenden Daten zwangen uns daher, nur den Einfluß von (1) Adoptionsalter und (2) Adoption durch Verwandte oder Nicht-Verwandte auf die Patienten, die das erste Mal in der Kinderklinik behandelt wurden, zu beschränken.

Als letztes betrachteten wir die Verteilung psychiatrischer Diagnosen bei den Adoptierten- und Nicht-Adoptierten-Gruppen. Eine Zusammenfassung dieses Vergleichs bietet Tabelle 5. Der einzige bedeutende Unterschied zwischen

Tabelle 2: LPPI-Patienten nach Adoptionsstatus und nach Alter bei erster Einweisung in das LPPI

Adoptionsstatus	Alter bei erster Einweisung (in Jahren)												Alle Erwachsene	Alle Kinder & Erwachsene
	1–3	4–6	7–12	13–17	Alle Kinder	18–24	25–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70 +		
Nicht Verwandt	1	12	14	14	41	11	12	5	1	2	0	0	31	72
Adoptierte Verwandt & Stief-Eltern	0	1	2	2	5	4	3	4	1	0	0	0	12	17
Keine Daten	0	0	0	0	0	8	6	6	1	2	1	0	24	24
Alle Adoptierten	1	13	16	16	46	23	21	15	3	4	1	0	67	113
Kumulations %	1%	12%	26%	41%		61%	80%	93%	96%	99%	100%			
Nicht Adoptierte	61	168	295	343	867	1428	1159	808	355	236	109	44	4139	5006
Kumulations %	1%	5%	10%	17%		46%	69%	85%	92%	97%	99%	100%		

Alter bei erster Einweisung nach Adoptionsstatus, mit den Jahren kollabiert zu 1–6 Jahren am unteren Ende und 50 + am oberen Ende: Chi square = 43.94, df = 7, $p < .001$.

Tabelle 3: Adoptierte LPPI-Patienten nach Alter bei Einweisung und nach Alter zur Zeit der Adoption

Einweisungsalter	Adoptionsalter (in Jahren)											Keine Daten	Total
	0–1/2	1/2–1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 +		
0–17 Jahre	25	8	3	1	0	1	2	1	1	0	2	2	46
18 + Jahre	16	5	2	2	1	0	1	2	1	0	3	34	67

Adoptionsalter nach Einweisungsalter, mit Alter bei der Einweisung kollabiert zu 0–1/2 Jahre, 1/2–1 Jahr, und 2 + Jahre, und ausschließlich der Fälle wo keine Daten vorhanden waren: Chi square = 1.164, df = 2, $p > .50$.

Tabelle 4: Adoptierte LPPI-Patienten nach Alter bei der Einweisung und nach Adoption durch Verwandte und Nicht-Verwandte

Einweisungsalter	Beziehung zur Adoptivfamilie			Total
	Nicht-Verwandt	Verwandt	Keine Daten	
0-17 Jahre	41	5	0	46
18 + Jahre	31	12	24	67

Beziehung des Adoptierten zur Adoptivfamilie nach Einweisungsalter, ausschließlich der Fälle, wo keine Daten vorhanden waren: Chi square = 4.175, df = 1, p < .05.

den zwei Gruppen liegt in der Verwendung DSM II Kategorie 308: „Behavior Disorders of Childhood and Adolescence“. Dieser Unterschied stammt aber eher daher, daß die adoptierten Patienten generell in früherem Alter eingewiesen wurden als die Nicht-Adoptierten, daher besteht ein Übergewicht von „Behavior Disorders of Childhood and Adolescence“ in der adoptierten Gruppe.

Diskussion

Die Auswertung dieser Befunde muß mit Vorsicht angegangen werden; viele Fragen an die Daten können nicht beantwortet werden, wie z.B. die Frage nach der Zahl der LPPI-Patienten, die zwar adoptiert wurden, aber anstatt darüber Auskunft zu geben, es bevorzugten, ihren Geburtenrang anzugeben. Unsere Ergebnisse bei den erwachsenen Adoptierten sind weiterhin durch die fehlenden Daten in ihren Akten eingeschränkt. Trotzdem sind wir der Überzeugung, daß die Daten Kraft genug haben, um folgende Konklusionen zu gestatten:

- 1) Bei den Patienten in der kinderpsychiatrischen Abteilung des LPPI sind adoptierte Kinder etwas überrepräsentiert. Diese Überrepräsentation ist zwar statistisch aber nicht gesellschaftlich signifikant; nur 5% der Kinder, die während der 10 Jahre in der LPPI behandelt wurden, waren Adoptionsfälle.
- 2) Die adoptierten Kinder, die im LPPI gesehen wurden, waren zum großen Teil nicht etwa Kinder, die nach kon-

Tabelle 5: LPPI-Patienten nach DSM-II* Diagnose und nach Adoptionsstatus

Diagnose	Code	Adoptiert				Nicht Adoptiert
		NV	V&S	KD	Total (%)	Total (%)
Schizophrenie	295	4	1	0	5 (4.4)	279 (5.6)
Manisch-Depressive Psychosen	296	0	0	0	0	66 (1.3)
Paranoide Zustände	297	0	0	0	0	15 (0.3)
Andere Psychosen	298	1	0	0	1 (0.9)	18 (0.4)
Neurosen	300	8	4	1	13 (11.5)	777 (15.5)
Persönlichkeitsdefekte	301	13	5	7	25 (22.1)	1057 (21.0)
Sexuelle Abweichungen	302	1	1	0	2 (1.8)	26 (0.5)
Alkoholismus	303	0	0	0	0	38 (0.8)
Drogen Sucht	304	1	0	1	2 (1.8)	28 (0.6)
Psychophysiologische Störungen	305	2	0	1	3 (2.7)	39 (0.8)
Spezielle Symptome (Lern-, Sprech-, Eßstörungen, tics, etc.)	306	0	0	0	0	32 (0.6)
Anpassungsstörungen (z. B. an die verschiedenen Etappen des Lebens, Adoleszenz, Mittel-, Spätalter usw.)	307	13	3	4	20 (17.7)	815 (16.2)
Verhaltensstörungen der Kindheit und Adoleszenz	308	12	1	0	13 (11.5)	181 (3.6)
Nicht-Psychotische Organische Gehirnsyndrome	309	0	0	0	0	25 (0.5)
Geistesbehinderung	310	0	0	0	0	22 (0.4)
Mangelnde Soziale Anpassungsfähigkeit (Ehe, Beruf, neue Kultur usw.)	316	3	0	1	4 (3.5)	190 (3.8)
Diagnose vertagt	319	8	2	4	14 (12.4)	583 (11.6)
Fehlende Diagnose/Andere		6	0	5	11 (9.7)	752 (15.0)
Total		72	17	24	113	5022

*DSM-II = Diagnostic and Statistical Manual-II

NV = Nicht-Verwandt

V&S = Verwandte & Stiefeltern

KD = Keine Daten

ventionellen Normen „spät“ adoptiert wurden. Über die Hälfte von ihnen wurden vor dem Alter von 6 Monaten adoptiert und $\frac{2}{3}$ bis zu ihrem 1. Geburtstag. Unsere Ergebnisse unterstützen also nicht die These, daß Kinder, die in psychiatrischen Kliniken eingewiesen werden, solche sind, deren Frühentwicklung durch schwierige und lang andauernde Platzveränderungen gekennzeichnet sind.

3) Adoptierte Personen waren innerhalb der Gruppen von Erwachsenen, die im LPPI aufgenommen wurden, nicht überrepräsentiert; das Auftreten von 16 Adoptierten pro 1000 angemeldeten Erwachsenen liegt tatsächlich unterhalb der Zahl von Adoptierten in der allgemeinen erwachsenen Bevölkerung.

4) Die den Adoptierten zugeteilten Diagnosen waren nicht merklich verschieden von denen, die den Nicht-Adoptierten zugeschrieben wurden. Dieser Befund ist an und für sich genommen unbedeutend, da wenig Grund dafür besteht, ein Ereignis so unbeständig und multidimensional wie die Adoption als Auslöser einer bestimmten Psychopathologie zu sehen.

Diese Befunde – insbesondere (1) und (3) – weisen auf die Anpassungsfähigkeit adoptierter Menschen hin. Kagan (1971, 1979) und Vaillant (1977) betonten in ihren Veröffentlichungen der letzten 10 Jahre die Fähigkeit von Kindern und Erwachsenen, sich an bedeutende Entbehrungen, spezifische Traumata, und an chronischen Stress anzupassen. Unsere Daten weisen daraufhin, daß die frühen Platzveränderungen, die der Adoption inbegriffen sind, nicht notwendig zu mehr Psychopathologie bei Adoptierten führt.

Unseres Erachtens ist die Überrepräsentation der Adoptierten in der kinderpsychiatrischen Abteilung des LPPI sehr geringfügig und führt wahrscheinlich auf mehrere Faktoren zurück, von denen nur einer (der als letzter aufgeführt wird) als relativ psychopathogen betrachtet werden kann. Erstens, bis vor kurzem kamen Adoptivfamilien zum größten Teil aus dem sozioökonomischen Stratum über oder an der Medianlinie. Diese Familien tendieren öfter dazu, psychiatrische Dienststellen aufzusuchen als Personen der unteren Mittelschicht und Unterschicht. Zweitens, die meisten Adoptionen in Kalifornien wurden durch verschiedene Behörden vollzogen, die in den letzten 20 Jahren versucht haben, eine steigende Anzahl von Dienststellen zur Unterstützung von Adoptivfamilien zu organisieren (z.B., „Community Mental Health Centers“, „Children's Home Society“, etc.). Psychologische Dienste, einschließlich Überweisungen in Kliniken wie die kinderpsychiatrische Abteilung des LPPI, sind wichtige Funktionen dieses Unterstützungsnetzwerkes. So verbindet die Tatsache, daß eine Familie ein Kind adoptiert hat, diese Familie bereits mit einem Netzwerk von Dienststellen, einschließlich psychiatrische Dienststellen.

Der letzte Faktor, der einen Einfluß auf die Überrepräsentation von Adoptierten in der kinderpsychiatrischen Abteilung des LPPI haben könnte, ist der einzige Faktor, der direkte Verbindung zur Psychopathologie hat. Das ist die Tatsache, daß die Adoption meistens zwei wichtige gesellschaftliche Mißerfolge impliziert: (1) ein Kind ist unerwünscht und (2) zwei Partner konnten kein eigenes

Kind erzeugen. Viele klinische Berichte einzelner Adoptivfälle zeigen das psychopathologische *Potential* dieser Mißerfolge (z.B. Brinich, 1980). Immerhin möchten wir noch einmal unsere Überzeugung betonen, daß die Adoption nicht einer bestimmten Psychopathologie zugeordnet sein muß.

Unsere Konklusion ist, daß die Adoption eine relativ erfolgreiche Lösung von zwei wichtigen gesellschaftlichen Konflikten anbietet: das unerwünschte Kind und die unfruchtbare Ehe. Die Tatsache, daß die Psychopathologie bei Adoptierten oft um verschiedene Aspekte der Adoption kreist (z.B. der Adoptierte fühlt sich unerwünscht, oder die Adoptiveltern schreiben die Ungehorsamkeit des adoptierten Kindes seinem „bösen Blut“ zu) führt nicht zu der Schlußfolgerung, daß die Adoption, *per se*, pathogen sei. Unsere Daten weisen eher daraufhin, daß die Kraft der menschlichen Anpassungsfähigkeit stark genug ist, daß der größte Teil der Adoptionen zu Recht als relativ erfolgreich charakterisiert werden kann; jedenfalls werden Wissenschaftler wie Schechter, die die Verbindung zwischen Adoption und Psychopathologie betont haben, in unseren Daten wenig Unterstützung für ihre Thesen finden.

Summary

Adoption and Adaptation

A review of 5135 patients registered for their first psychiatric services at LPPI during the period 1969–1978 found 113 patients who had been adopted as children. While the representation of adoptees amongst Children's Service patients was somewhat higher than expected (5% as against an expected 2.2%), the representation of adoptees amongst adult patients (1.6%) was actually below the expected rate (2.2% in the population at large). Two thirds of the child adoptees were placed in their adoptive homes by the time they were 1 year old. There were no significant differences in psychiatric diagnoses assigned to adopted and non-adopted patients at LPPI. The authors conclude that adoptees are not generally over-represented in psychiatric samples, though it is true that they may be seen somewhat more frequently in child psychiatry clinics. The authors also conclude that while adoption may serve as a focus for psychopathology in individual cases, adoption itself cannot be seen as specifically pathogenic.

Literatur

Bohmann, M.: A comparative study of adopted children, foster children and children in their biological environment born after undesired pregnancies. *Acta Paediatr. Scand.* (Suppl.), 1971, 221, 3–38. – Bratfos, O., Eitinger, L., Tau, T.: Mental illness and crime in adopted children and adoptive parents. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1968, 44, 376–384. – Brinich, P.M.: Some potential effects of adoption upon self and object representations. *Psychoanal. Study Child*, 1980, 35, 107–133. – California Department of Health: Ten Year Trends in the Adoptions Programs in California: 1966–67 to 1975–76 Fiscal Years. Sacramento, California Center for Health

- Statistics, 1977, Report Register No.0472-701, June 28. – *Division of Research, Children's Bureau*: Psychiatric problems among adopted children. *Child Welfare* 1964, 43, 137-139. – *Fiduson, B.N., Livermore, J.B.*: Complications in therapy with adopted children. *Am. J. Orthopsychiatry* 1953, 23, 795-802. – *Goodman, J.D., Silberstein, R., Mandell, W.*: Adopted children brought to child psychiatric clinics. *Arch. Gen. Psychiatry* 1963, 9, 451-456. – *Heston, L.L., Demney, D.D., Pauly, I.B.*: The adult adjustment of persons institutionalized as children. *Br. J. Psychiatry* 1966, 112, 1103-1110. – *Humphrey, M.*: Psychiatric Aspects of Adoption, Mimeo. London: St.George's Hospital Medical School, 1979. – *Humphrey, M., Ounsted, C.*: Adoptive families referred for psychiatric advice. Part I: The Children. *Br. J. Psychiatry* 1963, 109, 599-608. – *Kagan, J.*: Change and Continuity in Infancy. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1971. – *Ders.,* Family experience and the child's development. *American Psychologist* 1979, 34, 886-891. – *Kirk, H.D., Jonassohn, K., Fish, A.D.*: Are adopted children especially vulnerable to stress? *Arch. Gen. Psychiatry* 1966, 14, 291-298. – *Lawton, J.J., Gross, S.Z.*: Review of psychiatric literature on adopted children. *Arch. Gen. Psychiatry* 1964, 11, 635-644. – *McWhinnie, A.M.*: The adopted child. In: *Caplan, G., Lebovici, S.* (eds.), *Adolescence: Psychosocial Perspectives*. New York, Basic Books 1969. – *Menlove, F.L.*: Aggressive symptoms in emotionally disturbed adopted children. *Child Dev.* 1965, 36, 519-532. – *Reece, S.A., Levin, B.*: Psychiatric disturbances in adopted children: A descriptive study. *Social Work* 1968, 13, 101-111. – *Ripple, L.*: A follow-up study of adopted children. *Social Service Rev.* 1968, 42, 479-499. – *Schechter, M.D.*: Observations on adopted children. *Arch. Gen. Psychiatry* 1960, 3, 21-32. – *Schechter, M.D., Carlson, P.V., Simmons, J.Q.* et al.: Emotional problems in the adoptee. *Arch. Gen. Psychiatry* 1964, 10, 109-118. – *Simon, N.M., Senturia, A.G.*: Adoption and psychiatric illness. *Am. J. Psychiatry* 1966, 122, 858-868. – *State of California*: California Statistical Abstract: 1979. Sacramento, State of California 1979. – *Sweeney, D.M., Gasbarro, D.T., Gluck, M.R.*: A descriptive study of adopted children seen in a child Guidance center. *Child Welfare* 1963, 42, 345-349. – *Toussieng, P.W.*: Thoughts regarding the etiology of psychological difficulties in adopted children. *Child Welfare* 1962, 41, 59-65, 71. – *U.S. Bureau of the Census*: Historical Statistics of the United States, Colonial Times to 1970, Bicentennial Edition, Part I. Washington, D.C., Government Printing Office 1975. – *U.S. Bureau of the Census*: Statistical Abstract of the United States: 1978. Washington, D.C., Government Printing Office 1978. – *Vaillant, G.E.*: *Adaptation to Life*. Boston: Little, Brown 1977. – *Wieder, H.*: On being told of adoption. *Psychoanal. Q.* 1977, 46, 1-22. – *Work, H.H., Anderson, H.*: Studies in adoption: Requests for psychiatric treatment. *Am. J. Psychiatry* 1971, 127, 948-950.
- Ansch. d. Verf.: Dr. Paul M. Brinich, Cleveland Metropolitan General Hospital, 3395 Scranton Road, Cleveland, Ohio, USA 44109. Dipl. Psych. Evelin B. Brinich, 1269 Cleveland Heights Boulevard, Cleveland Heights, Ohio, USA 44121.