

Jungmann, Joachim

## **Adoption unter Vorbehalt? - Zur psychischen Problematik von Adoptivkindern -**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 29 (1980) 6, S. 225-230

urn:nbn:de:bsz-psydok-28081

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](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# INHALT

## Aus Praxis und Forschung

F. Bittmann: Motivationale Bedingungen des Leistungsverhaltens von Heimkindern und Familienkindern (Conditions for Achievement Behaviour) .....	124
G. Bovensiepen, R. Oesterreich, K. Wilhelm u. M. Arndt: Die elterliche Erziehungseinstellung als Ausdruck der Familiendynamik bei Kindern mit Asthma bronchiale (Asthmatic Children: Parental Child-Rearing Attitudes and Family Dynamics) .....	163
G. Brandt: Symbolik und Symptomatik (Symbolism and Symptoms) .....	79
G. Bronder, K. Böttcher und Siegrid Rohlf: Diagnose: Entwicklungsstillstand — Ein Therapiebericht (Diagnosis: Developmental Arrest — A Therapeutic Program) .....	95
A. K. S. Cattell, S. E. Krug u. G. Schumacher: Sekundäre Persönlichkeitsfaktoren im Deutschen HSPQ und ihr Gebrauchswert für die Diagnose, für interkulturelle Vergleiche, für eine empirische Überprüfung tiefenpsychologischer Modellvorstellungen sowie für die Konstruktvalidität des HSPQ (Second Stratum of the German HSPQ and their Value for Diagnosis Cross-Cultural-Comparisons, Verification of Analytic Theory and for Conceptual Validity of the HSPQ) .....	47
R. Castell, A. Biener, K. Artner u. C. Beck: Artikulation und Sprachleistung bei drei- bis siebenjährigen Kindern. Ergebnisse der Untersuchung einer Zufallsstichprobe aus der Bevölkerung (Articulation and Language Development in Children) .....	203
W. Ferdinand: Über Merk-male der Ersterinnerungen verhaltensgestörter und psychosozial integrierter Kinder (Earliest Recollections of Psychosocially Well Integrated Children and of Disturbed Children) ...	51
H.-P. Gilde, G. Gutezeit: Ergebnisse einer vergleichenden Untersuchung zu visuellen Perzeptionsleistungen von Risikokindern im Vorschulalter (Results from a Comparative Study on Visual Perception in Pre-School-Children Who Had Been Premature Infants) .....	213
W. Göttinger: Ein Konzept für die Beratung von Stotternden (A Concept for the Guidance of Stutterers) .....	55
R. Haar: Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen in Klinik und Heim (Group Psychotherapy with Children and Adolescents in Hospital Treatment) .....	182
G. Haug: Enuresis in langfristiger Familienbeobachtung (Enuretics in Long-Term Observation in Their Families) .....	90
F. Henningsen: Die psychische Belastung des Knochenmarkspenders und die Bedeutung begleitender Psychotherapie (The Psychological Stress on Bone Marrow Donors and the Contributions of Attendant Psychotherapy) .....	37
B. Hobrucker, V. Rambow, G. Schmitz: Problemanalyse bei weiblichen Jugendlichen nach Suizidversuchen (Problem Analysis on Female Adolescents after Attempted Suicide) .....	218
F. Hofmann u. H. Kind: Ein eineiiges Zwillingsspaar diskordant für Anorexia nervosa (Monozygotic Twins Discordant for Anorexia Nervosa—A Contribution to the Pathogenesis from a Case History) .....	292
K. Krisch: Eine vergleichende Untersuchung zum „Enkopretischen Charakter“ (A Comparative Study on the “Encopretic Character”) .....	42
K. Krisch: Die stationäre Behandlung dreier Enkopretiker: Planung, Verlauf und Ergebnisse einer verhaltenstherapeutischen Intervention (In-patient Therapy with Three Encopretics: Design, Course of Treatment and Results of a Behavioral Intervention) .....	117

F. Matthejat, G. Niebergall u. V. Nestler: Sprachauffälligkeiten von Kindern bei aphasischer Störung des Vaters — Eine entwicklungspsycholinguistische Fallstudie (Speech Disorders in Children with an Aphasie Father—a Case Study in Developmental Psycholinguistics) .....	83
W. Mall: Entspannungstherapie mit Thomas (Relaxation Therapy with Thomas—First Steps on a New Path) .....	298
J.-E. Meyer: Die Bedeutung der Adoleszenz für die Klinik der Neurosen (The Influence of Adolescence on the Clinical Development of Neuroses) .....	115
T. Neraal: Autonomie — ein Mehrgenerationenproblem am Beispiel einer analytischen Familienberatung (Autonomy—A Multi-Generational Problem—A case of analytic family counseling) .....	286
H. Otte: Überlegungen zur Arzt-Patient-Beziehung bei der stationären Therapie der Anorexia nervosa (Considerations on the Patient-Therapist-Relationship in Connection with In-Patient Treatment of Anorexia Nervosa) .....	243
H. Rau u. Chr. Wolf: Zusammenarbeit mit Eltern in Einrichtungen der Öffentlichen Jugendhilfe — Darstellung einer speziellen Familienbehandlung (Cooperation with Parents in Youth Welfare) .....	8
U. Rauchfleisch: Zur Entwicklung und Struktur des Gewissens dissozialer Persönlichkeiten (Development and Structure of the Conscience in Dissocial Personalities) .....	271
A. Reinelt u. M. Breiter: Therapie einer Trichotillomanie (Therapy of a Case Trichotillomania) .....	169
A. Salanczyk: Das prosoziale Kind (Prosocial Activity in the Pre-school-child) .....	1
H. Sasse, G. Stefan, A. v. Taube u. R. Ullner: Zu unserer Arbeit mit behinderten und nichtbehinderten Kindern (Open Integration of Handicapped and Not Handicapped Children) .....	63
V. Schandl u. E. Löschenkohl: Kind im Krankenhaus: Evaluierung eines Interventionsprogrammes bei Verhaltensstörungen (The Child in the Hospital: Evaluation of an Intervention Program on Behavioral Disorders) .....	252
G. M. Schmitt: Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Behandlung der Pubertätsmagersucht (Client-Centered Group Psychotherapy in the Treatment of Anorexia Nervosa) .....	247
L. Verhofstadt-Deneve: Adoleszenzkrisen und soziale Integration im frühen Erwachsenenalter (Crises in Adolescence and Social Integration in Early Adulthood—A Psycho-Dialectic Approach with Clinical Implications) .....	278
B. Wiesler: Zur Psychologie des Serienhelden (The Psychology of a Hero Called Lassiter) .....	175

## Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

S. Bäuerle u. H. Kury: Streß in der Schule. Eine experimentelle Untersuchung an 13-16jährigen Schülern (School Stress) .....	70
P. Birkel: Intelligenzentwicklung und Intelligenzmessungen bei körperbehinderten Kindern (Cognitive Development and Measurement of Intelligence in Physically Handicapped Children) .....	264
R. Bodenstein-Jenke: Eine vergleichende Untersuchung psychomotorischer Testleistungen von autistischen, lern- und geistigbehinderten Schülern mit Hilfe des LOS aus der Testbatterie für Geistigbehinderte (A Comparative Study of Psycho-motoric Test Performances by Autistic, Mentally and Educationally	

- Handicapped School-Children with the Help of the LOS Method from the Test Battery for the Mentally Handicapped) ..... 24
- Ch. Ertle: Schwierige Kinder und ihre Erzieherinnen — Praxisanleitung als konkrete Weiterbildung — (Pedagogic Personnel in Confrontation with Emotionally Disturbed Children — Practice Related Supervision as a Form of On-the-Job Training) ..... 308
- J. Jungmann: Adoption unter Vorbehalt? Zur psychischen Problematik von Adoptivkindern (Adoption with Reservations? On Psychic Problems in Adopted Children) ..... 225
- J. Kahlhammer: Das Leistungsverhalten von Schilhauptschülern (Achievement Behaviour in Pupils at the "Schilhauptschule") ..... 100
- U. Klein: Lehrer und suchtgefährdete Schüler (Teachers and School-children in Danger of Addiction) ..... 302
- H. Kury, W. Dittmar u. M. Rink: Zur Resozialisierung Drogenabhängiger — Diskussion bisheriger Behandlungsansätze (On Resocialization of Drug Addicts — A Discussion of Current Approaches to Treatment) .. 135
- M. Müller: Bericht über die Mitarbeit des Schulpsychologischen Dienstes Spandau im Rahmen der psychologisch-therapeutischen Betreuung von verhaltensproblematischen (verhaltensgestörten) Schülern in Beobachtungs-Klassen im Schuljahr 1977/78 (Report on the Collaboration of a Psychological School Advisory Board in "Observation-Classes" 1977/78; Psychological-Therapeutic Work with Maladjusted Pupils) 13
- M. Müller: 20 Jahre Schulpsychologischer Dienst im Bezirk Spandau von Berlin (20 Years of School Psychological Service in Berlin-Spandau) ..... 231
- M. Nagy: Die Arbeit des Psychotherapeutischen Kinderheimes Wolfshagen im Harz (A Multimethodical Approach Including Family-Therapeutic Goals Applied to Institutional Care) ..... 152
- W. Schmidt: Ein Beitrag zur Frage der Eignung von Adoptionsbewerbern (The Qualification for Adoption) 66
- R. Westphal: Erfahrungen mit strukturierter Gruppenarbeit in der Teestube einer Kontakt- und Beratungsstelle für Jugendliche (Experiences with Structured Groupwork in the Teashop of a Counseling-Service for Adolescents) ..... 194
- J. Wienhues: Krankenhausaufenthalt aus der Sicht erkrankter Schulkinder der Sekundärstufe I. Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung (Hospitalization from the Point of View of Children in Secondary-School — Results from a Questionnaire) ..... 259
- H. Zern: Zum Prestige des gewählten Berufes bei Erzieherinnen in der Ausbildung (The Prestige of the Chosen Profession in Trainees at Training Colleges for Welfare Workers) ..... 132
- Tagungsberichte**
- H. Moschtaghi u. J. Besch: Bericht über die 6. Tagung der ISSP vom 2. 9. bis 6. 9. 1979 in Basel (Report on the 6th ISSP-Conference from September 2nd-6th 1979 in Basel) ..... 108
- H. Remschmidt: Bericht über die 16. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Münster vom 26. 9. bis 29. 9. 1979 (Report on the 16th Session of the German Society for Child- and Juvenile Psychiatry in Münster, Sept. 16-29, 1979) ..... 31
- Bericht aus dem Ausland**
- T. Nanakos: Wege der Heilpädagogik in Nordgriechenland — Tessaloniki (Methods of Medico-Pedagogic Treatment in Northern Greece — Tessaloniki) ..... 111
- Literaturberichte: Buchbesprechungen**
- Benedetti, Gaetano: Psychodynamik der Zwangsneurose 201
- Duska, Ronald u. Whelan, Mariellen: Wertentwicklung — eine Anleitung zu Piaget und Kohlberg ..... 316
- Fenichel, Otto: Neurosenlehre Band 1, 2, 3 ..... 159f.
- Friedrich, H., Fränkel-Dahlmann, I., Schaufelberger, H.-J., Streack, U.: Soziale Deprivation und Familiendynamik ..... 160f.
- Fürstenau, Peter: Zur Theorie psychoanalytischer Praxis 201
- Grüttner, Tilo: Legasthenie ist ein Notsignal ..... 201f.
- Spitz, René A.: Eine genetische Feldtheorie der Ichbildung ..... 158f.
- Werry, J. S. (Ed.): Pediatric Psychopharmacology. The Use of Behavior Modifying Drugs in Children .... 161
- Mitteilungen (Announcements) 34, 76, 113, 161, 202, 242, ..... 269, 317

Aus der Abteilung für Psychiatrie und Neurologie  
des Kindes- und Jugendalters der Freien Universität Berlin  
(Leiter: Prof. Dr. med. Dr. phil. *Helmut Remschmidt*)

## **Adoption unter Vorbehalt? – Zur psychischen Problematik von Adoptivkindern –**

Von Joachim Jungmann

### **Zusammenfassung**

Die Untersuchung befaßt sich mit 28 adoptierten Kindern und Jugendlichen, die 1976–79 in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilung der Freien Universität Berlin vorgestellt wurden (1,3% der Gesamtpatientenzahl des gleichen Zeitraumes). Es wird der Frage nachgegangen, ob bei diesen überwiegend durch dissoziale Verhaltensstörungen auffälligen Kindern eine spezielle Eltern-Kind-Problematik nachweisbar ist. Für die Mehrzahl der Eltern-Kind-Beziehungen findet sich eine verminderte Toleranz der Eltern gegenüber ihrem Kind, die sich in vermehrter Leistungsanforderung, überbesorgt-kontrollierender, emotional abweisender, rigider und autoritärer Erziehungshaltung ausdrückt. 2 Kasuistiken veranschaulichen diesen Befund. Es wird die Hypothese diskutiert, ob diese Eltern sich nur unter dem Vorbehalt einer störungsfreien, sozial angepaßten Entwicklung des Kindes zu einer Adoption entschieden hatten. Ein solcher Vorbehalt könnte die Verhaltensstörung des Kindes bedingt oder verstärkt haben.

### **1. Einleitung**

Die in dieser Arbeit vorgelegten Ergebnisse und Überlegungen wollen einen Beitrag zu der Frage leisten, ob bei Adoptivkindern und ihren Familien, die in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung vorgestellt wurden, eine spezielle Problematik nachweisbar ist, der unter Umständen auch eine besondere Bedingungsstruktur zugrunde liegt. In der internationalen Literatur zur Adoptionsforschung wird immer wieder berichtet, daß Adoptiveltern ihre Kinder in psychiatrischen Fachkliniken und entsprechenden Einrichtungen häufiger vorstellen als es ihrem prozentuellen Anteil an der Gesamtbevölkerung entspricht (*Pringle*, 1967; *Kirk et al.*, 1966; *Work und Anderson*, 1971; u. a.). Die Befunde der oft nur auf kleine Fallzahlen bezogenen Untersuchungen lassen eine übereinstimmende Kennzeichnung der zur psychiatrischen Untersuchung führenden Störungen nicht zu. Dennoch fällt insgesamt der überdurchschnittlich hohe Anteil von dissozialen, aggressiven und schwer steuerbaren Verhaltensstörungen dieser Patienten auf (*Simon und Sentu-*

ria, 1966; Reece und Lewin, 1968; Offord et al., 1969; u.a.).

Bei dem Versuch, Ursachen für Störungen bzw. Bedingungen für das Gelingen des Adoptionsverlaufes herauszuarbeiten, betonen viele Autoren übereinstimmend die Bedeutung der erzieherischen Einstellung der Adoptiveltern. Eine ungeduldige, fordernde Erziehungshaltung, überhöhte Leistungserwartung unsicherer Eltern gegenüber der intellektuellen, emotionalen und sozialen Entwicklung des Kindes, dessen biologische Herkunft meist unbekannt ist, werden als problematisch angesehen (Elonen und Schwartz, 1969; Taichert und Harvin, 1975; Loper, 1977 u.a.). Mehrfach wird von ängstlichen, eingehenden, überbehütenden und perfektionistischen Eltern adoptierter Kinder berichtet, die in psychiatrischen Institutionen vorgestellt wurden.

## 2. Kennzeichnung der Untersuchungsstichprobe

Von insgesamt 2.210 zwischen 1976–1979 in unserer Klinik und Poliklinik vorgestellten Kindern und Jugendlichen waren 28 in einer sogenannten Fremd-Adoption, d.h. nicht durch Verwandte, adoptiert worden. Dies entspricht einem Prozentsatz von 1,3 %. Stellt man die Anzahl der Adoptionen der Gesamtzahl der Geburten innerhalb Westberlins während der letzten 9 Jahre gegenüber, so bilden die Adoptivkinder einen Anteil von etwa 2,4 %. Nach einer Schätzung der zentralen Adoptionsvermittlungsstelle des Senators für Familie Jugend und Sport handelt es sich bei ca. der Hälfte dieser Adoptionsverhältnisse um Adoptionen durch Verwandte, sodaß ca. 1,2 % Fremd-Adoptionen verbleiben. Damit sind die Adoptivkinder in unserer klinischen Einrichtung nicht überrepräsentiert.

Die Altersverteilung der 28 Patienten zeigt einen ersten Gipfel um das 7. bis 8. Lebensjahr und einen zweiten um das 13. bis 14. Lebensjahr. Die Hälfte der Adoptierten war vor Vollendung des 8. Lebensjahres vorgestellt worden. Demgegenüber hatten 50% der Gesamtpatientenzahl bei der Untersuchung bereits das 10. Lebensjahr vollendet.

21 Patienten waren schon früher in einer ähnlichen Einrichtung wegen psychischer oder pädagogischer Auffälligkeiten vorgestellt worden, wobei 11 Kinder bei der damaligen Erstuntersuchung zwischen 3 1/2 bis 5 1/2 Jahre alt waren.

5 Kinder (18%) waren mit weniger als 6 Monaten in die Adoptivfamilie aufgenommen worden. 19 (68%) waren bei der Aufnahme zwischen 6 Monate und 2 1/2 Jahre alt. Die restlichen 4 Patienten (14%) waren bis zu einem Alter von 4 1/2 Jahren adoptiert worden. Diese Verteilung zeigt gegenüber der 1978 von Napp-Peters vorgelegten bisher umfangreichsten bundesdeutschen Statistik über 1.089 Kinder, die während eines halben Jahres von 64 deutschen Adoptionsstellen vermittelt worden waren, eine gewisse Verschiebung zur mittleren Altersgruppe. Während von den 1.089 Kindern 34% in einem Alter von weniger als 6 Monaten zu den Adoptiveltern gelangten, waren nur 40% in einem Alter zwischen 6 Monaten und 2 1/2 Jahren adoptiert worden. Allerdings lag der Anteil der bei der Vermittlung noch älteren Kinder bei 26%.

## 3. Zum Vorstellungsanlaß

Mit 68% (19 Fälle) stehen Störungen des Sozialverhaltens an vorderster Stelle der Probleme, welche die Eltern bei der psychiatrischen Vorstellung ihrer Adoptivkinder nannten. Diese Symptomatik findet sich bei 945 unausgelesenen Patienten unserer Klinik nur bei 43%. Bei der zum Vergleich herangezogenen Gruppe handelt es sich um die Gesamtzahl von Patienten, die innerhalb von 2 Jahren (1976/1977) in unserer Einrichtung untersucht worden waren, und für die eine vergleichbare Dokumentationsstatistik zur Verfügung stand. Die Angaben der Adoptiveltern umfaßten Unwahrhaftigkeit, Wegnehmen/Stehlen, Weglaufen, Schulschwänzen, Zündeln, verbale und körperliche Aggressionen gegen Objekte und Personen, Widersetzlichkeit und schwierige pädagogische Steuerbarkeit. Es wurden aber auch Kontaktprobleme und Außenseiterrolle des Kindes genannt.

Nur bei 8 Untersuchten teilten die Eltern besondere Auffälligkeiten im emotionalen Bereich mit. Diese Häufigkeit liegt mit 29% unter dem Prozentsatz von 39% in der Vergleichsgruppe.

Die übrige Symptomverteilung weist gegenüber der Gruppe der Nichtadoptierten keine wesentlichen Abweichungen auf. Leistungsstörungen, überwiegend Schulleistungsprobleme, bildeten bei 9 adoptierten Patienten den unmittelbaren Vorstellungsanlaß.

Die seitens der Untersucher gestellte Abschlußdiagnose lautete 8 x (29%) Störungen des Sozialverhaltens (ICD 312)<sup>1</sup>. Bei der Vergleichsgruppe wurde diese Diagnose nur in 17% der Fälle gestellt. Hier wurden spezifische emotionale Störungen (ICD 313)<sup>1</sup> am häufigsten diagnostiziert, was bei nur 4 der Adoptierten der Fall war.

Bei 5 Adoptivkindern (18%) sahen die Untersucher keine ausreichenden Anhaltspunkte für die Diagnose einer psychiatrischen Störung. In der Vergleichsgruppe fand sich die Angabe „Keine psychiatrische Störung“ nur bei 8%.

Die geschilderten Verteilungen stimmen mit der Mehrzahl der in der Literatur mitgeteilten Befunde von Adoptionsuntersuchungen überein (Menlove, 1965; Borgatta und Fanshel, 1965; Work und Anderson, 1971; u.a.). Das Überwiegen dissozialer Störungen muß auch im Zusammenhang mit der Geschlechtsverteilung unserer Stichprobe, welche 20 männliche und 8 weibliche Patienten umfaßt, gesehen werden. Sowohl Bohmann (1970) als auch Seglow et al. (1972) hatten bei ihren kontrollierten Studien an 168 und 145 Adoptivkindern deutlich mehr dissoziale Verhaltensstörungen (social maladjustment) bei den Jungen festgestellt.

## 4. Zur Erziehungseinstellung der Eltern

Bei insgesamt 25 Patienten fanden sich folgende Beurteilungen des elterlichen Erziehungsverhaltens:

- Vermehrte Leistungsanforderung
- Überbesorgt-kontrollierend und einengend
- Emotional kühl, gesteigerte Kritik, abweisend
- Rigide, starr, streng, bevormundend, autoritär.

<sup>1</sup> Klassifizierung nach: International Classification of Diseases, 8th Revision.

In 21 Fällen wurde diese Erziehungshaltung vornehmlich der Mutter zugesprochen, während die Väter demgegenüber als eher emotional zugewandt geschildert wurden. In den restlichen 3 der 28 Fälle wird die Erziehungseinstellung als liebevoll-unsicher, nachgiebig-ratlos bzw. ängstlich-einengend geschildert.

Bei 10 Patienten teilten die Untersucher den Eindruck mit, daß die Eltern die Störungen oder Auffälligkeiten ihrer Kinder agravierten. In weiteren 9 Fällen war eine mehr oder weniger deutliche Ausstoßungstendenz des Kindes aus der Adoptivfamilie festzustellen. Es wurde die Heimunterbringung erwogen, die bisher für 4 Jugendliche erfolgte.

Faßt man diese Befunde zusammen, so gewinnt für die Mehrzahl der untersuchten Eltern-Kind-Beziehungen die verminderte Toleranz zentrale Bedeutung, mit welcher die Eltern auf die Störungen oder Probleme ihrer adoptierten Kinder reagieren. Zur weiteren Erläuterung eines solchen Zusammenhanges sollen 2 untersuchte Fälle ausführlicher dargestellt werden.

### 5. Kasuistik I

Die 12;7 Jahre alte A. wird von den Eltern wegen erheblicher sozialer Verhaltensauffälligkeiten nach einem Vorstellungsgespräch in unserer Poliklinik zur stationären Aufnahme gebracht. Stehlen von kleineren Geldbeträgen, Lügen, Zündeln, zunehmend schlechtere Steuerbarkeit hatten 2 Jahre zuvor zu einer ersten Untersuchung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis geführt. Aufgrund der dabei erkannten Außenseiterrolle des Mädchens innerhalb einer problematischen Familienstruktur war eine psychagogische Therapie begonnen, jedoch noch innerhalb des ersten Jahres abgebrochen worden. Die Eltern, welche ihre Familie durch das Verhalten des Mädchens belastet sahen, was nun auch in der Schule auffiel, stimmten dem Rat zu, A. in ein Internat umzuschulen. Auch nach einem Wechsel des Internatsaufenthaltes, der wegen mangelnder Lenkbarkeit, insbesondere wegen eines Warenhausdiebstahles disziplinarisch erforderlich wurde, hatten die genannten Probleme sich eher verstärkt. Die Eltern hatten das Mädchen schließlich wieder nach Hause zurückgenommen, wo die Schwierigkeiten weiter eskalierten. A. war jetzt auch mehrfach von zu Hause weggelaufen.

Über die frühere Entwicklung des Mädchens, den Verlauf von Schwangerschaft und Geburt kann die Adoptivmutter keine Angaben machen. Sie habe A. mit 1½ Jahren aus einem Kinderheim adoptiert, in welchem ihr Strenge und mangelnde Anregung aufgefallen seien. Zum Adoptionsentschluß wird zunächst eine soziale Motivation genannt. Später räumt die Adoptivmutter jedoch ein, daß sie damals eine eigene Schwangerschaft abgelehnt habe, weil der Ehemann Alkoholiker gewesen sei. Dieser Zusammenhang sei allerdings den mit der Adoption befaßten Stellen verheimlicht worden. Sie sei damals in einer 2. Ehe verheiratet gewesen, nachdem sie selbst die Scheidung der ersten zehn Jahre bestehenden Ehe veranlaßt hatte. Aus ihr stammten 2 leibliche Töchter, die zum Zeitpunkt der Adoption von A. 4 und 9 Jahre alt waren. Wegen der genannten Probleme seitens des 2. Ehemannes habe sie sich nach einer 7jährigen Ehe wieder erneut scheiden lassen. Noch im selben Jahr schloß sie die 3. Ehe, in welcher sie mit dem jetzigen als Schauspieler tätigen Ehemann seit 6 Jahren zusammenlebt. Die beiden älteren leiblichen Töchter und A., für die der Mutter jeweils das Sorgerecht übertragen wurde, tragen seinen Namen. Aus der jetzigen Ehe stammt ein 3½ Jahre alter Junge, das 4. Kind der Familie.

Bereits bei der Aufnahme in die Adoptivfamilie sei bei A. ein sehr aggressives Verhaltensmuster aufgefallen. Schon bald hätte die

später weiter zunehmende Geschwisterrivalität begonnen. A. habe sich an die Adoptivmutter geklammert, habe sich kaum von ihrer Seite wegbewegt. Neben erheblichen Einschlafstörungen mit anhaltendem Schreien, das noch im 5. Lebensjahr bestanden habe, hätten auch Eßstörungen diese Entwicklungsphase sehr erschwert. In der Vorschule und in der Schule seien zunächst keine Probleme im Sozialverhalten aufgetreten, allerdings hätten gewisse Leistungsschwierigkeiten bestanden. Wegen der Problematik, die somit hauptsächlich innerhalb der Familie in Erscheinung trat, habe die Adoptivmutter bereits in der frühen Kindheit des Mädchens eine psychologische Beratung in Anspruch genommen, die jedoch nach einem Wohnungswechsel nicht weitergeführt worden sei.

Die Eltern kennzeichnen A. jetzt als Außenseiter, das Mädchen gerate leicht unter den negativen Einfluß anderer, stifte jedoch auch andere Kinder oder Jugendliche zu dissozialen Verhaltensweisen an. Sie selbst hätten schon seit längerer Zeit kaum Zugang zu ihrer Tochter, die sich sehr von ihnen abkapsle, die allerdings auch unsichtig und hilfsbereit sein könne. In ihrem Erziehungsverhalten seien sie bewußt streng und konsequent, wobei die Adoptivmutter auch dem Stiefvater uneingeschränkte erzieherische Kompetenz einräumt. Neben Stubenarrest und Einschließen in der Wohnung würde auch körperliche Züchtigung eingesetzt. Über die Adoption sei in der Familie nie gesprochen worden. Die Adoptivmutter hätte A. vor einem ¾ Jahr auf Anraten der behandelnden Ärztin über den Adoptionsstatus aufgeklärt. Sie glaube nicht, daß die beiden älteren Schwestern je von ihrem Wissen um diesen Sachverhalt Gebrauch gemacht hätten.

Die anklagende Haltung gegenüber den Auffälligkeiten des Mädchens steht deutlich im Vordergrund. Zugleich sind die Eltern bestrebt, das seitens der Klinik konzipierte therapeutische und pädagogische Konzept von vornherein mitzubestimmen. Diese Forderung unterstreichen sie mit dem immer wieder betonten Anspruch, daß dies ihrer vermeintlichen sozioökonomischen Sonderstellung angemessen sei. Bei eingeschränkter Kooperationsbereitschaft schwanken sie zwischen Aberkennung jeglicher therapeutischer Fähigkeit unserer Klinik und eigener Ratlosigkeit.

In den ersten Begegnungen auf der Station wirkt A. zunächst ängstlich, schüchtern, unsicher, in ihrer Stimmungslage eher subdepressiv. Sie stellt kaum Kontakt zu den Mitpatienten her. Zu der von den Eltern vorgetragenen Verhaltensproblematik nimmt sie nicht Stellung. Sie äußert allerdings schon im Erstgespräch die Sorge, vielleicht in ein Heim zu müssen. Starke Selbstunsicherheit, geringes Selbstwertgefühl, erhebliche ängstliche Gehemtheit und soziale Unsicherheit treten im weiteren Verlauf deutlicher hervor und kennzeichnen das Ergebnis testpsychologischer Untersuchungen. Ihre Eltern erlebt sie als wenig tolerant, einengend und wenig unterstützend. In der von ihr empfundenen Isolation hat sie auch zur Adoptivmutter, deren emotionale Zuwendung sie sich durchaus wünscht, keinen Zugang. Die im unteren Durchschnittsbereich gelegenen intellektuellen Fähigkeiten kontrastieren mit der schulischen Leistungserwartung der Eltern, welche noch bis vor kurzem mindestens einen Realschulabschluß anstrebten. A. erreicht gegenwärtig nicht den Leistungsstand der entsprechenden Klassenstufe des Grundschulniveaus.

Während des weiteren klinischen Aufenthaltes zeigen sich dann bei A. zunehmend unkontrollierte, aggressive, oft auch nur schwer zu steuernde Verhaltensweisen. Sie weigert sich, an Gemeinschaftsaktivitäten teilzunehmen, setzt andere Kinder der Stationsgruppe unter Druck, zerschneidet deren Kleider und zerstört deren Eigentum. Sie entzieht sich zunehmend der pädagogischen Führung, zerschlägt Fensterscheiben und Mobiliär der Station. Die Besuche der Eltern bzw. die Hausbesuche des Mädchens finden unter immer schärferen Spannungen statt. Im therapeutischen Gespräch verschließt sich A., wobei sie die innerfamiliäre Isolationsproblematik als ausweglos zu erleben scheint. Die Eltern reagieren mit Abwehr

und Angst auf jeden Versuch, sie selbst in explorierende oder beratende Gespräche miteinzubeziehen. Sie beschuldigen den Therapeuten und die Stationsbetreuer, die Fehlentwicklung des Mädchens nicht aufzuhalten. Sie fordern stärkere Einengung, Strafen und Reglementierungen. Im Familiengespräch beschimpfen sie A., machen ihr Vorwürfe, nehmen Angebote, welche das Mädchen unsicher und ängstlich vorbringt, nicht an. Die Haltung der Adoptivmutter offenbart die narzistische Kränkung, die die sozial deviante Entwicklung des Mädchens für sie bedeuten muß, das sich nun seinerseits immer mehr auch von ihr distanziert. Die Adoptivmutter negiert jegliche Verantwortlichkeit für die bisherige soziale Entwicklung und hält starr an der Überzeugung genetischer Veranlagung und früherer Deprivation als Ursache des jetzigen Problemverhaltens fest. Die ablehnende Haltung der Eltern erscheint unbeeinflussbar. Sie sind zu einer Bearbeitung der schweren innerfamiliären Beziehungsstörung nicht bereit. Es scheint daher indiziert, A. aus der Familie herauszulösen und sie unter die pädagogisch-psychologische Betreuung eines heilpädagogischen Heimes zu stellen. Während A. unterdessen einer solchen Lösung zustimmt, wollen die Eltern zunächst lediglich einen erneuten Internatsaufenthalt zulassen. Ein anderes Vorgehen weisen sie als nicht standesgemäß zurück. Erst als A. schließlich offen jeden weiteren Kontakt mit den Eltern verweigert, nehmen die Adoptivmutter und dann auch der Stiefvater von den immer wieder vorgetragenen Einwendungen gegenüber einer öffentlichen Erziehungshilfe Abstand. Zugleich verschärft sich aber die ablehnende Haltung der Mutter A. gegenüber, um so mehr, als sie nahezu verständnislos die beginnende Verselbständigung der Tochter wahrnimmt. Es kommt zur offenen Ausstoßungsreaktion: Die Adoptivmutter teilt mit, daß sie sich entschlossen habe, die Adoption juristisch aufheben zu lassen.

## 6. Kasuistik II

Die Adoptiveltern stellen ihren 6;1 Jahre alten F. wegen mangelnder Einordnungsfähigkeit in der sozialen Gruppe vor. F. zeige vermehrt körperliche Unruhe, sei gegen andere Kinder häufig aggressiv, tendiere auch im Spiel zu zerstörerischen Handlungen. Daher habe er wenig positiven Kontakt und sei in eine Außenseiterrolle geraten. Der Junge beschäftige sich zu wenig mit sich alleine. Er versuche, auch durch Unfolgsamkeit und provozierende Verweigerungen vermehrte Aufmerksamkeit zu erhalten. Man könne F. praktisch nicht unbeobachtet lassen. Neben Schimpfen und gelegentlichen Schlägen werde bisweilen auch das Strafmittel „Stubenarrest“ eingesetzt.

Zur Vorgeschichte von F., der mit 14 Monaten in die Adoptivfamilie aufgenommen wurde, ist den Eltern lediglich die Tatsache einer Frühgeburt (Geburtsgewicht 2.000 g) mit danach unkomplizierter Weiterentwicklung bekannt. F. sei bei einer Pflegemutter untergebracht gewesen. Die Eltern hatten aufgrund genetischer Bedenken nach dem Tode eines leiblichen Kindes, das mit 1½ Jahren an den Folgen einer Mißbildung gestorben war, eine neue Schwangerschaft zunächst nicht zulassen wollen. Es sei ihnen unter Berücksichtigung sozialer Gründe nicht schwergefallen, auch ein Mischlingskind zu adoptieren. Bei Aufnahme in die Familie habe der Junge eine Verzögerung in der motorischen und sprachlichen Entwicklung aufgewiesen. In beiden Bereichen habe er sich schnell und gut fördern lassen. Zunächst sei F. durch ein sehr anhängliches Verhalten aufgefallen, er habe sich kaum von der Mutter trennen wollen. Andererseits habe er bereits als Kleinkind oft den von den Eltern angebotenen Körperkontakt abgelehnt, was vor allem die Mutter mit Enttäuschung registrierte. Mit 2½ Jahren wurde F. in den Kindergarten aufgenommen, den er immer gerne besucht habe. Ca. ½ Jahr später kam das leibliche Kind der Eltern, eine Schwester zur Welt. Das Verhältnis der beiden Kinder sei von Anfang an gut gewesen. F. sei dem Mäd-

chen gegenüber rücksichtsvoll und verantwortungsbewußt. Er achte jedoch streng auf Gleichbehandlung der beiden Kinder. Bei dem geringsten Verdacht, daß die Schwester ihm vorgezogen würde, reagiere F. mit energischem Protest und Aggressionen. Im Vergleich ihrer beiden Kinder erleben die Eltern die Schwester als sehr viel leichter zu führen und zu fördern. Wegen der Verhaltensproblematik hatte man den Jungen erstmalig mit 5;0 Jahren in einer Familienberatungsstelle vorgestellt. Bereits zu diesem Zeitpunkt beunruhigte die Eltern eine vermeintliche Außenseiterrolle mit starker Kontaktstörung und aggressiven Durchbrüchen. Außerdem habe eine *jactatio corporis* bestanden. In Übereinstimmung mit den Beobachtungen der Kindergärtnerin, die die gelegentlichen Schwierigkeiten im Sozialverhalten des Jungen als nicht gravierend einschätze, wurden bei dem als körperlich, seelisch und intellektuell altersgemäß entwickelt eingeschätzten Jungen keine wesentlichen Auffälligkeiten gefunden. Der kooperative und gut motivierbare F. habe jedoch durch sein etwas ungestümes Verhalten gewisse Schwierigkeiten bei der sozialen Kontaktaufnahme. So stoße er durch den inadäquaten Ausdruck seiner Kontaktwünsche zu den Spielgefährten des öfteren auf Ablehnung. Ansonsten könne er sich gegenüber den anderen Kindern durchaus tolerant und rücksichtsvoll verhalten. Man beschrieb jedoch eine gewisse motorische Unruhe und Mangel an Konzentrationsfähigkeit. Als problematisch wurde das eher abstrakte Reflexionsniveau eingeschätzt, auf welchem die Eltern ihre erzieherischen Maßnahmen diskutieren und bewerten. Man hielt eine Erziehungsberatung der Eltern für angezeigt. Ihrem Wunsch nach einer spezifischen Therapie für F. wurde jedoch nicht entsprochen. Sechs Monate später stellen die Adoptiveltern den Jungen in unserer Poliklinik vor, weil sie die bisherige Beratung für ungenügend halten. Bald wird jedoch deutlich, daß die erneute Untersuchung mit dem bevorstehenden Beginn des Vorschulbesuches zusammenhängt, dem die Eltern mit Sorge entgegensehen. Sie erhoffen sich eine konkrete Hilfestellung, die es ihnen ermöglicht, der befürchteten negativen sozialen Entwicklung von F. in der neuen Gruppe der Vorschulklasse entgegenzuwirken.

In unseren Gesprächen und Untersuchungen erweist sich F. als ein intellektuell und emotional altersgemäß entwickelter, zugewandter und kooperativer Junge. In der äußeren Erscheinung weisen die leichte bräunliche Pigmentierung der Haut sowie die flache Nasenwurzel erst bei genauer Betrachtung auf die mischfarbige Abstammung hin. Die volle familiäre Zugehörigkeit scheint für F., der seit längerem von seinem Adoptionsstatus weiß, letztlich nicht in Frage zu stehen. Andererseits nimmt er die innerfamiliäre Spannung und Sorge wahr, mit der die Eltern ihm gegenüber reagieren. In einem Bild, das die Familie in Tieren darstellt, zeichnet er alle Familienmitglieder als Schweine. Nachdem er die Zeichnungen für alle anderen Personen rosafarben ausgemalt hat, benutzt er für sein eigenes Tierbild einen schwarzen Stift. In der Untersuchung fallen deutliche Hypermotorik und vermehrte Ablenkbarkeit auf. Während wir hierfür eine medikamentöse Beeinflussung erwägen, schließen wir uns im übrigen der bereits vorliegenden Einschätzung der Problematik an und nehmen unsererseits Beratungsgespräche mit den Eltern auf.

Im Verlauf der Unterredungen wird die anklagende Haltung der Adoptiveltern gegenüber den Schwierigkeiten von F. deutlicher. Insbesondere können sie das sozial unangepaßte Verhalten nicht tolerieren, signalisieren den dringenden Verdacht auf eine entsprechende genetische Veranlagung. F. besucht unterdessen die Vorschulklasse, wobei ihn vor allem die Adoptivmutter voller Sorge nahezu ständig beobachtet. Sie teilt der Lehrerin bereits bei den ersten Schwierigkeiten, die durch die Unruhe des Kindes entstehen, den Adoptionsstatus des Jungen mit. Sie habe sich dadurch mehr Verständnis für die spezielle Situation des Jungen erhofft. Insbesondere ist es die Mutter, die an der intellektualisierenden Reflexion über alle angesprochenen Fragen festhält, wodurch sie augenschein-

lich ihre emotionale Unsicherheit zu verdecken sucht. Wir beobachten, daß sich der Adoptivvater, der eine deutlich stärkere gefühlsmäßige Beziehung zu F. erkennen läßt, zunehmend mit dem Problem der Loyalität zu seiner Ehefrau konfrontiert sieht. Nicht zuletzt aufgrund dieser Einschätzung entsprechen wir dem fortgesetzten Drängen der Eltern, F. die Teilnahme an einer sozialen Gruppentherapie zu ermöglichen. Wir planen diese in Zusammenarbeit mit der Vorschullehrerin. Es gelingt bislang jedoch nur sehr ansatzweise, die problematische, einengende Erziehungskonzeption aufzulockern. So beschäftigte die Eltern beispielsweise eine als sehr verantwortungslos erlebte Handlung des Jungen, die darin bestanden hatte, daß der 6jährige F. trotz eines ausdrücklichen Verbotes die Wachskerzen des Weihnachtsbaumes ohne ihr Beisein angezündet hatte, derart, daß sie in einem dringenden Telefonanruf um Rat für nun erforderliche Sanktionen und pädagogische Konsequenzen nachsuchten.

## 7. Diskussion

In den beiden dargestellten Fällen wird die eingeschränkte Toleranz der Adoptiveltern gegenüber dem störenden Verhalten ihres Kindes deutlich. Ganz besonders sind es jeweils soziale Schwierigkeiten, die die Reaktionen der Eltern auslösen, wie wir dies auch für die Mehrheit der Untersuchungsstichprobe feststellten. In beiden Fallbeispielen sind die Eltern auffallend schnell bereit, ihre elterliche Verantwortung für das Kind einzuschränken, aufzugeben bzw. sie an Institutionen zu delegieren. Indem sie an der Überzeugung festhalten, das Kind habe sich aufgrund seiner Veranlagung oder der erlittenen Vorschädigung so problematisch entwickelt, ziehen sie eine letzte Mitverantwortlichkeit an der sozial abweichenden Entwicklung nicht ernsthaft in Erwägung. Das Vorgehen der Mutter von F., die der Vorschulergotherin beim ersten Auftreten von Störungen sofort die Adoptionstatsache offenlegt, dürfte zutreffend die Suche nach Entlastung von eigener Verantwortung widerspiegeln. Die überängstliche Reaktion der Mutter hindert sie ihrerseits daran, psychologisch fundierte Ratschläge für die noch gering ausgeprägten Störungen des Kindes annehmen und pädagogisch umsetzen zu können. Vielmehr finden sich Anzeichen dafür, daß das Problemverhalten in keinem Fall toleriert werden kann, daß es nicht aus der Gesamtentwicklung des Kindes heraus verstanden wird, und daß vor allem die Wechselwirkung zwischen dem eigenen erzieherischen Verhalten und der Störung des Kindes mangelhaft eingeschätzt wird. Während die Adoptiveltern von F. mit Angst und Sorge auf die durch sie aggravierten Störungen im Sozialverhalten reagieren, ist bei A.'s Mutter die Ablehnung des sich fehlverhaltenden Kindes vollständig.

Was veranlaßt diese Eltern zu einer solchen Überbewertung der dissozialen Störungen, die sie augenscheinlich als eine nur schwer oder schließlich nicht mehr zu tolerierende Herausforderung erleben? Bewertet man die in beiden Kasuistiken dargestellte und auch mehrheitlich für die Gesamtstichprobe beschriebene einengende, überfürsorgliche, kritisierende Erziehungshaltung als Ausdruck von Furcht vor Verlust sozialer Anerkennung, so könnte gerade das soziale Fehlverhalten des eigenen Kindes zur Aktualisierung dieser Befürchtungen führen. Weiter wäre dann die Annahme gerechtfertigt, daß solche Ängste bereits vor der

Entscheidung zur Adoption bestanden haben. Dies aber würde bedeuten, daß die Adoptiveltern die Elternschaft für ihr Adoptivkind von vornherein nur unter dem Vorbehalt zu übernehmen bereit waren, daß ihnen eine sozial schwierige Entwicklung des Kindes nicht zugemutet würde. Dieser Vorbehalt hätte sich dann andererseits auf die spätere Bereitschaft oder Fähigkeit des Kindes bezogen, durch sein sozial adäquates, eventuell vorbildliches Verhalten die Adoptionsentscheidung der Eltern erst im nachhinein zu rechtfertigen. Bleibt eine solche Rechtfertigung jedoch aus, so wird das sozial abweichende Verhalten des Adoptivkindes nun zur tatsächlichen Bedrohung der sozialen Ansprüche der Adoptiveltern, die sich jetzt als Eltern eines „gestörten Kindes“ tief betroffen und gekränkt fühlen. Das unangepaßte Verhalten führt zum Entzug der elterlichen Akzeptanz, des Angenommenseins durch die Eltern. Der Rückzug auf die Einstellung: „Du bist nicht unser Kind“, die zum Teil offen so geäußert wird, zum Teil sich in der Überbewertung des unerwünschten Verhaltens manifestiert, ruft ihrerseits erst schwereres Störverhalten hervor, das wiederum noch stärker von den Eltern abgelehnt wird; ein *circulus vitiosus*, der in die Heimunterbringung einmünden kann.

Einen solchen Zusammenhang stützen Beobachtungen, die beispielsweise Lewis und Mitarbeiter (1977) machten. Sie untersuchten Jugendliche, die sich vor einem Jugendgericht wegen verschiedener Delikte zu verantworten hatten. Sie verglichen dabei 7 Adoptivkinder mit 26 in ungünstigem und wenig förderndem Milieu, aber bei ihren leiblichen Eltern aufgewachsenen Kindern. Obwohl die Delikte in der Gruppe „der vernachlässigten“ Jugendlichen gravierender waren, setzten sich deren Eltern nachhaltiger vor dem Jugendrichter für sie ein, als dies die Adoptiveltern für ihre Kinder taten. Diese hatten zwar früher häufiger Beratungsstellen wegen der Probleme ihrer Söhne und Töchter aufgesucht, zogen sich jetzt aber eher von ihren Kindern zurück. Die Autoren interpretieren diesen Befund als Ausdruck einer von vornherein mangelnden Tragfähigkeit der Eltern-Kind-Beziehung, die schließlich den Belastungen einer Krisensituation nicht mehr standhält. Auch von anderen Autoren wird immer wieder die Unsicherheit oder Sicherheit bei der Übernahme der elterlichen Rolle und Verantwortungsbereitschaft als entscheidend für das Gelingen des Adoptionsverhältnisses eingeschätzt (Reece und Levin, 1968; Lawder et al., 1969; Bourgeois, 1975). Die mangelnde Verarbeitung des Andersseins, des Rollenhandicaps (Kirk, 1964), welches biologisch mit dem Fehlen von eigener Schwangerschaft und Geburt, emotional häufig mit dem Problem der Infertilität sowie auch der Illegitimität und sozial mit einer Minoritätszugehörigkeit (Pringle, 1967; Humphrey, 1969) im Zusammenhang steht, gefährdet von vornherein das Entstehen einer stabilen Beziehung zwischen Eltern und Kind.

Es sei abschließend daran erinnert, daß unsere hier vorgelegten Überlegungen und Erklärungsansätze aus der Untersuchung von Adoptivkindern entwickelt wurden, die wegen eines Problemverhaltens in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung vorgestellt wurden. Die Zusammenstellung einer Vielzahl auch kontrollierter größerer Adoptionsuntersuchungen, die auf Bewertungen von Eltern, Kindern und dritten Beobachtern basieren, ergab mit Pro-



zentwerten zwischen 75–99% ein hohes Ausmaß an unproblematischen und seitens der Eltern als erfolgreich eingeschätzten Entwicklungen von Eltern-Kind-Beziehungen in Adoptivfamilien (Jungmann, 1980).

### Summary

#### *Adoption with Reservations? On Psychic Problems in Adopted Children.*

This study concerns 28 adopted children and adolescents, patients of the Child and Adolescent Psychiatry Ward at the Free University in Berlin between 1976 and 1979 (1.3% of all patients during that period).

Most of the subjects suffered from behavioral disorders of dissocial type. The question as to whether specific problems concerning the parent-child relationship can be traced in these children is investigated. In the majority of the cases the parent-child relationship was found to be impaired by a reduced tolerance level in the parents towards the child. This was manifest in form of overprotection, and control, emotional rejection, rigidity, and increased achievement expectancy. The findings are elucidated by two case histories.

Discussed is the hypothesis that the parents in their decision to adopt a child had assumed this child would develop normally without disorders. That this parental assumption may have produced or at least intensified the behavioral disorder in the child is brought forth as another hypothesis.

### Literatur

Bohman, M.: Adopted children and their families. Proprius, Stockholm 1970. – Borgatta, E. F., Fanshel, D.: Behaviour characteristics of children known to psychiatric outpatient clinics with special attention to adoption status, sex and age groupings. Child Welfare League of America, Inc. New York 1965. – Bourgeois, M.: L'adoption et ses aspects psychiatriques. Ann. Médico – Psychol. 2, 73–103, 1975. – Elonen, A. S., Schwartz, E. M.: A longitudinal study of emotional, social, and academic functioning of adopted children. Child Welfare 48, 72–78, 1969. – Humphrey, M.: The hostage

seekers: A study of childless and adopting couples. Longman, in association with the National Children's Bureau, London 1969. – Jungmann, J.: Forschungsergebnisse zur Entwicklung von Adoptivkindern. Z. Kinder- und Jugendpsychiatr., 8, 184–219, 1980. – Kirk, H. D.: Shared fate: A theory of adoption and mental health. Collier-Macmillan, London 1964. – Kirk, H. D., Jonassohn, K., Fish, A. D.: Are adopted children especially vulnerable to stress? Arch. Gen. Psychiat. 14, 291–298, 1966. – Lawder, E. A., Lower, K. D., Andrews, R. G., Sherman, E. A., Hill, J. G.: A follow-up study of adoptions: Post placement functioning of adoption families. Child Welfare League of America, Inc. New York 1969. – Lewis, D. O., Balla, D., Lewis, M., Gore, R.: The treatment of adopted versus neglected delinquent children in the court: A problem of reciprocal attachment? In: S. Chess, A. Thomas (Hrsg.), Annual progress in child psychiatry and child development. Brunner & Mazel, New York 1977. – Loper, N. F.: A comparative study of the personality factors and social histories of three groups of adopted adults. Phil. Diss. California School of Profess. Psychol., Los Angeles 1977. – Menlove, F. L.: Aggressive symptoms in emotionally disturbed adopted children. Child Developm. 36, 519–532, 1965. – Napp-Peters, A.: Adoption – Das alleinstehende Kind und seine Familien. Luchterhand, Neuwied/Darmstadt 1978. – Offord, D. R., Aponte, J. F., Cross, L. A.: Presenting symptomatology of adopted children. Arch. Gen. Psychiat. 20, 110–116, 1969. – Pringle, M. L., Kellmer: Adoption – facts and fallacies. A review of research in United States, Canada and Great Britain between 1948 and 1965. Longman, in association with the National Children's Bureau, London 1967. – Reece, S. A., Levin, B.: Psychiatric disturbances in adopted children: A descriptive study. Social Work 13, 101–111, 1968. – Seglow, J., Pringle, M. L., Kellmer, Wedge, P.: Growing up adopted. National Foundation for Educational Research in England and Wales, National Children's Bureau, 1972. – Simon, N. M., Senturia, A. G.: Adoption and psychiatric illness. Amer. J. Psychiat. 122, 858–868, 1966. – Taichert, L. C., Harvin, D. D.: Adoption and children with learning and behavior problems. West J. Med. 122, 464–470, 1975. – Work, H. H., Anderson, H.: Studies in adoption: Requests for psychiatric treatment. Amer. J. Psychiat. 127, 948–950, 1971. – World Health Organisation: Glossary of mental disorders and a Guide to their classification: for use in conjunction with International Classification of Diseases, 8th Revision. Who, Geneva 1974.

Anschr. d. Verf.: Dr. Joachim Jungmann, Freie Universität Berlin, Universitätsklinikum Charlottenburg, Abt. f. Psychiatrie u. Neurologie des Kindes- und Jugendalters, Platanenallee 23, 1000 Berlin 19.