

## Inhalt:

Editorial: 395 Störungen und 1000 Kriterien <i>Ingo Spitzcok von Brisinski</i> .....	2
Ärztlich-ethische Leitlinie zur körperlichen und neurologischen Untersuchung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie .....	5
Bipolare affektive Störungen im Kindes- und Jugendalter – eine Übersicht <i>Hellmuth Braun-Scharm, Jörg Leeners, Janet Schmidhauser</i> .....	11
Lese-Rechtschreib-Störung - was kann eine systemische Sichtwei- se zur Behandlung beitragen? <i>Bodo Pisarsky, Manfred Mickley</i> .....	51
Die stationäre Behandlung von Kindern mit ADHS in Wohngruppen der Jugendhilfe <i>Nicole Bach, Regina Freisberg, Ulrich Preuss</i> .....	76
<i>Buchbesprechungen:</i>	
Kampfspiele machen Spaß und unterstützen Jungen in ihrer per- sönlichen Entwicklung .....	88
Autorität durch Beziehung. Die Praxis des gewaltlosen Widerstands in der Erziehung .....	90
ADHS bei Klein- und Vorschulkindern .....	93
Autismus, Sprache, Kommunikation: sprachliche Besonderheiten von Menschen mit Autismus dargestellt anhand autobiographischer Texte .....	97
Hinweise für Autoren .....	100

## **Editorial: 395 Störungen und 1000 Kriterien**

Liebe Leserinnen und Leser,

die Etablierung von ICD und DSM hat zweifellos große Fortschritte hinsichtlich der Reliabilität von Diagnosen mit sich gebracht und auch hinsichtlich der Ergebnisse Diagnose bezogener Behandlungen. Oft erleichtern uns im Alltag Klassifikationsschemata die Arbeit: Syndrom-Erstverdacht – Abfragen des zugehörigen Kriterienkomplexes - Diagnose (wieder-)erkannt – passende Leitlinie berücksichtigt – Behandlungskonzept ausgewählt.

Heute hatte ich es jedoch mal wieder mit einem kleinen Patienten zu tun, der sich nicht so recht einer der vielen amtlichen Kategorien – DSM-IV-TR zählt immerhin 395 Störungen und ca. 1000 Kriterien auf, ICD-10 unterscheidet sich quantitativ auch nicht um Zehnerpotenzen – guten Gewissen zuordnen ließ: Vorgestellt wurde er mir mit dem Verdacht auf ein Asperger-Syndrom, und tatsächlich fanden sich auch eine Reihe von Symptomen, die für dieses Syndrom typisch sind: mangelnder Blickkontakt, Schwierigkeiten im Umgang mit neuen Situationen, motorische Ungeschicklichkeit, ist in einigen Dingen überraschend gut und in anderen überraschend schwach, nimmt nur eine sehr begrenzte Anzahl verschiedener Speisen zu sich und lehnt es ab, neue wenigstens zu probieren. Andererseits liebt Andreas (Name geändert) Kuschelein „bis zum Abwinken“, ist mittlerweile gut in seiner Kindergartengruppe (5-6 Kinder) integriert und hat zwei gleichaltrige Freundinnen in der Nachbarschaft, mit denen er auch außerhalb der Kindergartenzeiten stundenlang zusammen spielt. Besondere Gewohnheiten wurden nicht berichtet, zwanghafte Wiederholungen oder Stereotypen auch nicht. Es bestand nicht der Eindruck, dass er in seiner eigenen Welt mit eingeschränkten sonderbaren Interessen lebt, und er zeigt keine mangelnde Empathie. F84.5 bzw. 299.80 passen daher meines Erachtens nicht. Im Gespräch bekam ich anfangs keinerlei Antworten, und die Mutter berichtete, dass dieses Verhalten ganz typisch sei für Andreas: Während er ihr zu Hause „ein Ohr ablabere“, bekomme er bei Fremden kein Wort heraus. In der seit zwei Jahren laufenden logopädischen Behandlung wegen F80.0 mache er gut mit, bis in

den letzten 10 Minuten eine andere Logopädin mit einem weiteren Patienten hinzukomme zwecks Kleingruppenbehandlung: Ab da bleibe er stumm. Aha, dachte ich, wie wäre es mit F94.0? Allerdings äußerte sich Andreas im weiteren Verlauf der kinderpsychiatrischen Untersuchung dann spontan mehrfach und war schließlich auch gut in der Lage, auf meine Fragen laut und deutlich zu antworten, solange sie etwas mit Malen oder Rechenaufgaben zu hatten. Im Kindergarten mache er im Stuhlkreis mit und auch alle anderen Gruppenspiele, solange er sich in seiner vertrauten Gruppe aufhalte. Werde aber eine Gruppe aufgeteilt und komme es so zu einer Gruppenszusammensetzung, blockiere er völlig. Vielleicht doch eher F93.2? Ich war schon fast dabei, Andreas einzuordnen, als er „einen Fehler machte“: Obwohl Andreas erst 6 Jahre alt ist und noch den Kindergarten besucht, löst er im Kopf Multiplikationsaufgaben, die dem Niveau der 3. Klasse entsprechen. Immer wieder forderte er mich auf, ihm eine weitere Rechenaufgabe zu stellen, die er korrekt aufschrieb. Fünfzehn Mal präsentierte er mir stolz ein richtiges Ergebnis, so dass ich mir die Frage stellte, ob möglicherweise eine Hochbegabung vorliegt. Dann kam aber plötzlich ein falsches Ergebnis und es wurde deutlich, dass Andreas „anders“ rechnet als wir es gewohnt sind. Wie, konnte er bisher weder seiner Mutter noch mir erklären. Nur auswendig gelernt waren die Aufgabenergebnisse aber anscheinend auch nicht. Doch ein wenig F84? Der zuvor durchgeführte CFT1 hatte im Testteil „Wahrnehmungsumfang / -tempo einen Wert von 99 erbracht, im Testteil „Erkennen von Regeln und Gesetzen / Grundintelligenz“ einen Wert von 136. Ist alles durch Wahrnehmungsstörungen zu erklären? Krankengymnastik aufgrund von F82 war bereits durchgeführt worden und Ergotherapie aufgrund von F88 auch. Ich entschied mich, zunächst Verdacht auf F93.2 ins KIS einzutragen, ganz wohl war mir dabei allerdings nicht, zumal bei näherer Nachfrage die Mutter berichtet, dass es Andreas am Anfang seiner Kindergartenzeit schwer fiel, Kontakt zu Gleichaltrigen aufzubauen und zu pflegen trotz eines nur wenig älteren Bruders...

Auf der vierten Achse MAS gab es außer rezidivierenden Bronchitiden in der Vergangenheit nicht viel zu holen, auf der fünften Achse immerhin 5.1 (was nach meinem Empfinden heutzutage gar nicht mehr so ganz durchgängig als „abnorm“ einzustufen ist).

Entscheidungen bzgl. formaler Diagnoseneinträge könnte man ja zur Not noch für zweitrangige Problematik halten, aber was sage ich

der Mutter und was sage/schreibe ich dem überweisenden Kinderarzt? In solchen Situationen hätte ich gern die Möglichkeit, mir einen eigenen Mix zusammenzustellen. Sagte da jemand, das ist doch gar kein Problem, schließlich gibt es doch F98.8? Schau ich mir die in der ICD-10 unter F98.8 aufgezählten „dazugehörigen Begriffe“ an (Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität, Daumenlutschen, exzessive Masturbation, Nägelkauen, Nasebohren) wird mir nicht gerade wohler...

Da es mir widerstrebt, hier eine weitere „Anleitung zum Unglücklichsein mit psychiatrischen Klassifikationen“ (Spitzcok von Brisinski, 1999) zu veröffentlichen, fand ich ausgerechnet Trost im DSM-IV-TR, denn da heißt es auf Seite XXII: „Mit zunehmender Erhöhung der Übereinstimmung psychiatrischer Diagnosen stellt sich jedoch weiterhin die Frage nach deren Gültigkeit. Birley (1990) hat hierzu gefragt, ob man nicht Gefahr läuft, mit wachsender Anzahl und Vielschichtigkeit der Kriterien ‚etwas Vages wie etwas Präzises‘ zu behandeln, ohne sich der Unbestimmtheit bewußt zu sein.“

Ihr

*Ingo Spitzcok von Brisinski*

## **Literatur**

*Birley, J.L.T.* (1990) DSM-III: From left to right or from right to left? *British Journal of Psychiatry*, 157, 116-118

*Remschmidt, H., Schmidt, M., Poustka, F.* (Hg.) (2001) Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 4., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Bern: Hans Huber Verlag

*Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Houben, I.* (2003) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. Textrevision - (DSM-IV-TR). Göttingen: Hogrefe-Verlag

*Spitzcok von Brisinski, I.* (1999) Zur Nützlichkeit psychiatrischer Klassifikationen in der systemischen Therapie - DSM, ICD und MAS als Hypothesenkataloge dynamischer Systemkonstellationen. *Zeitschrift für systemische Therapie* 17, 43-51

*Weltgesundheitsorganisation* (2004) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5., durchges. u. erg. Aufl. Bern: Hans Huber Verlag

# **Ärztlich-ethische Leitlinie zur körperlichen und neurologischen Untersuchung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**

*Ethik-Kommission der 3 Fachgesellschaften für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*

## **Einleitung**

Die Untersuchung von Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist eine ärztliche Untersuchung, die die körperliche Untersuchung zusammen mit Befunderhebungen in anderen Bereichen als unabdingbaren Bestandteil enthält. Sie erfolgt mit der Zielsetzung, seelisches und körperliches Leiden zu erkennen, in dem sie Befunde erhebt, die zur Erklärung krankhafter Störungen dienen. Sie beinhaltet grundsätzlich die Untersuchung aller Körperteile sowie die neurologische Untersuchung. Voraussetzung für ihre Durchführung sind das Vertrauen der Untersuchten und ihrer Sorgeberechtigten in das ärztlich-ethische Handeln untersuchender Ärztinnen und Ärzte, sowie der achtungsvolle Umgang der Untersucher mit dem Untersuchten.

## **Ethische Grundsätze**

Die Entwicklung des Vertrauensverhältnisses macht die Beachtung von Grundsätzen erforderlich, die für das gesamte diagnostische und therapeutische Handeln gelten. Ihre Beachtung engt die körperliche Untersuchung nicht ein, sondern sichert ihre Durchführung gegen Zweifel ab.

Das Vertrauensverhältnis eröffnet den privilegierten ärztlichen Zugang zum Körper, der ethisch eine besondere Verantwortung bedingt (Fegert 2002). Gegebenenfalls wird die Übertragung auf einen anderen Untersucher erforderlich, weil die körperliche Untersuchung eine nachfolgende therapeutische Beziehung beeinträchtigen kann.

Vier Prinzipien ärztlich-ethischen Handelns sind in der „Berufsordnung für Ärzte“ der Bundesärztekammer festgelegt (Wiesing 2000). Sie beinhalten:

1. Die Selbstbestimmung des Patienten zu respektieren
2. Im besten Interesse des Patienten zu handeln
3. Nicht zu schaden
4. Begrenzte Mittel gerecht zu verteilen

Um Verletzungen der Integrität von Patienten vorzubeugen, hat die gemeinsame Ethikkommission der drei Deutschen Fachgesellschaften für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie folgenden Grundsatz für ethisches Handeln formuliert (Z. Kinder-Jugendpsych. 29, 150-151 (2001):

„Unvermeidbar ist der therapeutischen Beziehung ein Ungleichgewicht zu eigen, das den Kinder- und Jugendpsychiater und Therapeuten mit Macht ausstattet. Die sich daraus ergebende besondere Schutzbedürftigkeit der Patienten sowie die Loyalitätspflichten gegenüber dem Kind bzw. Jugendlichen und grundsätzlich auch gegenüber seinen Eltern erfordern die Beachtung sowie die Einhaltung ethischer Normen.“

Im Einzelnen beinhalten die ethischen Grundsätze Regeln für das ärztlich-diagnostische und therapeutische Handeln, darunter als oberstes Gebot, die Abhängigkeit des Patienten nicht auszunutzen, die besondere therapeutische Beziehung zu schützen sowie die eigene berufliche Kompetenz zu erhalten und zum Wohle des Patienten zu nutzen.

## **Praktische Durchführung**

### **a) Einwilligung in die Untersuchung**

Diagnostik und Therapie setzen die Einwilligung des Patienten voraus. Bei Minderjährigen erfolgt die Einwilligung stellvertretend durch die Eltern bzw. Sorgeberechtigten. Im Einzelfall kann diese grundsätzliche Regelung zum Problem werden (Warnke, Fegert, Wewetzer, Renschmidt 2003), wenn Eltern die Erkrankung des Kindes absichtlich erzeugt haben oder vortäuschen (artefizielle Störung), die Untersuchung verweigern und/oder Misshandlung/Missbrauch vorliegen. Das elterliche Einverständnis kann durch Einschaltung des zuständigen Gerichtes ersetzt werden.

Dem Kind soll grundsätzlich Einwilligungsfähigkeit zugestanden werden; es steht aber im persönlichen Ermessen des Arztes, es in die Entscheidung einzubeziehen. Jugendliche sollen in der Regel mitentscheiden.

### **b) Die körperliche Untersuchung**

Die körperliche Untersuchung folgt in der Regel auf die Erhebung der Anamnese und die Exploration, die den für die Untersuchung notwendigen Kontakt herstellen. Sie soll in einer ruhigen Atmosphäre bei unverschlossener Tür stattfinden. Patienten und Angehörige sind über Zweck und Ablauf der Untersuchung aufzuklären. Bei jungen Kindern ist die Anwesenheit eines Elternteils erforderlich, bei älteren Kindern und Jugendlichen ist die Untersuchung durch gleichgeschlechtliche Untersucher in Anwesenheit von gleichgeschlechtlichen Dritten zu empfehlen. Die Untersuchung im unbedeckten Zustand erfolgt am Besten fraktioniert, so dass jeweils nur ein Körperteil unbedeckt ist; bei bestimmten Krankheitsbildern, z.B. Anorexie, kann jedoch die Untersuchung im vollständig unbedeckten Zustand, auch wiederholt, notwendig werden. Andererseits kann sich die körperliche Untersuchung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie je nach Vorgeschichte und Fragestellung auf die Inspektion und eine orientierende neurologische Untersuchung beschränken. Grundsätzlich sollen immer ein allgemeiner Körperstatus erhoben, Körpergröße und Gewicht, Kopfumfang und Blut-

druck gemessen, sowie Sehvermögen und Gehör geprüft werden. Die vollständige körperliche Untersuchung eines akut psychotischen und verwirrten Patienten darf zurückgestellt werden, bis ein besserer Kontakt möglich ist, es sei denn, eine organische Ursache für das Zustandsbild muss ausgeschlossen werden. Untersuchungsergebnisse sind schriftlich in der Krankenakte zu dokumentieren.

## **Foto-Video**

Fotografische und Videoaufnahmen des Körpers und von Körperregionen bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Sorgeberechtigten. Sie stellen Befunddokumente dar, die für klinische und/oder wissenschaftliche Zwecke nutzbar sind. Ihre Aufbewahrung erfolgt entweder in der Krankenakte oder in einem gesicherten, ausgewählten Personen zugänglichen Archiv.

## **Die Untersuchung des Genitale und die rektale Untersuchung**

Die Untersuchung des Genitale im Rahmen der Kinder- und jugendpsychiatrischen Untersuchung erfolgt durch Inspektion am stehenden oder liegenden Patienten. Sie ermöglicht die Einschätzung des Reifungszustandes und beim männlichen Patienten eine Orientierung über Hodengröße, Hodenhochstand und den Zustand der Vorhaut. Eine detaillierte Untersuchung soll nur dann erfolgen, wenn sich aus der Inspektion Hinweise auf Anomalien ergeben. Ein Hodenhochstand lässt sich durch Palpation rasch diagnostizieren.

Die Untersuchung des weiblichen Genitale erfolgt durch Inspektion. Die vaginale Untersuchung muss durch Spezialisten erfolgen.

Die neurologische Untersuchung in der Genital- und Gesäßregion erfordert ebenfalls nur kurzfristig die unbedeckte Exposition zur Prüfung von Sensibilität, Reflexen und Motorik, falls sich aus Symptomatik und Vorgeschichte Hinweise auf Störungen in diesem Bereich ableiten lassen.

Die rektale Untersuchung erfolgt nicht als Routine, sondern nur, wenn Symptomatik und Vorgeschichte Hinweise auf Störungen ergeben. Weitergehende apparative Untersuchungen (Uroflow-Diagnostik, rektale Manometrie) sind hierfür spezialisierten Untersuchern vorbehalten.



## **Untersuchung bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch**

Kinder und Jugendliche, bei denen der Verdacht auf sexuellen Missbrauch besteht, müssen unter den besonderen Vorzeichen dieser Fragestellung körperlich untersucht werden. Da das Ergebnis dieser Untersuchung die Aufdeckung von Handlungen sein kann, die die gestörten Familienbeziehungen zusätzlich belasten und ggf. legale Konsequenzen nach sich ziehen, sind Misstrauen von Angehörigen und Ängste der Betroffenen groß. Entsprechend hoch sind die Anforderungen an die Fähigkeit der Untersuchenden zur Vertrauensbildung. Die Untersuchung soll deshalb durch Ärztinnen und Ärzte erfolgen, die über spezielles Wissen verfügen und im Umgang mit dem Problem erfahren sind.

Die Leitlinien der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1988) enthalten detaillierte Vorschläge für die körperliche Untersuchung unter dieser Fragestellung:

1. Das zu untersuchende Kind soll entscheiden, ob es von einer Ärztin oder einem Arzt untersucht werden möchte.
2. Anwesenheit einer zweiten, erwachsenen Vertrauensperson während der Untersuchung .
3. Untersuchung sobald wie möglich, um Beweismaterial zu sichern, möglichst innerhalb von 72 Stunden.
4. Untersuchung vorzugsweise in einer Praxis und nicht in einer Notfallambulanz.
5. Untersuchung des Genitale als Teil einer körperlichen Gesamtuntersuchung, begleitet von Erklärungen des Arztes über das, was geschieht und warum es geschieht.
6. Vaginale und rektale Untersuchung, deren Durchführung und Zuverlässigkeit jedoch durch affektive Spannung bei den Untersuchten beeinträchtigt sein kann.
7. Bei Verweigerung der Untersuchung soll die Untersuchung aufgeschoben und nach eingehender Vorbereitung bei Kooperationsfähigkeit wiederholt werden. Ergänzend wird von Fegert (1993) empfohlen, dass Mädchen von der Kinderpsychiaterin, die das Kind bereits kennt, zur gynäkologischen Untersuchung als Vertrauensperson begleitet werden.

Die amerikanischen Richtlinien, für die es im deutschen Schrifttum noch keine Entsprechung gibt, sollen ohne Einschränkung übernommen werden.

## **Literatur**

Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte der Bundesärztekammer. In: Wiesing U. (Hrsg.) Ethik in der Medizin, S. 63-75, Philipp Reclam jun., Stuttgart 2000

Ethische Grundsätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Gemeinsame Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Ärzte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Z. Kinder-Jugendpsychiat. 29, 150-151 (2001)

Fegert, J.M. Sexuell missbrauchte Kinder und Recht, Bd. II, Die körperliche Untersuchung. Volksblatt Verlag, Köln 1993, S.22

Fegert, J.M. Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen und Abhängigen in Krankenbehandlung, Therapie und Pädagogik. In: J.M. Fegert und M. Wolff (Hrsg.) Sexueller Missbrauch durch Professionelle in Institutionen. Votum Verlag, Münster 2002

Guidelines for The Clinical Evaluation of Child and Adolescent Sexual Abuse. Position Statement of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat. 27, 655-657, 1988

Warnke, A., Fegert, J., Wewetzer, C. Remschmidt, H. Ethische Fragen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. In: Entwicklungspsychiatrie, B. Herpertz-Dahlmann, F. Resch, M. Schulte-Markwort, A. Warnke (Hrsg.) S. 358-372 Schattauer, Stuttgart New York 2003

### *Herausgeber:*

Ethikkommission der drei Kinderpsychiatrischen Fachgesellschaften, Federführung: J. Martinius

# **Bipolare affektive Störungen im Kindes- und Jugendalter – eine Übersicht**

*H. Braun-Scharm, J. Leeners, J. Schmidhauser*

## **Einleitung**

Die bipolaren Störungen haben in der deutschsprachigen Kinder- und Jugendpsychiatrie der zurückliegenden Jahre - von Ausnahmen abgesehen (Marcus, 2002) - nur geringe Beachtung gefunden. Dies wurde für frühere Jahre von Nissen (1975) gleichermaßen konstatiert. Amerikanische Arbeitsgruppen haben zwar den bipolaren Störungen des Kindes- und Jugendalters als potentieller Differentialdiagnose zum ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit- und Hyperaktivitäts-Syndrom) eine gewisse Popularität verschafft, ansonsten führen die bipolaren Psychosen im deutschsprachigen Raum aber, sowohl in klinischer als auch in wissenschaftlicher Hinsicht, ein Schattendasein. Im Kindesalter ist im europäischen Raum die Diagnose bipolarer Störungen derart ungewöhnlich, dass sie vielerorts bislang überhaupt nicht vorkommt. Auch im Erwachsenenalter sind gemäß bibliometrischer Analysen die bipolaren Störungen weniger intensiv bearbeitet als die schizophrenen Psychosen (Clement et al., 2003). Eine Auswertung der Publikationen zeigt, dass die Publikationen zu den bipolaren Störungen in den letzten Jahren eher abgenommen haben. Eine Änderung dieser Situation ist erst in allerletzter Zeit zu beobachten.

Neue, aus dem Erwachsenenbereich stammende Konzepte zu den bipolaren Störungen sind in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nur unzureichend rezipiert worden, obgleich sie für Früherkennung, Frühbehandlung und Differentialdiagnose der im Jugendalter beginnenden bipolaren Störungen von großer Bedeutung sind (Carlson & Kashani, 2002; Conus & McGorry, 2002). Im Folgenden sollen des-

halb kurz die bisherige Entwicklung und der aktuelle Stand des Wissens über bipolare Psychosen wiedergegeben werden.

## **Geschichte**

Bipolare Störungen, synonym auch manisch-depressive Störungen genannt, zählen zu den klassischen psychiatrischen Krankheitsbildern. In Analogie zu den schizophrenen Psychosen werden sie auch als bipolare Psychosen bezeichnet, in den Klassifikationssystemen sind sie unter den affektiven Störungen subsumiert.

Im europäischen Kulturraum finden sich erste Beschreibungen in den hippokratischen Schriften (Angst & Marneros, 2001; Glovinsky 2002). Neuzeitliche Konzeptionen zyklischer oder zirkulärer psychischer Störungen sind erstmals in der französischen Psychiatrie am Ende des 19. Jahrhunderts (Falret, 1854; Baillarger, 1854) anzutreffen. Diese Ansätze wurden von Kahlbaum 1863 und 1882 ins Deutsche übertragen. Kraepelin (1893, 1896) berücksichtigte die dann lange Zeit als „manisch-depressiv“ gekennzeichneten Störungen als eine Hauptgruppe in dem wesentlich von ihm selbst konzipierten dichotomen System der affektiven und schizophrenen Psychosen. Die Schule von Kleist (1911), Leonhard und Neele führte nicht nur die Begrifflichkeit der uni- und bipolaren Psychosen ein, sondern vertrat in Opposition zum System Kraepelins die Auffassung, dass sich innerhalb der Psychosen mehrere, auch genetisch unterscheidbare Krankheitsgruppen verbergen.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat sich jeweils an den Konzepten des Erwachsenenalters orientiert und keine eigene Nosologie entwickelt. In den frühen Arbeiten von Ziehen (1917) und Homburger (1926) ist dies gut erkennbar. Vielfach wird auch darauf hingewiesen, dass phasische (zirkuläre, manisch-depressive, bipolare) Störungen im Kindesalter sehr selten zu beobachten seien (Kasarin, 1931; Lurie et al., 1936; Cruz, 1972). Das Vorkommen rascher Phasenwechsel (rapid cycling) und die damit verbundene Erschwerung einer vollkommenen Remission im Intervall (Remschmidt et al., 1973) ist in diesen Arbeiten bereits mehrfach beschrieben.

Nachdem die fachliche Diskussion lange Zeit stagniert hatte, gelten die 60er Jahre des 20. Jahrhunderts als Renaissance der bipolaren Störungen im Erwachsenenalter. Die Monographien von Angst

(1966), Perris (1966) und Winokur et al. (1969), und das sich daran anschließende vermehrte wissenschaftliche Interesse brachten neues Leben in die Diskussion um Definition, Abgrenzung und Differentialdiagnose der bipolaren Störungen.

## Klassifikation

Während ICD-10 auf konventionelle Art die verschiedenen Episoden einer bipolaren Störung deskriptiv klassifiziert (depressiv, manisch, remittiert), sind im DSM-IV bereits neuere konzeptionelle Ansätze vertreten (Tab. 1), die in der europäischen Kinder- und Jugendpsychiatrie bislang kaum zur Kenntnis genommen worden sind. DSM-IV unterscheidet die klassische Bipolar I-Störung mit manischen und manisch-depressiven Zuständen von der Bipolar II-Störung, die als schwere depressive Störung mit hypomanen Episoden gekennzeichnet wird. Auch Angst (1966) hatte als wichtiges Ergebnis der Zürich-Studie beschrieben, dass ein erheblicher Anteil der initial als depressiv diagnostizierten Patienten im längeren Verlauf hypomane Phasen aufweist, die häufig übersehen werden oder wegen zu kurzer Dauer nicht als diagnosebestimmende Symptomatik verwertet werden können. Ein ähnlicher, aktueller Befund stammt von Goldberg et al. (2001).

Tab. 1: ICD-10 und DSM-IV

<b>ICD-10</b>	<b>DSM-IV</b>
F 30 Manische Episode (incl. Hypomanie)	296.0x Bipolar I Störung
manische/depressive Episoden	manisch/manisch/depressiv
F31 Bipolare affektive Störung	296.89 Bipolar II Störung
	MDD und Hypomanie
F 34.0 Zykllothymie	301.13 Zykllothyme Störung

Eine luzide Aufarbeitung der unterschiedlichen Klassifikationen der bipolaren Störungen findet sich bei Erfurt und Arolt (2003).

## Klinische Symptomatik

*Bipolar I-Störungen* sind rezidivierende, episodische Störungen mit symptomarmen Intervallen. Während die akuten Phasen von unipolaren Depressionen oder Manien nicht zu unterscheiden sind, liegt das eigentliche Wesen der Bipolarität in der phasischen Schwankung der Symptomatik. Diese kann über eine gewisse Zeit regelmäßig sein, weist jedoch über die Zeit große intra- und interindividuelle Schwankungen und wechselhafte Ausprägungen im Verlauf auf. Bipolar I-Störungen sind tendenziell chronisch und vorwiegend depressiv (Judd et al., 2002). Hierzu gibt es aber auch kontroverse Befunde (Ghadirian, 1995).

*Bipolar II-Störungen* und das erweiterte bipolare Spektrum umfassen depressive und manische (hypomane) Zustände, die bei konservativer Klassifikation zum Teil als subsyndromal gewertet würden. Die klinische Herausforderung besteht vor allem darin, hypomane Phasen durch genaue Exploration zu erfassen.

Als *BIP III-Störungen* werden von Akiskal (2003) diejenigen maniformen Auslenkungen eingeordnet, die durch die Gabe von Antidepressiva ausgelöst werden.

Manische Phasen sind durch eine euphorische Stimmungslage, erhebliche Antriebssteigerung und verschiedene andere Symptome gekennzeichnet (s. Tab. 2);

Tab. 2: Kriterien Manie (DSM-IV)

Mindestens eine Woche gehobene, euphorische Stimmung oder Irritierbarkeit

*Drei der folgenden Symptome:*

Erhöhtes Selbstgefühl oder Größenideen

Vermindertes Schlafbedürfnis

Erhöhter Redefluss

Ideenflucht oder Gedankenrasen

Ablenkbarkeit

Erhöhtes Aktivitätspotential in Arbeit oder Sexualität oder psychomotorische Agitation

Erhöhte Geldausgabe oder andere lustbetonte Tätigkeiten

Kontroversen bestehen zu den verschiedenen „Mischzuständen“ (mixed states) der bipolaren Störungen. Die verschiedenen Definitionen umfassen das gleichzeitige Auftreten manischer und depressiver Symptome, die Mischung von Dysphorie und Manie, die Mischung von bipolaren Symptomen und komorbiden Persönlichkeitsstörungen, etc..

Bei Frauen wird die affektive Symptomatik durch den menstruellen Zyklus beeinflusst, allerdings in verschiedene Richtungen (Rasgon et al. 2003).

### **Diagnostische Besonderheiten im Jugendalter**

Es liegt in der Natur einer episodischen Störung polarer Ausprägung, dass bei der Erstmanifestation die Polarität des Geschehens bisweilen noch nicht erfasst werden kann. Aus diesem Grunde werden gelegentlich depressiv beginnende bipolare Störungen als Depressionen, maniform beginnende bipolare Störungen als Schizophrenien fehldiagnostiziert. Diese Fehldiagnosen sind im gewissen Ausmaß vermutlich nicht vermeidbar, andererseits muss bei rezidivierenden depressiven und schizophrenen Störungen auch die Möglichkeit einer bipolaren Natur der Problematik erwogen werden. Bei juvenilen Depressionen sollte dann an bipolare Störungen gedacht werden, wenn zusätzlich zur depressiven Symptomatik noch dysthyme, cyclothyme und hyperthyme Züge hinzukommen (Aiskal, 1995). Bei juvenilen Schizophrenien sollte an bipolare Störungen gedacht werden, wenn Größenideen und Größenwahn im Vordergrund des klinischen Bildes stehen.

Vermeidbare Fehldiagnosen entstehen vor allem durch mangelnde Exploration. Bei vielen beginnenden bipolaren Störungen lassen sich bei genauer Exploration der Patienten und ihrer Angehörigen prodromale subklinische episodische Verstimmungen eruieren. Diese können, müssen aber nicht vom gleichen Typ wie die Erstmanifestationssymptomatik sein. Eine weitere, meist aufwändige Aufgabe ist die Eruierung von hypomanen Phasen, weil diese nahezu immer von den Patienten und ihren Angehörigen als normale, nicht-pathologische Zustände deklariert werden. Bei depressiven Schwankungen wiederum neigen die meisten Menschen dazu, von

lebensgeschichtlichen Belastungen als alleiniger Ursachen der Verstimmung auszugehen.

Es ist deshalb in der Regel eine ausführliche Aufklärung und Information der Familie über die Natur bipolarer und hypomaner Zustände erforderlich, um die Aufmerksamkeit der Familie überhaupt auf derartige phasische Abläufe zu lenken. Es ist anzunehmen, dass bei intensiver Exploration deutlich mehr beginnende bipolare Zustände diagnostiziert werden können als bisher.

Der Hypothese z.B. der Biederman-Gruppe, dass irritierbares, impulsives, aufmerksamkeitsgestörtes, hyperaktives oder aggressives Verhalten von Kindern nicht immer und nicht automatisch ein ADHS sein muss, ist durchaus zuzustimmen; hier ist eine kinderpsychiatrische Einengung des diagnostischen Sichtfeldes vermutlich vorhanden. Gleichzeitig klafft eine große Lücke zwischen bisherigen klinischen Erfahrungen und empirisch ermittelten Diagnosehäufigkeiten bipolarer Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Nissen, 1975), den sehr hohen Prävalenzdaten einzelner Arbeitsgruppen und ebenfalls sehr hoch wirkenden eigenanamnestischen Angaben vieler Patienten, die berichten, dass sie bereits im Kindes- und Jugendalter erste bipolare Symptome erlebt hätten. Hier scheinen noch etliche Glieder in der Beweiskette zu fehlen, die es erlauben würde, von einem wesentlich häufigeren Auftreten bipolarer Störungen im Kindes- und Jugendalter zu sprechen, als dies bislang üblich war.

### **Symptomatische Besonderheiten im Jugendalter**

Wie auch bei den schizophrenen Psychosen ist bei den bipolaren Störungen davon auszugehen, dass es sich bei der Manifestation im Jugendalter um klassische bipolare Störungen und nicht um eine gesonderte Krankheitsgruppe handelt. Insofern bestehen keine kategorialen, sondern eher dimensionale Unterschiede im Jugendalter. Das häufigste und am besten beschriebene Phänomen bei jungen Patienten ist das rapid cycling, das in unterschiedlicher Frequenz auftreten kann. Während im Erwachsenenalter die depressiven oder manischen Phasen häufig mehrere Wochen und Monate dauern, ist die Episodenfrequenz bei Jugendlichen oft höher und die Episodendauer kürzer (Nissen, 1975). Die Frequenzerhöhung der Episoden führt zu einer Verkürzung der Intervalle und mitunter dazu, dass symptomfreie Intervalle kaum noch auftreten (Findling et



al., 2001; Geller & Luby, 1997; Jones & Berney, 1987). Die gegenwärtig vorgeschlagenen Definitionen schneller Affektschwankungen sind Tab 3 zu entnehmen.

Tab. 3: rapid cycling

Rapid cycling	> 4 Episoden/Jahr
Ultrarapid cycling	> 4 Episoden/Monat
Ultradian cycling	täglich (mehrfach) wechselnde Episoden

Ähnlich wie bei den depressiven Störungen sind auch bei den bipolaren Störungen des Jugendalters sowohl die depressiven als auch die manischen Phasen häufiger durch dysphorische Ausprägung gekennzeichnet. Insgesamt sind untypische und uncharakteristische Erkrankungsformen bei jungen Patienten häufiger als bei Erwachsenen.

Die Mischung manischer Episoden mit psychotischen (schizophreniformen) Symptomen, die bei Jugendlichen zur Fehldiagnose einer Schizophrenie führen kann (Ballenger et al., 1982; Carlson et al., 2000; Joyce, 1984), ist ebenfalls bei früher Erstmanifestation gehäuft (Coryell et al., 2001; Shiratsuchi et al., 2000).

## Genetik

Bei den Nachkommen bipolarer erkrankter Patienten finden sich gehäuft klassische bipolare Psychosen (Coryell et al., 1984; Laroche et al., 1987), Symptome aus dem bipolaren Spektrum (Akiskal et al., 1985; Klein et al., 1985) sowie untypische, aber eher „stürmische“ Verhaltensauffälligkeiten (Chang et al., 2000; DelBello & Geller, 2001). Eine erhöhte Belastung der Nachkommen affektiv erkrankter Eltern ist vielfach beschrieben (Hammen et al., 2001; Reichart et al., 2004; Strober et al., 1988), aber nicht unwidersprochen (Wals et al., 2001). Ein bislang ungelöstes Problem der genetischen Forschung besteht darin, dass die Klassifikation der klinischen Phänotypen zu ungenau bzw. zu uneinheitlich ist (Merikangas et al., 2002). Die genaue Genlokalisierung steht noch aus (Blackwood et al., 2001; Craddock et al., 2001).

## **Epidemiologie**

Die Lebenszeitwahrscheinlichkeit für bipolare Störungen liegt bei konventioneller Schätzung - ähnlich wie bei den schizophrenen Psychosen – bei etwa 1%, beide Geschlechter sind gleich häufig betroffen (Bebbington & Ramana, 1995; Weissman et al., 1996). Das Manifestationsmaximum liegt zwischen dem 20. und 35. Lebensjahr. Bipolare Patienten erkranken etwas später als schizophrene und deutlich früher als unipolar depressive Patienten. Die bipolaren Störungen sollen bei Frauen früher auftreten als bei Männern. Die erweiterte Definition des bipolaren Spektrums unter Einbeziehung kürzerer hypomaner Phasen würde zu einer wesentlich höheren Prävalenz von etwa 5% führen, wobei die epidemiologischen Daten eine gewisse Streuung aufweisen (Baldwin et al., 2002). Dieser Anstieg ginge jedoch zu Lasten der depressiven Störungen und würde keinen Anstieg der Gesamtprävalenz der affektiven Störungen bedingen (Akiskal et al., 2000; Judd & Akiskal, 2003).

## **Hirnmorphologische Befunde**

Die im Vergleich zu den schizophrenen Psychosen geringere Publikationsdichte bei den bipolaren Störungen ist besonders bei hirnmorphologischen Studien auffallend. Baumann und Bogert (2001) haben in einer Übersichtsarbeit zu Erwachsenen zusammengefasst, dass bei bipolaren Patienten vor allem Substanzminderungen im Bereich der Basalganglien gefunden wurden, wobei die unterschiedlichen polaren Ausprägungen der Symptomatik nicht mit signifikanten morphologischen Befunden korrelierten. Besondere Bedeutung hat dabei der locus coeruleus (dorsaler Raphekern), in dem eine höhere Neuronenzahl gefunden wird. Strakowski et al. (2002) beschreiben Erweiterungen der Seitenventrikel bei multiepisodischem und überwiegend manischem Verlauf sowie ein vergrößertes Striatum. Auch Funktionsstörungen im Frontallappen (Cecil et al., 2002) und subcorticale Läsionen der weißen Substanz (Moore et al., 2001) werden berichtet. Todd und Botteron (2002) ergänzen folgende Auffälligkeiten für das Kindes- und Jugendalter: Verlust der präfrontalen Asymmetrie, Hypotrophie von Temporallappen

und Thalamus, Größenabweichungen von Hippocampus und Amygdala sowie generelle Cortex-Hypotrophien. Die Autoren betonen, dass die Übereinstimmungen mit Befunden aus dem Erwachsenenalter überzeugend sind.

## **Neurotransmitter**

In den depressiven und euthymen Phasen einer bipolaren Störung ist die Serotonin-Aktivität erniedrigt; Befunde zu den manischen Phasen bleiben vorerst widersprüchlich (Mahmood & Silverstone, 2001; Sobczak et al., 2002). Zudem wurden erniedrigte Prolactinspiegel in depressiven und manischen Phasen sowie erniedrigte Cortisolspiegel in euthymen Phasen gefunden.

## **Komorbidität und Differentialdiagnose**

Das komorbide Spektrum der bipolaren Störungen ist breit. Am häufigsten beschrieben sind Angststörungen, Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen (insbesondere Borderline), Substanzmissbrauch, Essstörungen, Störungen des Sozialverhaltens und ADHS (Bieling et al., 2003; Birmaher et al., 2002; Brieger et al., 2003; Frank et al., 2002; Johnson et al., 2000; Kay et al., 2002; Kovacs & Pollock, 1995; Masi et al., 2001; Wozniak et al., 2001). Zusätzlich bestehen fließende Übergänge bzw. Abgrenzungsprobleme zu den schizoaffektiven und den schizophrenen Psychosen.

Besondere Beachtung verdient die Suizidalität (Parasuizide bis zu 50%), die bei den bipolaren Psychosen am höchsten unter allen psychischen Störungen sein dürfte (Dalton et al., 2003; López et al., 2001; Ösby et al., 2001; Rihmer & Kiss, 2002). Dabei ist die Suizidalität ausgeprägter, wenn der Verlauf schwerer ist und mehr Alloaggressivität und Substanzmissbrauch vorliegen (Oquendo et al., 2000; Oquendo & Mann, 2001).

Die Arbeitsgruppe Biederman hat mit zahlreichen Publikationen auf die Überschneidungsmöglichkeit von ADHS und kindlicher Manie hingewiesen, wobei vorwiegend untypische, eher kontinuierliche manische Syndrome beschrieben wurden, die mit den CBCL-Skalen

von reinen ADHS-Formen unterscheidbar seien (Biederman et al., 1995; Biederman et al., 2000; Faraone et al., 1997a, b). Auffallend ist der hohe Anteil manischer Syndrome bei insgesamt kleiner Fallzahl im Klientel Biedermans. Andere Studien sind zu wesentlich niedrigeren Prävalenzzahlen der Manie im Kindesalter gekommen (Lewinsohn, 2000), so dass die Haltbarkeit der Hypothesen von Biederman offen bleibt (Kim & Miklowitz, 2002; Kent & Craddock, 2003).

Die in diesem Kontext interessante Frage der Differentialdiagnose zwischen ADHS und bipolarer Störung wurde von Geller et al. (2002a) aufgegriffen und folgendermaßen beantwortet: Bipolare Störungen des Kindesalters lassen sich aufgrund der Symptome gehobene Stimmung, Größenvorstellungen, Ideenflucht/Gedankenrasen, vermindertes Schlafbedürfnis und Hypersexualität unterscheiden. Gemeinsame Symptome von ADHS und bipolarer Störung sind Irritierbarkeit, Hyperaktivität, erhöhtes Sprechtempo und Ablenkbarkeit.

Eine retrospektive Studie bei bipolaren Jugendlichen erbrachte außerdem, dass eine vorangegangene Stimulantienbehandlung im Kindesalter mit erhöhter Symptomatik im Jugendalter korreliert. Über eine ähnliche Konstellation hatten Strober et al. (1998) berichtet. Manische Jugendliche mit ADHS-Diagnose im Kindesalter zeigten geringere Besserungen nach Lithium-Behandlung als manische Jugendliche ohne ADHS-Anamnese; die Bedeutung einer evtl. Stimulantienbehandlung wurde allerdings nicht evaluiert. Einerseits könnten die Symptome, die zum Einsatz der Stimulantien geführt haben einer Manie entsprechen, andererseits könnte die Stimulantienbehandlung das Entstehen einer Manie begünstigt haben.

Maniforme Zustände, die durch organische Grunderkrankungen oder die damit verbundenen medikamentösen Behandlungen ausgelöst werden, sind eher selten. Eine Zusammenstellung von Medikamenten, die manische Reaktionen auslösen können, findet sich bei Spitzcok von Brisinski (2002). Am bekanntesten sind die Steroid- bzw. Steroidentzugspsychosen, die auch schon im Kindes- und Jugendalter auftreten können. Ähnlich wie bei anderen schweren psychischen Störungen sollte aber bei der Erstmanifestation einer bipolaren Psychose eine gründliche organmedizinische Abklärung

durchgeführt werden. Auch bei späteren Episoden sind interkurrente Behandlungen und Erkrankungen zu explorieren.

Tab. 4: komorbide Störungen

- Angststörungen
- Zwangsstörungen
- Persönlichkeitsstörungen (insbesondere Borderline)
- Substanzmissbrauch
- Essstörungen
- Störungen des Sozialverhaltens
- ADHS

Tab. 5: Differentialdiagnosen

- schizoaffektive Psychosen
- schizophrene Psychosen
- Substanzmissbrauch (speziell Kokain und Amphetamine oder Ecstasy)
- Störungen des Sozialverhaltens
- ADHS
- Angststörungen
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Persönlichkeitsstörungen (insbesondere emotional instabile Persönlichkeitsstörung)
- Entzündliche Hirnerkrankungen
- Endokrine Störungen (z.B. Steroidentzug)
- Schädelhirn Traumata
- Tumoren
- Epilepsien
- Heredodegenerative Erkrankungen

### **Prämorbid Auffälligkeiten und Symptomatik im Intervall**

Im Vergleich zu Kontrollpatienten hatten bipolare Patienten mehr Schwangerschaft- und Geburts-Belastungen, allerdings weniger als schizophrene Patienten (Verdoux & Bourgeois, 1993).

Bereits Kraepelin betonte, dass manisch-depressive Störungen – im Vergleich zu den Schizophrenien – weniger prämorbid Auffälligkeiten sowie weniger klinische Symptomatik im Intervall, zumindest kein zunehmendes Residuum aufweisen. Auch in neueren Untersuchungen finden sich bei den bipolaren Störungen signifikant weniger prämorbid Auffälligkeiten und Intervallsymptome (Cannon et al., 1997; Hollis, 2003; Kutcher et al., 1998; Quackenbush et al., 1996; Reddy et al., 1992). Dies heißt jedoch andererseits, dass auch bei bipolaren Patienten derartige Auffälligkeiten vorhanden sein können (Kupka et al., 2001) und dass erhöhte prämorbid Auffälligkeiten mit ungünstiger Prognose korrelieren. Bipolare prämorbid Auffälligkeiten unterscheiden sich von den eher schizoiden prämorbid Auffälligkeiten schizophrener Patienten und bestehen vor allem aus Hyperkinetik, Irritierbarkeit, Impulsivität, Ärger, Aggressivität und erhöhter affektiver Labilität (Carlson et al., 2002; Swann, 2003). Auch vorhergehende Episoden mit untypischer psychotischer Symptomatik können in bipolare Verläufe übergehen (Nicolson et al., 2001).

Die bipolaren Intervallsymptome lassen sich nach Morriss (2002) in folgende Varianten gliedern (Tabelle 6):

Tab. 6: Klassifikation der Intervallsymptomatik

- Prodromi der nächsten Episode
- Komorbidität mit anderen psychiatrischen Störungen (Achse I DSM-IV)
- Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen (Achse II DSM-IV)
- Zyklotyme Störung
- Residualsymptomatik der vorhergehenden Episoden
- Belastende Lebenssituation
- Nebenwirkungen der Medikation

Nach Manifestation der Störung korrelieren anhaltende subsyndromale Depressionen und komorbide Persönlichkeitsstörungen mit ungünstigem Verlauf (Altshuler et al., 2002; Brieger et al., 2003; Dunayevich et al., 2000). Neuropsychologische Defizite wie Störungen von Aufmerksamkeit, Gedächtnis und exekutiven Funktionen sind vor allem während der akuten Episoden, in geringerem Schwe-

regrad auch im Intervall beschrieben (Ferrier & Thompson, 2002; Quraishi & Frangou, 2002; Wilder-Willis et al., 2001).

## **Verlauf und Prognose**

Bipolare Störungen sind psychische Störungen mit einer Neigung zur Chronizität (Koukopoulos et al., 2003). Insbesondere die chronischen und häufig rezidivierenden Formen beginnen – zumindest nach eigenanamnestischen Angaben - zu einem erheblichen Anteil im Kindes- und Jugendalter, werden jedoch meistens erst wesentlich später erkannt und diagnostiziert. Der größere Teil der Erstmanifestationen ist depressiver Art (Lish et al., 1994).

Strehlow und Piesiur-Strehlow (1985) erfassten 22 Jugendliche mit bipolarer Psychose, konnten jedoch nur bei 13 Patienten ein katanamnestisches Interview führen. Verglichen mit schizophrenen Jugendlichen war der Verlauf etwas günstiger, jedoch durch häufige Rehospitalisierungen und vier Suizide gekennzeichnet.

Thomsen et al. (1992) beschreiben eine Gruppe von jungen bipolaren Jugendlichen (Durchschnittsalter 12.7 Jahre) und eine ungünstige, von zahlreichen Wiederaufnahmen gekennzeichnete Entwicklung.

Geller et al. (1994) finden einerseits eine hohe switch-Rate von kindlichen Depressionen hin zu bipolaren Störungen in 31.7% der untersuchten Patienten. Andererseits wird der Verlauf der diagnostizierten bipolaren Störungen des Kindesalters (Durchschnittsalter bei Diagnosestellung 10.9 Jahre) als ungünstig beschrieben, da innerhalb einer prospektiven 2 Jahresperiode 55.2% der zuerst remittierten Patienten einen Rückfall erlitten. 77.5% der Kinder hatten ein rapid cycling vom Ultradian-Typ, also ein kontinuierliches zyklisches Bild (Geller et al., 2002a).

Strober et al. (1995) untersuchten 54 konsekutiv aufgenommene bipolare Jugendliche (Durchschnittsalter 16 Jahre) und fanden den ungünstigsten Verlauf bei gemischter oder rapid cycling-Aufnahmesymptomatik. Manische Aufnahmesymptomatik war mit rascher, depressive mit eher verzögerter Remission verbunden.

In der Verlaufsuntersuchung von Lewinsohn et al. (2000, 2002) ergeben sich andere Proportionen, die z.T. dem höheren Alter der Stichprobe zuzuschreiben sind. Ausgehend von einer randomisierten Gruppe von 1709 Jugendlichen (Durchschnittsalter 16.6 Jahre) wurden nach einem Jahr, sowie im Alter von 24 und 30 Jahren Nachuntersuchungen durchgeführt. Patienten mit ultradianem, hochfrequenten rapid cycling wurde in dieser Stichprobe nicht gefunden. Bipolare Störungen des Kindesalters waren sehr selten. Eine subsyndromale bipolare Symptomatik im Jugendalter war ein signifikanter Risikofaktor für die Entwicklung einer Depression im Erwachsenenalter, aber nicht für die Entwicklung einer konstanten bipolaren Symptomatik. Der Verlauf ist mehrheitlich chronisch oder rezidivierend. Intelligenzminderungen haben ungünstige Auswirkung auf den Verlauf (Werry et al., 1992).

## **Neue Konzeptionen**

An der Existenz und Eigenständigkeit der klassischen manisch-depressiven oder Bipolar I-Störung besteht kein Zweifel. Neuere Ansätze gehen jedoch vor allem der Frage nach, wie die Bipolar II-Störung und verwandte klinische Formen klassifiziert werden können. Insbesondere Akiskal und Angst vertreten dabei die empirisch gestützte Auffassung, dass diese Formen in erheblichem Umfang unterdiagnostiziert und als depressive Störungen verkannt werden. Eine der Konsequenzen einer ausbleibenden Bipolar-Diagnose ist, dass Patienten, die von dem Behandlungsrepertoire der bipolaren Psychosen profitieren könnten, unzureichend therapiert werden. Dies ist auch deshalb von Interesse, als das Alter der Erstmanifestation bei den Bipolar II-Störungen niedriger ist als bei den Bipolar I-Störungen (Benazzi 2001), so dass die Bipolar II-Störungen im Jugendalter etwas häufiger auftreten sollten. Es geht also um eine differenzierte Diagnostik sowohl der depressiven als auch der bipolaren Störungen, die bislang in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis nicht ausreichend umgesetzt worden ist (Benazzi, 2003; Benazzi & Akiskal, 2003).

Die bisherige Klassifikation schreibt vor, dass hypomane Phasen mindestens vier Tage dauern müssen, bevor sie diagnostischen



Status erhalten. Zahlreiche Autoren plädieren dafür, dass die zeitliche Limitierung der Hypomanie aufgehoben wird. Dadurch würde ein Teil der depressiven Störungen zu bipolaren Störungen wechseln, und außerdem würden einige Formen, die bisher den diagnostischen Schwellenwert nicht überschritten hatten („subthreshold“) und subsyndromal geblieben waren, den Stellenwert einer klinischen Diagnose erhalten. Auch die Zykllothymien würden in dem bipolaren Spektrum ihren Platz finden. Um dieses erweiterte Spektrum bipolarer Störungen zu kennzeichnen, sind verschiedene Bezeichnungen vorgeschlagen worden (soft bipolar spectrum, minor bipolar disorder, etc.). Die Hypothese ist, dass es keine strenge, manisch-depressive Polarität, sondern ein bipolares Kontinuum mit diversen Zwischenstufen und klinischen Ausprägungen gibt (Akiskal, 2003; Angst & Gamma, 2002; Perugi et al., 2001; Perugi & Akiskal, 2002).

Hintergrund für diese Überlegungen sind Befunde der Verlaufsforschung und Genetik. Aus Longitudinal-Studien haben sich Belege ergeben, dass unter den depressiven Störungen etliche Bipolar- und Bipolar-Spektrum-Störungen aufzufinden sind. Ausserdem sind unter den Angehörigen von Bipolar II-Störungen vermehrt maniforme Syndrome anzutreffen, während dies bei den depressiven Patienten signifikant seltener der Fall ist. Bipolar II-Patienten sprechen zudem weniger gut auf eine antidepressive Medikation an.

Eine interessante Hypothese wird u.a. von Benazzi (2002) vertreten, der neben den bisher bekannten psychopathogenen Mechanismen einen eigenen „Phasen-Faktor“ postuliert, der letztlich dafür verantwortlich ist, ob eine Störung dem unipolar-affektiven oder dem bipolaren Spektrum angehört.

## **Therapie**

Neben Psychoedukation, Angehörigenarbeit, Rückfallprophylaxe und allgemeiner Beratung bei der Lebensführung (Perry et al., 1999) vermag vor allem eine spezifische psychopharmakologische Behandlung die Lebensqualität der betroffenen Menschen zu verbessern und die Symptomatik einzugrenzen. Auch Suizidalität kann durch eine suffiziente medikamentös-psychotherapeutische Behandlung reduziert werden (Rucci et al., 2002; Sachs et al.,

2001). In schweren Fällen und vor allem bei Erwachsenen wird vereinzelt eine Elektrokrampftherapie eingesetzt.

## **Medikation**

Ogleich wie bei anderen potentiell chronischen Störungen die medikamentöse Behandlung nicht der einzige Zugang zur Problematik darstellen kann, möchten wir uns im Folgenden schwerpunktmäßig auf die psychopharmakologische Behandlung der bipolaren Störungen beschränken. Wie bereits beschrieben, muss zwischen Akut- und Dauerbehandlung unterschieden werden. Bei der Akutbehandlung dominiert eine symptomatisch orientierte Vorgehensweise, deren Ziel die Desaktualisierung akuter Krisen ist.

Das wichtigste Element einer Dauerbehandlung ist die Verhinderung bzw. Reduzierung von Häufigkeit und Ausprägung der bipolaren Episoden. Dies geschieht durch Phasenprophylaktika bzw. mood stabilizer (Davanzo & McCracken, 2000; Montgomery & Keck, 2000). Ähnlich wie bei den Neuroleptika und den Antidepressiva gibt es auch bei den Phasenprophylaktika ältere, erprobte Substanzen sowie neuere Präparate, deren differentielle Wirksamkeit noch nicht abschließend beurteilt werden kann. Außerdem ist zu beachten, dass im europäischen Bereich andere Algorithmen gelten als im amerikanischen Bereich, so dass divergierende Behandlungsempfehlungen vorliegen.

Das grundlegende Problem bei Indikation und Anwendung von Psychopharmaka bei bipolaren Störungen ist das Fehlen eines verbindlichen und handlungsleitenden ätiologischen Modells. Es ist zwar nahe liegend, dass bei bipolaren Psychosen vor allem das Serotonin-System betroffen ist; zuverlässige, handlungsleitende Erkenntnisse über die kausalen Abläufe liegen jedoch nicht vor. Weiterhin erfordern die wechselnden psychopathologischen Zustände, wie sie für bipolare Psychosen typisch sind, unterschiedliche Vorgehensweisen und verschiedene Psychopharmaka zu unterschiedlichen Zeitpunkten.

## Lithium

Seit den Arbeiten von Schou werden Lithiumpräparate (Lithiumsalze) mit großem Erfolg als Antimanika und Phasenprophylaktika eingesetzt (Botteron & Geller, 1995; James & Javaloyes, 2001; Schou, 2001). Die verschiedenen galenischen Zubereitungsformen unterscheiden sich nicht grundsätzlich. Von vielen Autoren wird Lithium nach wie vor als wichtigste und zuverlässigste phasenprophylaktische Substanz eingeschätzt (Burgess et al., 2003). Der Wirkmechanismus ist nicht geklärt, Hypothesen fokussieren auf den Inositol-Stoffwechsel und diverse andere Mechanismen (Agam et al., 2002; Lenox & Hahn, 2000). Bekannte Probleme der Lithiumbehandlung sind die geringe therapeutische Breite sowie einige, teilweise irreversible Nebenwirkungen bei Überdosierung. Lithiumbehandlungen müssen daher relativ frequent laborchemisch und klinisch überwacht werden. Die Dosis wird über den Blutspiegel bestimmt, der bei akuten manischen Phasen bis auf 1,2 mmol/l, zur Prophylaxe auf 0,6 bis 0,9 mmol/l einstellt wird. Mittlerweile ist gut nachgewiesen, dass mit Lithium behandelte Patienten eine wesentlich niedrigere Suizidalität aufweisen.

Die häufigsten Lithium-Nebenwirkungen (meist bei höheren Blutspiegeln) sind initiale Muskelschwäche, Initialtremor, gastrointestinale Störungen, Übergewicht, Polydipsie und Polyurie, euthyreote Struma oder Hypothyreose, EKG-Veränderungen, Nierenschäden sowie die Aktivierung von vorbestehenden Dermatosen und Anfallsleiden. Aufgrund der geringen therapeutischen Breite ist der Compliance gerade im Jugendalter große Bedeutung zuzumessen

## Valproat

In den letzten Jahren sind vor allem aus dem amerikanischen Bereich zahlreiche Studien veröffentlicht worden, in denen vor allem die Wirksamkeit des Antikonvulsivums Valproat auch für Kinder und Jugendliche belegt wird (Wagner et al., 2002). Valproat kann als generelles Phasenprophylaktikum verwendet werden, wirkt jedoch besonders günstig bei maniformen Zuständen, bei akuten Manien und bei rapid cycling (Barrios et al., 2001; Post et al., 2000). Ein spezifischer Vorteil von Valproat liegt darin, dass es weniger interaktionsfreudig als Carbamazepin ist und daher für Kombinationsbe-

handlungen besser geeignet ist. Da Valproat bereits seit langem als Antikonvulsivum eingesetzt wird, liegen ausführliche Kenntnisse über die Nebenwirkungen vor. Bei längerfristiger Medikation sind regelmäßige Laborkontrollen anzuraten. Tagesdosis bei Jugendlichen 500 – 1000 mg, Blutspiegel (Akutbehandlung) 50-120 µg/ml. Zuverlässige Vorgaben zur Erhaltungstherapie liegen nicht vor.

Die häufigsten Nebenwirkungen sind Hautreaktionen, Haarausfall, Leberfunktionsstörungen, gastrointestinale Störungen (z.B. Pankreatitis) und Übergewicht, Störungen von Blutbild und Blutgerinnung, Störungen von Appetit und Gewicht, Sedierung und andere cerebrale Störungen sowie eine benigne Hyperammonämie. Bei weiblichen Jugendlichen ist auf die evtl. Ausbildung eines polycystischen Ovars zu achten (McIntyre et al., 2003).

## **Carbamazepin**

Carbamazepin ist ebenfalls ein bekanntes Antikonvulsivum und Phasenprophylaktikum und wird mit ähnlich großem Erfolg eingesetzt wie Lithium und Valproat (Greil & Kleindienst, 1999a, b; Kowatch et al., 2000). Eine spezifische Wirkung auf manische Zustände ist bislang nicht gesichert. Das Nebenwirkungsspektrum ist ebenfalls gut bekannt, differiert jedoch etwas vom Valproat. Ein Einsatz bei akuten Zuständen ist auch insbesondere deswegen weniger empfehlenswert, als es besonders bei schneller Aufdosierung zu Nebenwirkungen kommen kann. Carbamazepin kann zahlreiche (potentielle) Interaktionen mit anderen Medikamenten entwickeln; dazu zählen auch Kontrazeptiva. Regelmäßige Laborkontrollen und – bei Gabe weiterer Substanzen – Blutspiegelbestimmungen sind zu empfehlen. Die Dosis bei jugendlichen beträgt 600 bis 1600 mg, Blutspiegel (Akutbehandlung) 6-12 µg/ml, Erhaltungstherapie 4 µg/ml. Eine weniger interaktionsfreudige, aber nah verwandte Substanz ist das neuere Präparat Oxcarbazepin.

Die potentiellen Nebenwirkungen von Carbamazepin sind, ähnlich wie beim Valproat sehr zahlreich, treten aber durchaus nicht bei jedem Patienten auf. Die häufigsten Nebenwirkungen sind Sedierung, allergische Hautveränderungen, Veränderungen von Leberfunktionswerten und Blutbildveränderungen.

## Neue Antikonvulsiva

Grundsätzlich kommen alle neuen Antikonvulsiva als Phasenprophylaktika in Frage (Keck et al., 2000; Yatham et al., 2002), wobei bislang nur für Lamotrigin befriedigende Untersuchungsbefunde vorliegen (Bowden & Karren, 2002; Calabrese et al., 2002a; Ichim et al., 2000; Keck et al., 2000; MacDonald & Young, 2002; Zerjav-Lacombe & Tabarsi, 2001). Lamotrigin ist zum einen in Phasenprophylaktischen Kombinationsbehandlungen, z.B. zusammen mit Olanzapin einsetzbar, scheint aber auch zur Behandlung der bipolaren Depression geeignet, ohne unerwünschte Komplikationen wie rapid cycling hervorzurufen (Calabrese et al., 2002b; Grunze & Walden, 2002). Die seltenen Nebenwirkungen (dermatologisch, hepatotoxisch) legen regelmäßige Laborkontrollen nahe (Overstreet et al., 2002).

Auch Topiramate scheint zumindest als Zusatzmedikation und auf Grund seiner geringen Gewicht steigernden Nebenwirkungen eine interessante Substanz in der Phasenprophylaxe darzustellen (Chengappa et al., 2001; Ghaemi et al., 2001; Guille & Sachs, 2002; Suppes, 2002). Für Oxcarbazepin und Gabapentin liegen nur wenige und zum Teil widersprüchliche Befunde vor (Carta et al., 2003; Hamrin & Bailey, 2001; Hellewell, 2002; Maidment, 2001; Pande et al., 2000; Wang et al., 2002). Die Befundlage der neuen Antikonvulsiva für das Kindes- und Jugendalter ist noch sehr unergiebig, so dass vorläufig noch die Befunde aus dem Erwachsenenalter maßgeblich sind.

Tab. 7: neue Antikonvulsiva

<i>Wirkstoff</i>	<i>Handelsnamen</i>
Oxcarbazepin	Trileptal
Gabapentin	Neurontin
Lamotrigin	Lamictal
Tiagabin	Gabitril
Topiramate	Topamax

## Neuroleptika

Im europäischen Raum ist die Gabe von Neuroleptika insbesondere bei manischen Zuständen üblich und bewährt. Diese Gepflogenheit ist durch die Existenz der neuen (atypischen) Neuroleptika noch verbreiteter geworden (Miller et al., 2001). Zum einen können neue Neuroleptika auf Grund ihrer im unteren Dosisbereich verminderten Nebenwirkungen freizügiger verordnet werden als die konventionellen Neuroleptika. Zum anderen haben die neuen Neuroleptika ein anderes Wirkungsspektrum und sprechen vermehrt Rezeptoren an, die auch affektive Prozesse positiv beeinflussen können. Folglich werden einige neue Neuroleptika als feste Zusatzmedikation, bisweilen sogar als Prophylaxemedikation propagiert. Die meisten Befunde liegen für Olanzapin, Quetiapin und Risperidon vor (Chengappa et al., 2003; DelBello et al., 2002; Frazier et al., 2001; Khouzam & El-Gabalawi, 2000; Tohen et al., 2000; Vieta et al., 2002b). Neuroleptika bieten vielversprechende Möglichkeiten der Zusatz- und möglicherweise auch Hauptmedikation. Dies scheint in ähnlicher Weise für die anderen neuen Neuroleptika zu gelten (Guille et al., 2000; Yatham, 2002). Angesichts der modifizierten Rezeptorprofile neuer Antipsychotika ist es nicht erstaunlich, dass diese Substanzen vereinzelt auch manische und hypomane Nebenwirkungen provozieren können (Aubry et al., 2000; Baldassano et al., 2003; Benazzi, 1999). Allerdings ist noch nicht vollständig geklärt, wie lange eine optimale neuroleptische Zusatzmedikation aufrechterhalten werden soll (Kafantaris et al., 2001).

Die unangenehmste Nebenwirkung einiger Neuroleptika ist die Induktion von Übergewicht. Bei höherer Dosis können die meisten Neuroleptika zu einem Parkinson-Syndrom führen. Spezielle Konditionen bestehen nach wie vor bei Clozapin (Blutbildveränderungen, EEG-Veränderungen, Interaktionsproblematik).

## Antidepressiva

Zur Behandlung klassischer bipolarer Syndrome sind Antidepressiva in der Regel nicht geeignet. Antidepressiva kommen üblicherweise dann zum Einsatz, wenn es sich um depressive Episoden

handelt oder wenn sich trotz einer bereits bestehenden Medikation (z.B. mood stabilizer, Neuroleptika) depressive Symptome ausbilden. Vor allem die traditionellen trizyklischen Antidepressiva können jedoch maniforme Schwankungen („switching“), und schnell wechselnde Stimmungsschwankungen („rapid cycling“) anstoßen, die vorhandene Episoden-Frequenz erhöhen und dadurch eine Verschlechterung der Prognose hervorrufen (Geller et al., 1993; Ghaemi et al., 2001; Henry et al., 2001; Joffe et al., 2002). Substanzmissbrauch soll diese Tendenz noch verstärken (Goldberg & Whiteside, 2002). Die neuen Antidepressiva sind wesentlich seltener für die Auslösung oder Verstärkung von rapid cycling verantwortlich, bei allerdings geringerer Zahl vorliegender Studien (Nolen & Bloemkolk, 2000; Post et al., 2001; Vieta et al., 2002a).

Die häufigsten Nebenwirkungen der neuen Antidepressiva sind Antriebssteigerung, Schwitzen, gastrointestinale Beschwerden, Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen sowie Appetit- und Gewichtsstörungen. Auch hier gibt es eine Vielzahl weiterer potentieller Nebenwirkungen, die allerdings meistens geringer ausgeprägt sind als bei den älteren, trizyklischen Substanzen.

## **Sonstige Medikamente**

Zwei Gründe sind hauptsächlich dafür verantwortlich, dass bei bipolaren Störungen auch eine Vielzahl anderer Medikamente verwendet wird. Der erste liegt in der Vielgestaltigkeit der klinischen Symptomatik, die aus pragmatischen und situativen Gründen den Einsatz zusätzlicher oder anderer Medikamente nahelegen kann. Zu diesen Medikamenten gehören z.B. Schilddrüsenhormone, Benzodiazepine, Bupropion, Nimodipin und MAO-Hemmer.

Der zweite Grund liegt darin, dass es gerade bei bipolaren Psychosen eine gewisse Anzahl von Non-Respondern gibt, die bei klassischer Medikation keine ausreichende Besserung zeigen. In dieser Situation muss man auf andere Medikationen oder Kombinationen ausweichen. Beide Effekte zusammen führen dazu, dass die medikamentöse Einstellung von bipolaren Patienten von allen Beteiligten eine gewisse Flexibilität erfordern kann.

## Kombinationsbehandlungen

Etwa ein Drittel der bipolaren Patienten lässt sich mit reiner Phasenprophylaxe und symptombezogenen Zusatzmedikationen zufriedenstellend einstellen. Bei den anderen Patienten sind medikamentöse Umstellungen und langfristige Kombinationsbehandlungen erforderlich, was allerdings in der klinischen Praxis noch zu wenig berücksichtigt wird; Monotherapien sind hier noch weit in der Überzahl (Ahmed & Anderson, 2001). Dies ist möglicherweise einer der Gründe, warum von vielen Patienten die medikamentöse Behandlung als nicht zufriedenstellend eingeschätzt wird (Have et al., 2002).

Aus klinischer und pharmakologischer Sicht lassen sich vor allem Neuroleptika gut mit den anderen Substanzgruppen kombinieren (Sachs et al., 2002; Sajatovic et al., 2001; Tohen et al., 2002). Bei entsprechender Indikation eignet sich aber auch Lithium zu vielfältigen Kombinationen. Weitere Kombinationsmöglichkeiten sind den inzwischen zahlreichen Therapiemanualen zu entnehmen.

## Pharmakologische Empfehlungen

Mittlerweile liegt eine beachtliche Anzahl von umfangreichen Richtlinien zur Diagnostik und Therapie von bipolaren Störungen vor. Diese Empfehlungen sind unterschiedlich differenziert und stimmen nicht in allen Details, aber doch weitgehend überein und sind die Grundlagen für die folgenden Angaben (APA Practice Guidelines, 1994; Grunze et al., 2002; Sachs et al., 2000). Dabei stehen viele dieser Empfehlungen noch auf unsicheren empirischen Beinen und sind unverbindlich. Psychopharmakologie ist und bleibt außerdem einzelfallorientiert.

*Bipolar I-Störung:* Lithium, Carbamazepin und Valproat können als Standardpräparate mit erwiesener Wirksamkeit angesehen werden (Kowatch et al., 2000), deren Schwerpunkt in der Dauerbehandlung (Phasenprophylaxe) liegt. Bei der Akutbehandlung sind Lithium und Valproat überlegen, weil sie schneller aufdosiert werden können als Carbamazepin. Reicht die Wirkung eines dieser drei Mittel nicht aus, können sie miteinander kombiniert werden; vor allem bei Car-



bamazepin ist auf pharmakologische Interaktionen und Spiegelveränderungen zu achten.

*Bipolare Manie:* Insbesondere bei manischen Episoden reicht eine reine Phasenprophylaxe oft nicht aus. Reicht bei der typischen euphorischen Manie eine Monotherapie nicht aus, wird die Kombination von Lithium oder Valproat als besonders sinnvoll angesehen. Zusätzliche Gaben von Benzodiazepinen oder niedrigpotenten Neuroleptika sind möglich. Bei psychotischen Manien hat Valproat den Vorrang vor Lithium, kombiniert mit atypischen Neuroleptika. Auch bei den gemischten Manien (Manie und Depression, Dysphorie etc.) scheint Valproat besser zu wirken; die Gabe von Schilddrüsenhormonen (T4) kann einen zusätzlichen günstigen Effekt haben.

*Bipolare Depression:* Die Empfehlungen für bipolare Depressionen sind noch vorläufiger Art. Vorzugsweise ist die Medikation mit Phasenprophylaktika zu beginnen oder zu optimieren (Thase & Sachs, 2000; Winsberg et al., 2001). Wenn eine antidepressive Medikation gegeben werden muss, sollten neue Antidepressiva verabreicht werden. Die Gabe von trizyklischen Antidepressiva gilt wegen des switching- und rapid cycling-Risikos weitgehend als obsolet. Weitere Kombinationsmöglichkeiten bestehen mit Lamotrigin und Bupopion.

*Rapid cycling:* Bei dieser Verlaufsform, die bei Kindern und Jugendlichen häufig ist, liegen für Valproat bessere Ergebnisse vor als für Lithium und Carbamazepin. Hier bestehen Kombinationsmöglichkeiten mit Lamotrigin und Nimodipine (Goodnick, 2000), die allerdings noch nicht gut abgesichert sind.

## **Zusammenfassung**

Bipolare Psychosen werden mit hoher Wahrscheinlichkeit unter- und fehldiagnostiziert und sind auch wissenschaftlich wesentlich weniger bearbeitet als z.B. schizophrene Psychosen. Dieses Missverhältnis gilt verstärkt für das Jugendalter, da beginnende bipolare Störungen offensichtlich schwerer zu erkennen sind als andere Psychoseformen. Gerade aus diesem Grunde sollte sich die fachliche Aufmerksamkeit der Kinder- und Jugendpsychiater vermehrt den bipolaren Störungen zuwenden, da die bisherigen Ergebnisse dafür sprechen, dass unbehandelte bipolare Störungen zu schwer-

wiegenden Beeinträchtigungen der Lebensqualität und der psychosozialen Kompetenzen führen können, die quantitativ den psychosozialen Auswirkungen schizophrener Psychosen nicht nachstehen. Diese Auswirkungen können durch eine adäquate Medikation und psychotherapeutische Begleitung wesentlich gebessert werden, sodass auch bei diesen Störungen eine angemessene Früherkennung und Frühbehandlung besonders indiziert sind. Besondere Aufmerksamkeit verdienen die „weicheren“ bipolaren Spektrumdiagnosen mit kurzen hypomanen Schwankungen, deren Bedeutung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie noch nicht genügend gewürdigt wird.

Die aktuellen Diskussionen um die Bedeutung bipolarer Störungen im Kindes- und Jugendalter gehen von folgenden gemeinsamen Positionen aus:

- Im Kindes- und Jugendalter gibt es bipolare Störungen.
- Die Symptomatik bipolarer Störungen differiert von der Symptomatik bei Erwachsenen.
- Die Therapie bipolarer Störungen im Kindes- und Jugendalter richtet sich – von den Dosierungen abgesehen - weitgehend nach den gleichen Kriterien wie im Erwachsenenalter

Gleichzeitig sind in verschiedenen Studien sehr unterschiedliche Ergebnisse beschrieben worden, die zu einer Polarisierung der „scientific community“ führen. Dabei geht es um folgende strittigen Punkte:

- Bipolare Störungen sind im Kindesalter viel häufiger als bisher angenommen
- Bipolare Störungen werden häufig durch andere psychische Störungen maskiert, wie z.B. ADHS oder Depressionen.
- Ein großer Teil der bipolaren Störungen bei Kindern und Jugendlichen weist ultradianes rapid cycling auf.

Eine Entscheidung über die strittigen Punkte ist derzeit aufgrund der vorliegenden Studien nicht möglich. Als Erklärung der Unterschiede kommen im Wesentlichen zwei Punkte in Frage:

- Die Methodik der Studien differiert mehr, als dies in den Publikationen erkennbar ist.
- Die Selektivität einzelner Studien ist größer, als dies in den Publikationen erkennbar ist.

Unabhängig von diesen (und sicher einigen anderen) Kontroversen bestehen vor allem dort noch Unklarheiten, wo zu wenige altersbezogene Untersuchungsergebnisse vorliegen. Ein besonderes Problem ist die große Zahl neuer Substanzen, zu denen teilweise auch aus dem Erwachsenenalter noch wenige sichere Befunde vorliegen. Andererseits sind in den letzten Jahre einige interessante psychopharmakologische Varianten geprüft worden, infolge derer die therapeutische Flexibilität erheblich gewachsen ist.

**Anschrift der Autoren:**

PD Dr. med. Hellmuth Braun-Scharm  
Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
Virngrund-Klinik  
Dalkinger-Str. 8-12  
73479 Ellwangen  
Telefon: 07961/881-2601

Dr. med. Jörg Leeners, Janet Schmidhauser  
Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie Universität Zürich  
Neumünsterallee 3  
CH-8032 Zürich  
Telefon: 01 921 22 66

**Literatur**

Agam G, Shamir A, Shaltiel G, Greenberg ML (2002) Myo-inositol-1-phosphate (MIP) synthase: a possible new target for antibipolar drugs. *Bipolar Disord* 4, suppl 1: 15-20

Ahmed Z, Anderson IM (2001) Treatment of bipolar affective disorder in clinical practice. *J Psychopharmacol* 15/1:55-57

Akiskal HS (2003) Validating „hard“ and „soft“ phenotypes within the bipolar spectrum: continuity or discontinuity? *J Affect Disord* 73:1-5

Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF, Sechter D, Bourgeois ML, Azorin JM, Chatenêt-Duchêne L, Lancrenon S (2003) Validating antidepressant-associated hypomania (bipolar III): a systematic comparison with spontaneous hypomania. *J Affect Disord* 73: 65-74

Akiskal HS, Downs J, Jordan P, Watson S, Daugherty D, Pruitt DB (1985) Affective disorders in referred children and younger siblings of manic-depressives. *Arch Gen Psychiatry* 42:996-1003

Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, Post R, Möller HJ, Hirschfeld R (2000) Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord* 59: S5-S30

Akiskal HS (1995) Developmental pathways to bipolarity: are juvenile-onset depressions pre-bipolar? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34/6:754-763

Altshuler LL, Gitlin MJ, Mintz J, Leight KL, Frye MA (2002) Subsyndromal depression is associated with functional impairment in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 63/9: 807-811

Angst J (1966) *Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen*. Springer, Berlin

Angst J, Gamma A (2002) A new bipolar spectrum concept: a brief review. *Bipol Disord* 4 suppl 1: 11-14

Angst J, Marneros A (2001) Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *J Affect Disord* 67:3-19

APA Practice Guidelines: Practice Guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 151/12 suppl: 1-36

Aubry JM, Simon AE, Bertschy GB (2000) Possible induction of mania and hypomania by Olanzapine or Risperidone: a critical review of reported cases. *J Clin Psychiatry* 61: 649-655

Baldassano CF, Ballas C, Datto SM, Kim D, Littman L, O'Reardon J, Rynn MA (2003) Ziprasidone-associated mania: a case series and review of the mechanism. *Bipol Disord* 5:72-75

Baldwin PA, Scully PJ, Quinn JF, Morgan MG, Kinsella A, O'Callaghan E, Owens JM, Waddington JL (2002) First episode bipolar disorder: systematic comparison of incidence with other affective and non-affective psychoses among an epidemiologically complete rural population *Bipol Disord* 4 suppl 1:39-40

Ballenger JC, Reus VI, Post RM (1982) The „atypical“ clinical picture of adolescent mania. *Am J Psychiatry* 139/5: 602-606

Barrios C, Chaudhry TA, Goodnick PJ (2001) Rapid cycling bipolar disorder. *Expert Opin Pharmacother* 2/12: 1963-1973

Baumann B, Bogerts B (2001) Neuroanatomical studies on bipolar disorder. *Brit J Psychiatry* 178 suppl 41: s142-s147

Bebbington P, Ramana R (1995) The epidemiology of bipolar affective disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 30: 279-292

Benazzi F (1999) Olanzapine-induced psychotic mania in bipolar schizo-affective disorder. *Eur Psychiatry* 14: 410-411

Benazzi F (2001) Age at onset of bipolar II depressive mixed state. *Psychiatry Res* 103: 229-235

Benazzi F (2002) Highly recurrent unipolar may be related to bipolar II. *Comprehens Psychiatry* 43/4: 263-268

Benazzi F (2003) Bipolar II depressive mixed state: finding a useful definition. *Comprehens Psychiatry* 44/1: 21-27

Benazzi F, Akiskal HS (2003) Refining the evaluation of bipolar II: beyond the strict SCID-CV guidelines for hypomania. *J Affect Disord* 73: 33-38

Biederman J, Mick E, Faraone SV, Spencer T, Wilens TE, Wozniak J (2000) Pediatric mania: a developmental subtype of bipolar disorder? *Biol Psychiatry* 48: 458-466

Biederman J, Wozniak J, Kiely K, Ablon S, Faraone S, Mick E, Mundy E, Kraus I (1995) CBCL clinical scales discriminate prepubertal children with structured interview-derived diagnosis of mania from those with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34/4: 464-471

Bieling PJ, MacQueen GM, Marriot MJ, Robb JC, Begin H, Joffe RT, Young LZ (2003) Longitudinal outcome in patients with bipolar disorder assessed by life-charting is influenced by DSM-IV personality disorder symptoms. *Bipol Disord* 5: 14-21

Birmaher B, Kennah A, Brent D, Ehmann M, Bridge J, Axelson D (2002) Is bipolar disorder specifically associated with panic disorder in youths? *J Clin Psychiatry* 63/5: 414-419

Blackwood DHR, Visscher PM, Muir WJ (2001) Genetic studies of bipolar affective disorder in large families. *Brit J Psychiatry* 178 suppl 41: s134-s136

Botteron KN, Geller B (1995) Pharmacologic treatment of childhood and adolescent mania. *Child Adolesc Psychiat Clin North Am* 4/2: 283-304

Bowden CL, Karren NU (2002) Lamotrigine in the treatment of bipolar disorder. *Expert Opin Pharmacother* 3/10:1513-1519

Bowden CL, Lecrubier Y, Bauer M, Goodwin G, Greil W, Sachs G, Knorrning, L von (2000) Maintenance therapies for classic and other forms of bipolar disorder. *J Affect Disord* 59: S57-S67

Brieger P, Ehart U, Marneros A (2003) Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders. *Comprehens Psychiatry* 44/1: 28-34

Burgess S, Geddes J, Hawton K, Townsend E, Jamison K, Goodwin G (2003) The cochrane database of systematic reviews. Lithium for maintenance treatment of mood disorders. Volume (1)

Calabrese JR, Melvin DS, Shelton MD, Rapport DJ, Kimmel SE (2002a) Bipolar disorders and the effectiveness of novel anticonvulsants. *J Clin Psychiatry* 63 suppl 3: 5-9

Calabrese JR, Shelton MD, Rapport DJ, Kimmel SE, Elhaj O (2002b) Long-term treatment of bipolar disorder with lamotrigine. *J Clin Psychiatry* 63 suppl 10: 18-22

Cannon M, Jones P, Givarry C, Rifkin L, McKenzie K, Foerster A, Murray RM (1997) Premorbid social functioning in schizophrenia and bipolar disorder: similarities and differences. *Am J Psychiatry* 154:1544-1550

Carlson GA, Kashani JH (2002) What is new in bipolar and major depressive disorder in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiat Clin North Am* 11:XV-XXII

Carlson GA, Bromet EJ, Sievers S (2000) Phenomenology and outcome of subjects with early- and adult-onset psychotic mania. *Am J Psychiatry* 157: 213-219

Carlson GA, Bromet EJ, Driessens C, Mojtai, Schwartz JE (2002) Age at onset, childhood psychopathology, and 2-year outcome in psychotic bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 159: 307-309

Carta MG, Hardoy MC, Hardoy MJ, Grunze H, Carpiello B (2003) The clinical use of gabapentin in bipolar spectrum disorders. *J Affect Disord* 75: 83-91

Cecil KM, DelBello MP, Morey R, Strakowski SM (2002) Frontal lobe differences in bipolar disorder as determined by proton MR spectroscopy. *Bipol Disord* 4: 357-365

Chang KD, Steiner H, Ketter TA (2000) Psychiatric phenomenology of child and adolescent bipolar offspring. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39/4: 453-460

Chengappa KNR, Gershon S, Levine J (2001) The evolving role of topiramate among other mood stabilizers in the management of bipolar disorder. *Bipol Disord* 3: 215-232

Chengappa KNR, Baker RW, Shao L, Tohen M, Gershon S, Kupfer DJ (2003) Rates of response, euthymia and remission in two placebo-controlled olanzapine trials für bipolar mania. *Bipolar Disord* 5: 1-5

Clement S, Singh SP, Burns T (2003) Status of bipolar disorder research. *Brit J Psychiatry* 182: 148-152

Conus P, McGorry PD (2002) First-episode mania: a neglected priority for early intervention. *Aust N Z J Psychiatry* 36: 158-172

Coryell W, Endicott J, Reich T, Andreasen N, Keller M (1984) A family study of bipolar II disorder. *Brit J Psychiatry* 145:49-54

Coryell W, Leon AC, Turvey C, Akiskal HS, Mueller T, Endicott J (2001) The significance of psychotic features in manic episodes: a report from the NIMH collaborative study. *J Affect Disord* 67: 79-88

Craddock N, Davé S, Greening J (2001) Association studies of bipolar disorder. *Bipol Disord* 3: 284-298

Cruz N de la (1972) Manisch-depressives Kranksein bei Jugendlichen zwischen 16 und 19 Jahren. *Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiatrie* 110/2: 279-316

Dalton EJ, Cate-Carter TD, Mundo E, Parikh SV, Kennedy JL (2003) Suicide risk in bipolar patients: the role of co-morbid substance use disorders. *Bipol Disord* 5: 58-61

Davanzo PA, McCracken JT (2000) Mood stabilizer in the treatment of juvenile bipolar disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 9/1: 159-182

DelBello MP, Schwiers ML, Rosenberg HL, Strakowski SM (2002) A double blind, randomized, placebo-controlled study of Quetiapine as adjunctive treatment for adolescent mania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41/10: 1216-1223

Delbello MP, Geller B. (2001) Review of studies of child and adolescent offspring of bipolar parents. *Bipol Disord* 3:325-334

Delong GR, Aldershof AL (1987) Long-term experience with lithium treatment in childhood: correlation with clinical diagnosis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26/3: 389-394

Dunayevich E, Sax KW, Keck PE, McElroy SL, Sorter MT, McConville BJ, Strakowski SM (2000) Twelve-month outcome in bipolar patients with and without personality disorders. *J Clin Psychiatry* 61/2: 134-139

Erfurt A, Arolt V (2003) Das Spektrum bipolarer Erkrankungen  
*Nervenarzt* 74 : 55-71

Faraone SV, Biederman J, Mennin D, Wozniak J, Spencer T (1997a) Attention-deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder: a familial subtype? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36/10: 1378-1387

Faraone SV, Biederman J, Wozniak J, Mundy E, Mennin D, O'Donnell D (1997b) Is comorbidity with ADHD a marker for juvenile-onset mania? *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 36/8: 1046-1055

Ferrier IN, Thompson JM (2002) Cognitive impairment in bipolar affective disorder: implications for the bipolar diathesis. *Brit J Psychiatry* 180: 293-295

Findling RL, Gracious BL, McNamara NK, Youngstrom EA, Demeter CA, Branicky LA, Calabrese JR (2001) Rapid, continuous cycling and psychiatric co-morbidity in pediatric bipolar I disorder. *Bipol Disord* 3: 202-210

Frank E, Cyranowski JM, Rucci P, Shear K, Fagiolini A, Thase ME, Cassano GB, Grochocinski VJ, Kostelnik B, Kupfer DJ (2002) Clinical significance of lifetime panic spectrum symptoms in the treatment of patients with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 59: 905-911

Frazier JA, Biederman J, Tohen M, Feldman PD, Jacobs TG, Toma V, Rater MA, Tarazi RA, Kim GS, Garfield SB, Sohma M, Gonzales-Heydrich J, Risser RC, Nowlin ZM (2001) A prospective open-label treatment trial of Olanzapine monotherapy in children and adolescents with bipolar disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 11/3: 239-250

Geller B, Fox LW, Fletcher M (1993) Effect of tricyclic antidepressants on switching to mania and on onset of bipolarity in depressed 6- to 12-year-olds. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32/1: 43-50

Geller B, Fox LW, Clark KA (1994) Rate and predictors of prepubertal bipolarity during follow-up of 6- to 12-year-old depressed children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33/4: 461-468

Geller B, Luby J (1997) Child and adolescent bipolar disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36/9: 1168-1176

Geller B, Craney JL, Bolhofner K, Nickelsburg MJ, Williams M, Zimmerman B (2002a) Two-year prospective follow-up of children with a prepubertal and early adolescent bipolar and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Am J Psychiatry* 159: 927-933

Geller B, Zimmerman B, Williams M, DelBello MP, Bolhofner K, Craney JL, Frazier J, Beringer L, Nickelsburg MJ (2002b) DSM-IV mania symptoms in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention-deficit hyperactive and normal controls. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 12/1: 11-25

Ghadirian AM, Roux N (1995) Prevalence and symptoms at onset of bipolar illness among adolescent inpatients. *Psychiat Services* 46/5: 402-404

Ghaemi SN, Lenox MS, Baldessarini RJ (2001a) Effectiveness and safety of long-term antidepressant treatment in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 62/7: 565-569



Ghaemi SN, Manwani SG, Ktzow JJ, Ko JK, Goodwin FK (2001) Topiramate treatment of bipolar spectrum disorders: a retrospective chart review. *Ann Clin Psychiatry* 13/4: 185-189

Glovinsky I (2002) A brief history of childhood-onset bipolar disorder through 1980. *Child Adolesc Psychiat North Am* 11: 443-460

Goldberg JF, Harrow M, Whiteside JE (2001) Risk for bipolar illness in patients initially hospitalized for unipolar depression. *Am J Psychiatry* 158: 1265-1270

Goldberg JF, Whiteside JE (2002) The association between substance abuse and antidepressant-induced mania in bipolar disorder: a preliminary study. *J Clin Psychiatry* 63: 791-795

Goodnick PJ (2000) The use of nimodipine in the treatment of mood disorders. *Bipolar Disord* 2: 165-173

Greil W, Kleindienst N (1999a) Lithium versus Carbamazepin in the maintenance treatment of bipolar II disorder and bipolar disorder not otherwise specified. *Int Clin Psychopharmacol* 14/5: 283-285

Greil W, Kleindienst N (1999b) The comparative prophylactic efficacy of lithium and carbamazepine in patients with bipolar I disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 14/5: 277-281

Grunze W, Kasper S, Goodwin G, Bowden C, Baldwin D, Licht R, Vieta E, Möller HJ (2002) World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of bipolar disorders, Part I: Treatment of bipolar depression. *World Biol Psychiatry* 3: 115-124

Grunze H, Walden J (2002) Relevance of new and newly rediscovered anticonvulsants for atypical forms of bipolar disorder. *J Affect Disord* 72: S15-S21

Grunze H, Walden J, Dittmann S, Berger M, Bergmann A, Bräunig P, Dose M, Emrich HM, Gastpar M, Greil W, Krüger Möller HJ, Uebelhack R (2002) Psychopharmakotherapie bipolarer affektiver Erkrankungen. *Nervenarzt* 73: 4-19

Guille C, Sachs G (2002) Clinical outcome of adjunctive topiramate treatment in a sample of refractory bipolar patients with comorbid conditions. *Progr Neuro Psychopharmacol Biol Psychiatry* 26: 1035-1039

Guille C, Sachs GS, Ghaemi SN (2000) A naturalistic comparison of Clozapine, Risperidone, and Olanzapine in the treatment of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 61/9: 638-642

Hammen C, Burge D, Adrian C (1990) Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 47: 1112-1117

Hamrin V, Bailey K (2001) Gabapentin and methylphenidate treatment of a pre-adolescent with attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 11/3, 301-309

Have M ten, Vollebergh W, Bijl R, Nolen WA (2002) Bipolar disorder in the general population in The Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *J Affect Disord* 68: 203-213

Hellewell JSE (2002) Oxcarbazepin (Trileptal) in the treatment of bipolar disorders: a review of efficacy and tolerability. *J Affect Disord* 72: S23-S34

Henry C, Sorbara F, Lacoste J, Gindre C, Leboyer M (2001) Antidepressant-induced mania in bipolar patients: identification of risk factors. *J Clin Psychiatry* 62: 249-255

Hollis C (2003) Developmental precursors of child- and adolescent-onset schizophrenia and affective psychoses: diagnostic specificity and continuity with symptom dimensions. *Brit J Psychiatry* 182: 37-44

Homburger A (1926) *Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters*. Springer, Berlin 1926. Nachdruck Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt 1972

Ichim L, Berk M, Brook S (2000) Lamotrigine compared with lithium in mania: a double-blind randomized controlled trial. *ANN J Psychiatry* 12/1: 5-10

James ACD, Javaloyes AM (2001) Practitioner review: the treatment of bipolar disorder in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 42/4: 439-449

Jamison KR (2000) Suicide and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 61 suppl 9: 47-51

Joffe RT, MacQueen GM, Marriott M, Robb J, Begin H, Young LT (2002) Induction of mania and cycle acceleration in bipolar disorder: effect of different classes of antidepressant. *Acta Psychiat Scand* 105: 427-430

Johnson JG, Cohen P, Brook JS (2000) Associations between bipolar disorder and other psychiatric disorders during adolescence and early adulthood: a community based longitudinal investigation. *Am J Psychiatry* 157: 1679-1681

Joyce PR (1984) Age of onset in bipolar affective disorder and misdiagnosis as schizophrenia. *Psychol Med* 14: 145-149

Jones PM and Berney TP (1987) Early onset rapid cycling bipolar affective disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 28/5: 731-738

Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryell W, Maser J, Rice JA, Solomon DA, Keller MB (2003) The comparative clinical phenotype and long term longitudinal

episode course of bipolar I and II: a clinical spectrum or distinct disorders? *J Affect Disord* 73: 19-32

Judd LL, Akiskal HS (2003) The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *J Affect Disord* 73: 123-131

Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, Leon AC, Rice JA, Keller MB (2002) The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 59: 530-537

Kafantaris V, Coletti DJ, Dicker R, Padula G, Kane JM (2001) Adjunctive antipsychotic treatment of adolescents with bipolar psychosis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40/12: 1448-1456

Kasanin J (1931) The affective psychoses in children. *Am J Psychiatry* 10/6: 897-926

Kay JH, Altshuler LL, Ventura J, Mintz J (2002) Impact of axis II comorbidity on the course of bipolar illness in men: a retrospective chart review. *Bipol Disord* 4: 237-242

Keck PE, Mendlewitz J, Calabrese JR, Fawcett J, Suppes T, Vestergaard, Carbonell C (2000) A review of randomized, controlled clinical trials in acute mania. *J Affect Disord* 59: S31-S37

Keller MB, Lavori PW, Coryell W, Endicott J, Mueller TI (1993) Bipolar I: a five-year prospective follow-up. *J Nerv Ment Dis* 181:238-245

Kent L, Craddock N (2003) Is there a relationship between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder? *J Affect Disord* 73: 211-221

Khouzam HR, El-Gabalawi F (1999) Treatment of bipolar I disorder in an adolescent with olanzapine. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 10/2: 147-151

Kim EY, Miklowitz DJ (2002) Childhood mania, attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder: a critical review of diagnostic dilemmas. *Bipol Disord* 4: 215-225

Klein DN, Depue RA, Slater JF (1985) Cyclothymia in the adolescent offspring of parents with bipolar affective disorder. *J Abnorm Psychol* 94/2: 115-127

Koukopoulos A, Sani G, Koukopoulos AE, Minnai GP, Girardi P, Pani L, Albert MJ, Reginaldi D (2003) Duration and stability of the rapid-cycling course: a long-term personal follow-up of 109 patients. *J Affect Disord* 73: 75-85

Kovacs M, Pollock M (1995) Bipolar disorder and comorbid conduct disorder in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34/6: 715-723

Kowatch RA, Suppes T, Carmody TJ, Bucci JP, Hume JH, Kromelis M, Emslie GJ, Weinberg WA, Rush AJ (2000) Effect size of lithium, divalproex sodium, and carbamazepine in children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39/6: 713-720

Kupka RW, Nolen WA, Altshuler LL, Denicoff KD, Frye MA, Leverich GS, Keck PE, McElroy SL, Rush J, Suppes T, Post RM (2001) The Stanley Foundation Bipolar Network. *Brit J Psychiatry* 178 suppl 41: s177-s183

Kutcher S, Robertson HA, Bird D (1998) Premorbid functioning in adolescent onset bipolar I disorder: a preliminary report from an ongoing study. *J Affect Disord* 51: 137-144

Lam DH, Watkins ER, Hayward P, Bright J, Wright K, Kerr N, Parr-Davies G, Sham P (2003) A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 60: 145-152

Landolt AB (1957) Follow-up studies on circular manic-depressive reactions occurring in the young. *Bull N Y Acad Med* 33/1: 65-73

Laroche C, Sheiner R, Lester E, Benierakis C, Marrache M, Engelsmann F, Cheifetz P (1987) Children of parents with manic-depressive illness: a follow-up study. *Can J Psychiatry* 32: 563-569

Lenox RH, Hahn CG (2000) Overview of the mechanism of action of lithium in the brain: fifty-year update. *J Clin Psychiatry* 61 suppl 9: 5-15

Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR (2000) Bipolar disorder during adolescence and young adulthood in a community sample. *Bipolar Disord* 2:281-293

Lewinsohn PM, Seeley JR, Buckley ME, Klein DN (2002) Bipolar disorder in adolescence and young adulthood. *Child Adolesc Psychiat North Am* 11: 461-475

Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RMA (1994) The national Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disorder* 31: 281-294

López P, Mosquera F, León J de, Gutiérrez M, Ezcurra J, Ramírez F, González-Pinto A (2001) Suicide attempts in bipolar patients. *J Clin Psychiatry* 62: 963-966

Lurie LA, Tietz EB, Hertzman J (1936) Functional psychoses in children. *Am J Psychiatry* 92: 1169-1184

MacDonald KJ, Young LT (2002) Newer antiepileptic drugs in bipolar disorder. *CNS Drugs* 16/8: 549-562

Mahmood T, Silverstone T (2001) Serotonin and bipolar disorder. *J Affect Disord* 66:1-11

Maidment ID (2001) Gabapentin treatment for bipolar disorders. *Ann Pharmacother* 35: 1264-1269

Marcus A (2002) Manien im Kindes- und Jugendalter. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 12/4: 30-45

Masi G, Toni CT, Perugi G, Mucci M, Millepiedi S, Akiskal HS (2001) Anxiety disorders in children and adolescents with bipolar disorder: a neglected comorbidity. *Can J Psychiatry* 46: 797-802

McIntyre RS, Mancini DA, McCann S, Srinivasan J, Kennedy SH (2003) Valproate, bipolar disorder and polycystic ovarian syndrome. *Bipolar Disord* 5: 28-35

Merikangas KR, Chakravarti A, Moldin SO, Araj H, Blangero J, Burmeister M, Crabbe JC, Depaulo J, Fouks E, Freimer NB, Koretz DS, Lichtenstein W, Mignot E, Reiss AL, Risch NJ, Takahashi JS (2002) Future of mood disorders research. *Biol Psychiatry* 52: 457-477

Miller DS, Yatham LN, Lam RW (2001) Comparative efficacy of typical and atypical antipsychotics as add-on therapy to mood stabilizers in the treatment of acute mania. *J Clin Psychiatry* 62: 975-980

Montgomery SA, Keck PE (2000) First international exchange on bipolar disorder. *J Affect Disord* 59: S81-S88

Moore PB, Sheperd DJ, Eccleston D, Macmillan IC, Goswami U, McAllister VL, Ferrier IN (2001) Cerebral white matter lesions in bipolar affective disorder: relationship to outcome. *Brit J Psychiatry* 178: 172-176

Morriss R (2002) Clinical importance of inter-episode symptoms in patients with bipolar affective disorder. *J Affect Disorder* 72: S3-S13

Nicolson R, Lenane M, Brookner F, Gochman F, Kumra S, Spechler L, Giedd JN, Thaker GK, Wudarsky M, Rapaport JL (2001) Children and adolescents with psychotic disorder not otherwise specified: a 2- to 8-year follow-up study. *Comprehen Psychiatry* 42/4: 319-325

Nissen G (1975) Affektive Psychosen in der Adoleszenz. *Nervenarzt* 46: 302-307

Nolen WA, Bloemkolk (2000) Treatment of bipolar depression, a review of the literature and a suggestion for an algorithm. *Neuropsychobiol* 42 suppl 1: 11-17

Ösby U, Brandt L, Correia N, Ekblom A, Soren P (2001) Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry* 58: 844-850

Oquendo M, Waternaux C, Brodsky B, Parsons B, Haas GL, Malone KM, Mann JJ (2000) Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and nonattempters. *J Affect Disord* 59: 107-117

Oquendo MA, Mann JJ (2001) Identifying and managing suicide risk in bipolar patients. *J Clin Psychiatry* 62 suppl 25: 31-34

Overstreet K, Costanza C, Behling C, Hassanin T, Masliah E (2002) Fatal progressive hepatic necrosis associated with lamotrigine treatment. *Dig Dis Sci* 47/9: 1921-1925

Pande AC, Crockatt JG, Janney CA, Werth JL, Tsaroucha G (2000) Gabapentin in bipolar disorder: a placebo-controlled trial of adjunctive therapy. *Bipol Disord* 2: 249-255

Perris C (1966) A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. *Acta Psychiatr Scand* 194 suppl, 1-89

Perry A, Tarrier N, Morriss E, Limb K (1999) Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *Brit Med J* 318: 149-153

Perugi G, Akiskal HS, Micheli C, Toni C, Madaro D (2001) Clinical characterization of depressive mixed state in bipolar-I patients: Pisa – San Diego collaboration. *J Affect Disord* 67: 105-114

Perugi G, Akiskal HS (2002) The soft spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impuls-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiat Clin North Am* 25: 713-737

Post RM, Frye MA, Denicoff KD, Leverich GS, Dunn RT, Osuch EA, Speer AM, Obrocea G, Jajodia K (2000) Emerging trends in the treatment of rapid cycling bipolar disorder: a selected review. *Bipol Disord* 2: 305-315

Post RM, Altshuler LL, Frye MA, Suppes T, Rush AJ, Keck PE, McElroy SL, Denicoff KD, Leverich GS, Kupka R, Nolen WA (2001) Rate of switch in bipolar patients prospectively treated with second-generation antidepressants as augmentation to mood stabilizers. *Bipol Disord* 3: 259-265

Quackenbush D, Kutcher S, Robertson HA, Boulos C, Chaban P (1996) Premorbid and postmorbid school functioning in bipolar adolescents: description and suggested academic interventions. *Can J Psychiatry* 41: 16-22

Quraishi S, Frabgou S (2002) Neuropsychology of bipolar disorder: a review. *J Affect Disord* 72: 209-226

Rapaport S, Bosetti F (2002) Do lithium and anticonvulsants target the brain arachidonic acid cascade in bipolar disorder? *Arch Gen Psychiatry* 59: 592-596

Rasgon N, Bauer M, Glenn T, Elman S, Whybrow PC (2003) Menstrual cycle related mood changes in women with bipolar disorder. *Bipol Disord* 5: 48-52

Reddy R, Mukherjee S, Schnur DB (1992) Comparison of negative symptoms in schizophrenic and poor outcome bipolar patients. *Psychol Med* 22: 361-365

Reichart CG, Wals M, Hillegers MHJ, Ormel J, Nolen WA, Verhulst FC (2004) *J Affect. Dis.* 78: 67-71

Remschmidt H, Brechtel B, Mewe F (1973) Zum Krankheitsverlauf und zur Persönlichkeitsstruktur von Kindern und Jugendlichen mit endogen-phasischen Psychosen und reaktiven Depressionen. *Acta Paedopsychiatrica* 40/10: 2-17

Rihmer Z, Kiss K (2002) Bipolar disorders and suicidal behaviour. *Bipol Disord* 4 suppl 1: 21-25

Rucci P, Frank E, Kostelnik B, Fagiolini, Mallinger AG, Swartz HA, Thase ME, Siegel L, Wilson D, Kupfer DJ (2002) Suicide attempts in patients with bipolar I disorder during acute and maintenance phases of intensive treatment with pharmacotherapy and adjunctive psychotherapy. *Am J Psychiatry* 159: 1160-1164

Sachs GS, Printz DJ, Kahn DA, Carpenter D, Docherty JP (2000) Medication treatment of bipolar disorder. The Expert Consensus Guideline Series. *Postgrad Med social report* 1-104

Sachs GS, Yan LJ, Swann AC, Allen MH (2001) Integration of suicide prevention into outpatient management of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 62 suool 25: 3-11

Sachs GS, Grossman F, Ghaemi SN, Okamoto A, Bowden CL (2002) Combination of a mood stabilizer with risperidone or haloperidol for treatment of acute mania: a double-blind, placebo-controlled comparison of efficacy and safety. *Am J Psychiatry* 159: 1146-1154

Sajatovic M, Brescan DW, Perez DE, DiGiovanni SK, Hattab H, Ray JB, Bingham CR (2001) Quetiapine alone and added to a mood stabilizer for serious mood disorders. *J Clin Psychiatry* 62: 728-732

Schou M (2001) Lithium treatment at 52. *J Affect Disord* 67: 21-32

Shiratsuchi T, Takahashi N, Suzuki T, Abe K (2000) Depressive episodes of bipolar disorder in early teenage years: changes with increasing age and the significance of IQ. *J Affect Disord* 58: 161-166

Sobczak S, Honig A, Duinen MA van, Riedel WJ (2002) Serotonergic dysregulation in bipolar disorders: a literature review of serotonergic challenge studies. *Bipol Disord* 4: 347-356

Spitzcok von Brisinski I (2002) Psychiatrische Notfälle des Kindes- und Jugendalters. In: Berzewski, H. und Nickel, B. (Hg.) *Handbuch der Notfalltherapie neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen*. Gustav Fischer, Stuttgart, 427-458

Strakowski SM, DelBello MP, Zimmerman ME, Getz GE, Mills NP, Ret J, Shear P, Adler CM (2002) Ventricular and periventricular structural volumes in first- versus multiple-episode bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 159: 1841-1847

Strehlow U, Piesiur-Strehlow B (1985) Katamnestiche Untersuchung zur Frage des Verlaufs und Diagnosewechsels bei 22 an Affektiver Psychose erkrankten Jugendlichen. *Z Kinder Jugendpsychiatrie* 13: 328-341

Strober M, Morell W, Burroughs J, Lampert C, Danforth H, Freeman R (1988) A family study of bipolar I disorder in adolescence. *J Affect Disord* 15: 255-268

Strober M, DeAntonio M, Schmidt-Lackner S, Freeman R, Lampert C, Diamond J (1998) Early childhood attention deficit hyperactivity disorder predicts poorer response to acute lithium therapy in adolescent mania. *J Affect Disord* 51: 145-151

Strober M, Schmidt-Lackner S, Freeman R, Bower S, Lampert C, DeAntonio M (1995) Recovery and relapse in adolescents with bipolar affective illness: a five-year naturalistic, prospective follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34/6: 724-731

Suppes T, Dennehy EB, Swann AC, Bowsen CL, Calabrese JR, Hirschfeld RMA, Keck PE, Sachs GS, Crismon ML, Toprac MG, Shon SP (2002) Report of the Texas consensus conference panel on medication treatment of bipolar disorder 2000. *J Clin Psychiatry* 63: 288-299

Suppes T (2002) Review of the use of topiramate for treatment of bipolar disorders. *J Clin Psychopharmacol* 22: 599-609

Swann AC, Pazzaglia P, Nicholls A, Dougherty DM, Moeller FG (2003) Impulsivity and phase of illness in bipolar disorder. *J Affect Disord* 73: 105-111

Thase ME, Sachs GS (2000) Bipolar depression: pharmacotherapy and related therapeutic strategies. *Biol Psychiatry* 48: 558-572

Thomsen PH, Moller LL, Dehlholm B, Brask BH (1992) Manic-depressive psychosis in children younger than 15 years: a register-based investigation of 39 cases in Denmark. *Acta Psychiat Scand* 85: 401-406

Todd RD, Botteron KN (2002) Etiology and genetics of early-onset mood disorders. *Child Adolesc Clin North Am* 11: 499-518

Tohen M, Jacobs TG, Grundy SL, McElroy SL, Banov MC, Janicak PG, Sanger T, Risser R, Zhang F, Toma V, Francis J, Tollefson GD, Breier A (2000) Efficacy of olanzapine in acute bipolar mania. *Arch Gen Psychiatry* 57: 841-849

Tohen M, Chengappa KNR, Suppes T, Zarate CA, Calabrese JR, Bowden CL, Sachs GS, Kupfer DJ, Baker RW, Risser RC, Keeter EL, Feldman PD, Tollefson GD, Breier A (2002) Efficacy of olanzapine in combination with valproate or lith-



ium in the treatment of mania in patients partially nonresponsive to valproate or lithium monotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 59: 62-69

Verdoux H, Bourgeois M (1993) A comparative study of obstetric history in schizophrenics, bipolar patients and normal subjects. *Schizophr Res* 9: 67-69

Vieta E, Martinez-Arán A, Goikolea JM, Torrent C, Colom F, Benabarre A, Reinares M (2002a) A randomized trial comparing paroxetine and venlafaxine in the treatment of bipolar depressed patients taking mood stabilizers. *J Clin Psychiatry* 63: 508-512

Vieta E, Parramon G, Padrell E, Nieto E, Martinez-Arán A, Corbella B, Colom F, Reinares M, Goikolea JM, Torrent C (2002b) Quetiapine in the treatment of rapid cycling bipolar disorder. *Bipol Disord* 4: 335-340

Wagner KD, Weller EB, Carlson GA, Sachs G, Biederman J, Frazier JA, Wozniak P, Tracy K, Weller R, Bowden C (2002) An open-label trial of divalproex in children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41/10: 1224-1230

Wals M, Hillegers MHJ, Reichart CG, Ormel J, Nolen WA, Verhulst FC (2001) Prevalence of psychopathology in children of a bipolar parent. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40/9: 1094-1102

Wang PW, Santosa C, Schmacher M, Winsberg ME, Strong C, Ketter TA (2002) Gabapentin augmentation therapy in bipolar depression. *Bipol Disord* 4: 296-301

Weckerly J (2002) Pediatric bipolar mood disorder. *Dev Behav Pediat* 23/1: 42-56

Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lépine JP, Newman SC, Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen HU, Yeh EK (1996) Cross national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *J Am Med Assoc* 276/4: 293-299

Weller EB, Danielyan AK, Weller RA (2002) Somatic treatment of bipolar disorder in children and adolescents. *Child Adolesc PsychiAT North Am* 11: 595-617

Werry JS, McClellan JM (1992) Predicting outcome in child and adolescent (early onset) schizophrenia and bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31/1: 147-150

Wilder-Willis KE, Sax KW, Rosenberg HL, Fleck DE, Shear PK, Strakowski SM (2001) Persistent attentional dysfunction in remitted bipolar disorder. *Bipol Disord* 3: 58-62

Winokur G, Clayton PJ, Reich T (1969) Manic depressive illness. C.V.Mosby, St. Louis

Winsberg ME, DeGolia SG, Strong CM, Ketter TA (2001) Divalproex therapy in medication-naive and mood stabilizer-naive bipolar II depression. *J Affect Dis* 67: 207-212

Wozniak J, Biederman J, Faraone SV, Blier H, Monuteaux MC (2001) Heterogeneity of childhood conduct disorder: further evidence of a subtype of conduct disorder linked to bipolar disorder. *J Affect Dis* 64: 121-131

Yatham LN (2002) The role of novel antipsychotics in bipolar disorders. *J Clin Psychiatry* 63 suppl 3: 10-14

Yatham LN, Kusumakar V, Calabrese JR, Scarrow G, Kroeker G (2002) Third generation anticonvulsants in bipolar disorder: a review of efficacy and summary of clinical recommendations. *J Clin Psychiatry* 63: 275-283

Zerjav-Lacombe S, Tabarsi E (2001) Lamotrigine: a review of clinical studies in bipolar disorders. *Can J Psychiatry* 46: 328-333

Ziehen T (1917) *Die Geisteskrankheiten des Kindesalters*. Reuther & Reichard, Berlin 1917

# **Lese-Rechtschreib-Störung - was kann eine systemische Sichtweise zur Behandlung beitragen?**

*Bodo Pisarsky, Manfred Mickley*

## **Zusammenfassung**

Die Lese-Rechtschreib-Störung wird als ein Konstrukt beschrieben, das die zunehmende Bedeutung der Schriftsprache und deren Beherrschung in der modernen Gesellschaft reflektiert. Sowohl die Kriterien entsprechend ICD-10 als auch Epidemiologie, Ätiologie, Diagnostik, Differentialdiagnostik sowie Interventionsstrategien werden erläutert. Die wenigen Publikationen, die sich diesem Konstrukt aus systemischer Sicht nähern, werden dargestellt. Die besondere Bedeutung der Modelle, die positive Feedbackschleifen beschreiben und die allmählich zu sekundären Störungen führen können, wird hervorgehoben. Der strukturelle Ansatz betont die Rolle der Eltern als Trainer und Förderer des Kindes. Die systemische Perspektive eignet sich vorzüglich als Metatheorie und Ausgangsbasis für den Entwurf individuell zugeschnittener multimodaler Behandlungskonzepte. Die postmodernen konstruktivistischen und linguistischen Modelle reflektieren kritisch die Rolle des Therapeuten als Teil des Problemsystems. Sie beschreiben seine Aufgabe als ressourcenorientierten und konstruktive Dialoge fördernden Kooperationspartner.

## **1. Lese-Rechtschreibstörung als Konstrukt**

Die Sprache befindet sich in einem permanenten und zeitweise auch sprunghaften Entwicklungsfluss. Die Entwicklung der Schriftsprache gehört zu den eher noch jungen Kulturerrungenschaften unserer Zivilisation (ca. 5000 Jahre). Die Entzifferung der ältesten

Schriftzeichen, d.h. der ägyptischen Hieroglyphen als auch der babylonischen Keilschrift im letzten Jahrhundert, gilt als wichtiger Schritt zum heutigen Verständnis der damaligen Welt. Über viele Jahrhunderte waren die Menschen nicht in der Lage zu lesen und zu schreiben. Die Beziehungen zwischen Zeichen und Bedeutungen waren nur für eine kleine Kaste der Schriftkundigen bekannt und bewirkten somit einen viele Jahrhunderte dauernden „Analphabetismus“ für große Teile der Bevölkerung. In vielen Kulturen spielt die mündliche Überlieferung bis heute eine wichtige Rolle. Die Orthographie stellt eine dynamische Entwicklung der Sprache dar. Erst im Jahre 1902 wurde die deutsche Orthographie amtlich festgelegt. Davor gab es in Deutschland keine einheitliche Rechtschreibung. Die individuelle Wahrnehmung und regionale Unterschiede spiegeln sich unverkennbar in der jeweiligen Schreibweise. Erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts wurde ein Störungsbild eingehender beschrieben, das der heutigen Lese-Rechtschreib-Störung nahe kommt. Morgan sprach 1896 von „congenital word blindness“. Im Jahre 1916 wurde von Ranschburg der Begriff der „Legasthenie“ eingeführt (vgl. Rosenkötter, 1997). Die Bedeutung, die der Sprache, der Schriftsprache und Bildern beigemessen wird, wächst in der Zeit elektronischer Medien, Geräte und Automaten ständig. Neue Informations- und Kommunikationstechnologien mit E-Mail-Korrespondenz und Internet erfordern eine neue Form von Kompetenzen und eine gute Kenntnis und sicheren Umgang mit der Schriftsprache als externen Wissensspeicher. „Aber wie ragt über alle staunenswerten Erfindungen die Geisteshöhe dessen hervor, der das Mittel ersann die Gedanken jedwedem Anderen mitzuteilen, wie weit entfernt er durch Raum und Zeit sein mag?... Und mit welcher Leichtigkeit durch verschiedene Verbindungen einiger zwanzig lächerlicher Zeichen auf einem Blatt Papier?“ (Galilei, 2002, S. 159).

## **2. Definition und Klassifikation**

Die Lese-Rechtschreib-Störung oder Legasthenie wird nach ICD-10 (Dilling et al., 2004) den umschriebenen Entwicklungsstörungen zugeordnet und gehört zu den am häufigsten auftretenden in dieser Sparte. Diese Störung wird eigenständig auf der zweiten MAS-Achse (Remschmidt et al., 2001) verschlüsselt. Das Hauptmerkmal dieser Störung ist eine umschriebene Beeinträchtigung der Lese-

und Rechtschreibfertigkeiten. Diese darf nicht durch eine unangemessene Beschulung, eine allgemein beeinträchtigte geistige Entwicklung oder durch eine spezifische Sinnesbeeinträchtigung erklärbar sein. Nach den Leitlinien ist sie eine im Zusammenhang mit der Entwicklung der Hirnfunktionen stehende Teilleistungsstörung. Nach ICD-10 wird eine Lese-Rechtschreib-Störung (F81.0) von einer isolierten Rechtschreibstörung (F81.1) unterschieden. Nicht ausdrücklich berücksichtigt bleibt dort die manchmal auftretende isolierte Lesestörung. Im DSM-IV entspricht die unter 315.00 verschlüsselte Lesestörung der Lese-Rechtschreib-Störung. Die isolierte Rechtschreibstörung findet dort im Gegensatz zu der in Europa gebräuchlichen ICD-10 keine Berücksichtigung. Im deutschsprachigen Raum werden Störungen der Rechtschreibung stärker gewichtet als Lesestörungen. Es stehen weit mehr Rechtschreibtests als Lesetests zur Verfügung. Eine ausgeprägte Lesestörung führt zu einer stärkeren Beeinträchtigung der Lebensqualität. Im englischsprachigen Raum steht das Konzept der Dyslexie mehr im Fokus der Aufmerksamkeit. Zu den kennzeichnenden Symptomen gehört bei der Rechtschreibstörung eine hohe Anzahl von Fehlern bei ungeübten Diktaten sowie beim Abschreiben von Texten. Fehler beim mündlichen Buchstabieren und Schwierigkeiten beim Schreiben von Buchstaben, Wörtern und Sätzen kommen hinzu. Kinder mit Lese-Rechtschreib-Störungen haben meist Schwierigkeiten, die gesprochene Sprache gegliedert zu erfassen. Oftmals werden ähnlich aussehende oder klingende Buchstaben verwechselt. Rechtschreibregeln oder –strategien werden nicht richtig beherrscht oder nicht angemessen auf neue Sachverhalte übertragen. Beim Lesen werden vielfältige Schwächen beobachtet. Die betroffenen Kinder können Schwierigkeiten haben Buchstaben wiederzuerkennen, sie zu benennen, das Alphabet aufzusagen sowie den Inhalt gelesener Texte wiederzugeben. Zusammenhänge werden aus dem Gelesenen selten erkannt und manchmal ist es nicht möglich daraus Schlussfolgerungen zu ziehen. Worte oder Wortteile werden manchmal ausgelassen, ersetzt, verdreht oder hinzugefügt. Manche Wörter können durch ein anderes, in der Bedeutung ähnliches Wort ersetzt werden. Die Lesegeschwindigkeit ist meist unterdurchschnittlich. Es kommt häufig zu Startschwierigkeiten, langem Zögern oder Verlieren der Zeile beim Lesen und Vorlesen. Häufig treten die Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten auch bei den Textaufgaben im Fach Mathematik sowie in den Fremdsprachen auf und verschärfen

die schulischen Leistungsprobleme. Bei manchen betroffenen Kindern entsteht ein massiver Leidensdruck, der häufig durch die chronischen Misserfolge und negativen Reaktionen der Umwelt verstärkt wird.

### 3. Epidemiologie und Verlauf

Die unterschiedlichen Untersuchungen ergeben je nach der gewählten Untersuchungsmethodik und den diversen diagnostischen Kriterien eine Prävalenz zwischen 3 und 20 Prozent. Aus dem Vergleich internationaler Studien kann eine Häufigkeit der Lese-Rechtschreibstörung von ca. 4-5 Prozent angenommen werden. Nach einer Studie von Esser (1991) liegt die Punktprävalenz (Prävalenz zu einem Untersuchungszeitpunkt für Lese-Rechtschreibstörungen) bei 2,7 %. In der Fachdiskussion werden Teilleistungsstörungen wie die LRS neben widrigen familiären Sozialisationsbedingungen als die bedeutsamsten Risikofaktoren für spätere psychiatrische Auffälligkeiten betrachtet. Mittelfristig könne nicht mit einem günstigen Verlauf gerechnet werden (vgl. Schulte-Körne, 2003a). Ohne gezielte Interventionen müsse von einem chronifizierenden Verlauf ausgegangen werden. Schulte-Körne et al. (2003b) fanden bei einer kleinen Gruppe von Internatsschülern eine recht positive psychische und soziale Entwicklung bis ins Erwachsenenalter. Wichtige Einflussfaktoren scheinen dabei die Höhe des IQ, das Berufsprestige der Väter sowie die Länge und Qualität der Förderung zu sein.

### 4. Ätiologie

Entsprechend der Komplexität der Störung und der zugrunde liegenden Entwicklungsprozesse bedarf es differenzierter ätiologischer Sichtweisen. Die *eine* basale Ursache *der* Lese-Rechtschreibstörung, die für *alle* Kinder mit LRS zutrifft, ist recht unwahrscheinlich. Als häufigste kognitiv-neuropsychologische Ursachen-Hypothese werden heute Störungen im Prozess der phonologischen Informationsverarbeitung, d.h. Störungen auf der Ebene der auditiven Verarbeitung *sprachlicher* Reize, angesehen (vgl. Shaywitz & Shaywitz, 2001). Störungen auf der Ebene der basalen audi-

tiven Verarbeitung *nichtsprachlicher* Reize differenzieren nicht zwischen lese-rechtschreib-schwachen und „normalen Kindern“ (vgl. von Suchodoletz et al., 2004). Das Sprachsystem wird dabei hierarchisch konzipiert. Auf höheren Ebenen werden Semantik und Syntax angenommen. Phonologische Prozesse werden unteren Ebenen zugeordnet. Derzeit wird – unabhängig von den Sprachsystemen in unterschiedlichen Ländern (vgl. Paulesuet al., 2001) - die Ausbildung von phonologischen Repräsentationssystemen und von Kodierungsprozessen als eine wesentliche Voraussetzung für das Erlernen des Lesens und Schreibens angesehen. Die Fähigkeit, Wörter z.B. in Phoneme gliedern zu können, Phoneme wahrnehmen zu können und mit ihnen operieren zu können, wird als grundlegend für die schriftsprachliche Entwicklung betrachtet. Damit ist die phonologische Bewusstheit gemeint, d.h. lautsprachliche Fähigkeiten und Fertigkeiten unterhalb der Bedeutungsebene der Sprache, insbesondere die Sensitivität für Klänge, Reime, Alliterationen und Phoneme. Die Zuordnung von gesprochener Sprache zu geschriebener Schrift auf der Phonemebene sowie ein entsprechend differenziertes (orthographisches) Gedächtnissystem müssen gemeistert werden (vgl. Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 1999). Dabei scheinen eher phonologische *Speicherungs-* und *Abrufprozesse* und weniger *Wahrnehmungs-* und *Beurteilungsprozesse* beeinträchtigt zu sein (Mayringer & Wimmer, 1999; vgl. auch Warnke & Roth, 2002). Es besteht eine hohe Korrelation zwischen dem Wortschatz im Alter von 2 Jahren, der Qualität des phonologischen Arbeitsgedächtnisses für „Pseudowörter“ mit 5 Jahren und der späteren Leseleistung (Grimm, 2003).

Als zweite neuropsychologische Ursachen-Hypothese werden visuell-räumliche Wahrnehmungsschwierigkeiten bei einem kleineren Teil der LRS-Kinder erörtert (vgl. Warnke & Roth, 2002). McCandliss et al. (2003) diskutieren die Rolle linkshemisphärischer Strukturen, die sie „visual word form area“ nennen. Mittels dieser Struktur wird zunächst nur die visuelle Kerngestalt eines Buchstaben oder eines Wortes unabhängig von der inhaltlichen Bedeutung erfasst (vgl. Dehaene et al., 2002). Kontrovers wird die Bedeutung einer Störung der Blickbewegungen diskutiert (vgl. Schulte-Körne 2003). Zwischen Lateralitätsentwicklung und Rechtschreibleistung zeigen sich entgegen früheren Vermutungen nur sehr schwache und uneinheitliche Beziehungen (Strehlow, 2002).

Bei der Entwicklung der für den Lese- und Schreibprozess relevanten Fähigkeiten und Funktionen spielen genetische Faktoren eine Rolle. Die Heritabilität wird für die Lesefähigkeit um 50%, für die Rechtschreibfähigkeit um 60% eingeschätzt (vgl. Petermann, 2003; Schulte-Körne, 2002). Dabei geht es nicht um eine direkte chromosomale Steuerung der LRS sondern um die Determiniertheit basaler neurophysiologischer und neuropsychologischer Funktionen (vgl. Schulte-Körne & Remschmidt, 2003; Warnke & Roth, 2002). Postmortemstudien, Studien mit bildgebenden Verfahren und Studien des Hirnstoffwechsels ergeben verschiedene neuroanatomische Korrelate einer Lese-Rechtschreib-Störung (vgl. Warnke et al. 1999; Schulte-Körne, 2002; Schulte-Körne & Remschmidt, 2003). Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Korrelationen, die in diesen Studien gefunden wurden, nicht einseitig und nicht kausal zu interpretieren sind. Die Spannweite von Anomalien, die bei funktionstüchtigen Gehirnen vorkommen können (vgl. Kolb & Whishaw, 1996) sollte miteinbezogen werden.

Zusammenfassend kann die Lese-Rechtschreibstörung nicht auf eine Ursache zurückgeführt werden. Es handelt sich um ein noch nicht hinreichend geklärtes *multifaktorielles Geschehen*, bei dem genetische, neurophysiologische sowie psychosoziale Faktoren beteiligt sind.

## **5. Diagnostik und Differentialdiagnostik**

Für die Lese-Rechtschreib-Störung als Entwicklungsstörung ist eine sorgfältige Anamnese für die Erstellung der Diagnose besonders wichtig. Auf diesem Wege lassen sich oft bereits im Vorfeld Symptome einer Entwicklungsstörung des Sprechens und/oder visuelle und/oder visuo-motorische Symptome identifizieren. Die gesamte Diagnostik sollte genutzt werden, um die Fähigkeiten und Ressourcen des Kindes oder Jugendlichen zu erfassen und nicht nur die Defizite zu dokumentieren. Die Ergebnisse der nachfolgend genannten psychometrischen Verfahren eignen sich dazu, sowohl die Stärken als auch Schwächen eines Kindes besser sichtbar zu machen.



Als minimale Standards einer psychometrischen Abklärung werden die Durchführung einer allgemeinen Intelligenzuntersuchung sowie die testdiagnostische Erfassung der Lese- und Rechtschreibfertigkeiten gefordert. Bei der Intelligenzuntersuchung sollten individuell durchgeführte Verfahren eingesetzt werden. Diese sollten gut zwischen sog. sprachfreien und sprachgebundenen Aufgaben differenzieren können. In der Regel sollten eher sprachfreie Indizes genutzt werden (z.B. Handlungs-IQ im HAWIK III, nonverbale Skala im K-ABC). Zur Operationalisierung des IQ-Diskrepanzkriteriums sollte die gestörte Teilleistung mindestens 1,5 (vgl. DGKJP-Leitlinien, 2003) bzw. 2,0 Standardabweichungen (vgl. ICD-10) unter dem Wert der allgemeinen Intelligenz liegen. Das entspricht einer T-Wert-Diskrepanz zwischen IQ und Lese- bzw. Rechtschreibleistung von mehr als 12 Punkten. Im Internet unter [www.kjp.uni-marburg.de/kjp/legast/leg/diagnose.htm](http://www.kjp.uni-marburg.de/kjp/legast/leg/diagnose.htm) veröffentlichte die Arbeitsgruppe Lese-Rechtschreibstörung der Kinder- und Jugendpsychiatrie Marburg eine mit Hilfe eines Regressionsmodells erarbeitete Tabelle. Dort finden sich kritische Prozentrang-Werte in Rechtschreibtests (vgl. Deimel, 2002a). Zur Operationalisierung des sog. Alters-Diskrepanzkriteriums wird vorgeschlagen, dass die Teilleistung unter einem Prozentrang von 10 liegen sollte. Als weitere klinische Richtlinie gilt, dass der schulische Leistungsstand des Kindes eindeutig unter dem zu erwartenden Intelligenzalter liegen muss. Es gibt keine eindeutigen diagnose-spezifischen Fehlerarten (vgl. auch Warnke & Roth, 2002).

Nach ICD-10-Kriterien ist für die Feststellung dieser Entwicklungsstörung ein IQ > 70 vorauszusetzen. Die meisten Rechtschreibtests erfassen Rechtschreibleistungen auf der Basis von Lückentexten. Dort soll jeweils nur ein einziges Wort ergänzt werden. Eine vollständigere Beurteilung sollte Zeugnisse, Noten und Einschätzungen des Lehrers einbeziehen. Anamnestisch bedeutsam können auch Hinweise auf ein deutliches Absinken der Lernmotivation nach anfänglich guter Lerneinstellung sein.

Erste Hinweise auf auditive Wahrnehmungs- und Verarbeitungsprobleme können der Mottier-Test und der PB-LRS (Phonologische Bewusstheit bei Kindergartenkindern und Schulanfängern von Barth und Gomm, 2004) als Gruppentest zur Früherkennung von Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten als Screening-Instrumente liefern (vgl. auch Rosenkötter, 2003, S. 104). Pathologische Ergebnisse

im Mottier-Test und anamnestische Hinweise auf Sprachentwicklungsstörungen sollten immer im Rahmen einer pädaudiologischen Untersuchung geklärt werden. Bei dem Verdacht auf eine Lese-Rechtschreib-Störung werden eine fachärztliche Untersuchung der Sehschärfe, des räumlichen Sehens (vgl. Mühlendyck und Schäfer, 2004) sowie eine pädaudiologische Vorstellung zur Abklärung der Hörfähigkeit empfohlen.

Als Screeningmethode der Lesefähigkeit ist die Würzburger Leiseleseprobe (WLLP, Küspert & Schneider, 2000) geeignet. Ergänzend kann der Leseteil des Salzburger Lese- und Rechtschreibtests (Landerl et al., 2000), der KNUSPEL-L (Marx, 2000) oder der Züricher Leseverständnistest (Grissemann & Baumberger, 2000) durchgeführt werden. Eine aktuelle Übersicht findet sich bei Herpertz-Dahlmann et al. (2003, S. 419). Die Lese- und Rechtschreibleistungen in den ersten Schuljahren sind stark von Tempo, Didaktik und Methodik des Unterrichts abhängig. Deshalb sind *klassen*gebundene Normierungen für die Testverfahren besser als *alters*gebundene Normierungen geeignet. Bei der Auswahl der Rechtschreibtests muss darauf geachtet werden, dass sie nur für bestimmte Zeiträume geeicht und normiert sind. Für den deutschsprachigen Raum stehen weitaus mehr Rechtschreibtests als Lesetests zur Verfügung, die standardisiert und ökonomisch sind sowie differenziertere Normen haben (vgl. Deimel, 2002b, auch Hasselhorn et al., 2000). Für die ersten 15 Wochen der Beschulung liegen keine normierten Verfahren vor. Erst gegen Ende der 2. Klasse ist eine zuverlässigere psychometrische Untermauerung der Lese-Rechtschreib-Störung möglich. Hasselhorn et al. (2000, S. 3) kritisieren, „dass die traditionelle Lese-Rechtschreib-Diagnostik vermutlich viel zu spät zu einer Identifizierung von LRS-Kindern führt“. Lediglich das Bielefelder Screening, das allerdings für den Vorschulbereich konzipiert ist, scheint geeignet, zuverlässig Risiko-Kinder zu identifizieren. Für die erste Klasse sollten die HSP 1 oder der WRT 1 eingesetzt werden. Anhand der Richtig- bzw. Falschschreibungen der Wörter in den Rechtschreibtests werden objektive quantitative Werte erhoben. Bestimmte Fehlertypen sind in unterschiedlichen Phasen der schriftsprachlichen Entwicklung durchaus angemessen (vgl. Daum 2003, S. 261). Lediglich die Hamburger Schreibprobe berücksichtigt dies derzeit angemessen (Deimel, 2002b, S. 151). Unklar bleibt die Interpretation unterschiedlicher Werte in Lese- und

Rechtschreibtests zur diagnostischen Abgrenzung von isolierter Rechtschreibstörung (F81.1) und Lese- und Rechtschreibstörung (F81.0) (vgl. Deimel, 2002a, S. 125). Die theoretisch denkbare und klinisch durchaus bekannte isolierte Lesestörung wird nach ICD-10 nicht berücksichtigt.

Differentialdiagnostisch sind neurologische Erkrankungen (z.B. zerebrale Bewegungsstörung, Epilepsie oder Sinnesfunktionsstörung), der Verlust einer bereits erworbenen Lesefähigkeit (ICD-10 Dyslexie R48.0) oder Rechtschreibfähigkeit (R48.8) aufgrund einer erworbenen neurologischen zerebralen Schädigung, Intelligenzminderung sowie Analphabetismus als Folge von mangelnder Unterrichtung auszuschließen. Die Lese- und Rechtschreibstörung wird häufig von anderen Entwicklungsstörungen (z.B. der motorischen Funktionen, des Sprechens und der Sprache sowie des Rechnens) begleitet. Als weitere wichtige komorbide Störungen treten häufig die Aufmerksamkeitsdefizitstörung, Anpassungsstörungen, depressive Symptome, emotionale Störungen, Schulangst sowie Störungen des Sozialverhaltens auf. Alle durchgeführten Untersuchungen (neurologische Untersuchung, EEG, psychometrische Verfahren) werden in einem gemeinsamen Auswertungsgespräch angeschaut und analysiert. Häufig geschieht es in einem ersten Schritt mit den Eltern allein und dann in einem zweiten Schritt unter Einbeziehung des Kindes oder Jugendlichen. Neben Teilleistungsschwächen können häufig Teilleistungstärken bestehen, die dann eine wichtige Grundlage für die Erstellung eines individuellen Therapieplans liefern können.

## **6. Interventionen**

Aufgrund der Komplexität des Störungsbildes ist ein multimodaler Behandlungsansatz angezeigt (vgl. Schulte-Körne & Remschmidt 2003). Im Rahmen eines individuell gestalteten Therapieplans können verschiedene Interventionsrichtungen bzw. -ebenen unterschieden werden: 1. schulische wie außerschulische Interventionen, die direkt auf die Fertigkeiten und Fähigkeiten des Kindes zielen (z.B. spezifische Rechtschreibprogramme, Lerntherapie). 2. schulische Maßnahmen im Sinne eines Nachteilsausgleiches (z.B. Befreiung von der Rechtschreibbenotung, Zeitzuschläge, mündliches Abfragen, Vorlesen von Aufgaben, Zulassung besonderer Hilfsmittel

– vgl. Warnke et al., 2002) 3. familienorientierte Maßnahmen (z.B. Elterntraining).

Eine gute Übersicht über die große Breite Fertigkeiten zentrierter Behandlungsmöglichkeiten gibt von Suchodoletz (2003). Er beschreibt Trainingsmaßnahmen auditiver, visueller und motorischer Grundfunktionen sowie der Lateralitätsentwicklung. Daneben werden körperorientierte Verfahren, spezielle Lernmethoden, pharmakotherapeutische Behandlung einschließlich der Homöopathie dargestellt und bewertet. Entsprechend den Kriterien einer evidenzbasierten Medizin sollten mehrere unabhängige, randomisierte Kontrollgruppenstudien mit schulpraxisrelevanten Wirksamkeitsparametern Interventionseffekte nachweisen.

Diese strengen Kriterien erfüllen am ehesten symptomorientierte, systematisch übende Trainingsverfahren (Kossow, 1991; Mannheim, 1999; Schulte-Körne & Mathwig, 2001).

Förderansätze, die basale kognitive und neuropsychologische Faktoren beeinflussen und trainieren, haben keinen nachweisbaren spezifisch fördernden Effekt auf Lese- und Rechtschreibprozesse (vgl. Schulte-Körne & Remschmidt, 2003).

Im deutschsprachigen Raum wurden eher Trainingsprogramme für die Rechtschreibung und weniger für den Leselernprozess entwickelt und evaluiert. Außerschulische LRS-Behandlung wird nur in Ausnahmefällen von den Krankenkassen finanziert. Allein hat sie bislang noch nicht den Status einer nach RVO-Kriterien behandlungspflichtigen Störung. Die Therapie begleitender Aufmerksamkeits-, Wahrnehmungs- und Gedächtnisstörungen wird hingegen von den Kassen übernommen. Im Rahmen des KJHG können außerschulische Förderung und Lerntherapie übernommen werden, wenn eine begabungsadäquate Beschulung und soziale Eingliederung des Kindes gefährdet ist.

Alle Therapien, auch die Lerntherapie und die Rechtschreibprogramme, sollten als eine wirksame Möglichkeit zur Linderung und Bewältigung eines leidvollen Lebensproblems gesehen werden (vgl. Ludwig, 2002). Sie können auch als ein Weg betrachtet werden, der ein besseres Funktionieren des Einzelnen in der Gesellschaft ermöglicht und deren Organisation stützen kann.

## 7. Lese-Rechtschreibstörung aus systemischer Perspektive

Die systemische Perspektive in der Elternberatung als wichtiger Bestandteil der Behandlung wird hervorragend von Spitzcok von Brinski (2004) dargestellt. Reinhard (2001, 2002) versucht mit einem an den Ressourcen der Kinder und Jugendlichen orientierten systemischen Blick die LRS als eine sinnvolle Lösung im jeweiligen Kontext zu sehen. Sie wird als eine andere Form von „Richtigkeit in der Welt zu sein“ und weniger als Defekt interpretiert (vgl. 2002, S. 53). Symptome der Lese-Rechtschreibstörung werden als provokative sensible Teilleistungsfähigkeiten konstruiert. Kinder werden als Vertreter einer „Künstlerlogik“ den Eltern als Vertreter einer „Beamtenlogik“ gegenübergestellt. Daum (2003) begreift Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten als gestörte Beziehungsmuster zwischen dem Individuum und der Umwelt. Er kritisiert die unverhältnismäßige Forcierung des orthographisch richtigen Schreibens. Er betont, dass bestimmte Arten von Fehlern in bestimmten Phasen des Schriftsprachlernens wichtig und notwendig sind (S.261). Er weist auf die Gefahr hin, dass sekundäre psychische Probleme entstehen können. Betz & Breuninger (1998) entwarfen bereits 1982 ein Modell der Entwicklung von *strukturellen* Lern- und Leistungsstörungen. Sie unterscheiden zwischen Umweltvariablen, Leistungsvariablen und Selbstwertvariablen des Kindes. Es entstehen 3 verschiedene „Teufelskreise“ im Sinne von reflexiven Wirkmechanismen. Mittels positiver Feedbackmechanismen verfestigen sie sich und drohen zu chronifizieren. So können 1. Umweltvariablen - wie elterlicher Druck - zu Kompensationen auf Seiten des Kindes führen (z.B. Aufmerksamkeit erheischendes Verhalten in anderen Bereichen). Dies kann wiederum zur Verschärfung des elterlichen Drucks führen. 2. Leistungsmisserfolge können zu Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls und in der Folge zu Leistungsvermeidungen führen. Diese begünstigen wiederum weitere Misserfolge. 3. Schlechte Lernleistungen können zu erhöhten Leistungsanforderungen auf Seiten der Eltern führen. Die dabei auftretenden Überforderungen können in nachfolgend schlechte Lernleistungen münden. Betz & Breuninger beschreiben, dass positive Feedbackschleifen zu stabilen, kreisförmigen Mustern führen können. Diese kreisförmigen Strukturen können sich unabhängig von der ursprünglichen Eingangsgröße entwickeln, sich selbst aufrechterhalten und verstärken.

Schiepek (1999) wertet dieses Modell als ein „anschaulich geschildertes Netzwerkmodell“. Es veranschaulicht plastisch, wie aus „belanglosen Leistungsschwankungen Problemsysteme entstehen“ können. Dieses Modell eignet sich nach Schiepek „gut als erste Einführung in systemisch-vernetztes Denken und als Handreichung für Eltern, die damit auch erkennen können, welche Ansatzpunkte für Veränderungen es im jeweiligen Problemsystem geben könnte“.

Der Fachverband für integrative Lerntherapie organisiert Tagungen, die die Relevanz des systemischen Ansatzes thematisieren (persönliche Mitteilung von Joachim Hackler – z.B. Neu, 2001; Hackler 1994). In der Zeitschrift „Sprachrohr Lerntherapie“ werden immer wieder Themen mit familientherapeutischen und systemischen Akzenten aufgegriffen (z.B. Stienen, 2003, Heft1/2004 Schwerpunkt: Lerntherapie im System). Vereinzelt spiegeln Audio- und Videobänder Theorie und Praxis systemischer und hypnotherapeutischer Praktiker wider (z.B. Schmidt, 1997; Bierbaum-Luttermann/Mrochen, 1998).

Zum Thema Lese-Rechtschreib-Störung aus systemischer Sicht gab es bisher nur wenige Publikationen. Von systemischen Therapeuten wurde dieses Thema eher vernachlässigt und erst in den letzten Jahren vereinzelt entdeckt. Dies mag damit zusammenhängen, dass (medizinische) Diagnosen allgemein aus systemischer Sicht grundsätzlich sehr kritisch und oft einseitig betrachtet worden sind (vgl. Tomm, 1994, S. 210-215). Medizinische Diagnosen wurden als Etiketten begriffen, die den Aspekt der Dysfunktionalität einseitig hervorgehoben haben. Therapeutische Erfolge wurden in der Familientherapie in der Behandlung von psychischen Störungen oft dadurch erzielt, dass Diagnosen in Frage gestellt, hinterfragt oder auch „dekonstruiert“ wurden. Die Therapien waren dann erfolgreich, wenn es gelungen war, das problematische Verhalten in einem anderen Kontext zu sehen und ihm alternative Bedeutungen zu geben. In den letzten Jahren wurde von systemischen Praktikern zunehmend auch die Nützlichkeit von Diagnosen erkannt (vgl. Spitzcok von Brisinski, 1999; Pisarsky & Mickley 2003). Erst die medizinische Diagnose einer anerkannten und neuropsychiatrisch begründeten Entwicklungsstörung könnte in Zukunft die Inanspruchnahme funktioneller, von der Krankenkasse finanzierter Behandlungen im

Rahmen der RVO ermöglichen. In diese Richtung zielt auch die Empfehlung der DGKJP (vgl. Warnke & Lehmkuhl, 2003).

## **8. Was kann die systemische Therapie zur Behandlung der Les-Rechtschreibstörung beitragen?**

Die Wurzeln des systemischen Denkens können auf die Allgemeine Systemtheorie des österreichischen Biologen Ludwig von Bertalanffy (1901-1972) zurückgeführt werden. In deren Zentrum wird die Bedeutung der Homöostase hervorgehoben. Als andere wichtige Wurzeln des systemischen Denkens sind u.a. die Psychoanalyse, die Erickson'sche Therapie, der ökologische Ansatz nach Bateson, die Kybernetik, die Kommunikationstheorie (vgl. Watzlawick, 1969), der biologische Ansatz von Maturana sowie in der neueren Zeit die unterschiedlichen postmodernen Denkansätze zu betrachten (vgl. auch Pisarsky, 1995).

Verschiedene Aspekte der Kybernetik (vgl. Wiener, 1948) im Sinne einer allgemeinen Steuerungs-, Kontroll- und Kommunikationstheorie haben in unterschiedlichen Kontexten eine große Bedeutung gewonnen. Die Kybernetik erster Ordnung wendet sich Prozessen und Phänomenen wie z.B. Steuerung, Regulation, Interaktionen, Selbstorganisation, Adaptation zu und geht von der Grundannahme aus, dass objektive Beschreibungen möglich sind. Nach dieser Annahme gibt es also Muster und Regeln, die überprüfbar und auch im Experiment reproduzierbar sind. Auf dieser Grundlage wurden z.B. die unterschiedlichen psychodynamischen, strukturellen, kontextuellen und strategischen Modelle entwickelt. Aus struktureller Sicht kommt den Eltern als Trainer und Unterstützer des Kindes bei dessen Lernprozessen eine entscheidende Bedeutung zu (vgl. Born et al., 2002). Wichtige Faktoren dabei sind: 1. das Interesse der Eltern am Lernprozess des Kindes; 2. ihre Fähigkeit das Kind kompensatorisch und protektiv zu unterstützen, sowie 3. die Fähigkeiten der Eltern, ihr Kind während des Lernprozesses angemessen mittels positiver Verstärkung und Grenzsetzung zu steuern. Die besondere Situation eines teilleistungsgestörten Kindes besteht darin, dass einzelne Leistungen vom gewohnten, zumeist höheren Niveau abweichen. Es zeigt sich dann oft ein zwiespältiges, verwirrendes Erscheinungsbild im Leistungsbereich. Lehrer und Eltern tendieren oft

dazu, die eintretenden Leistungseinbrüche als Indikatoren für mangelnde Motivation zu interpretieren. Sie reagieren häufig mit Abwertungen, Strafreizen und gesteigertem Aufforderungsverhalten (vgl. Betz & Breuninger, 1998). Auch aus systemischer Perspektive ist es manchmal ratsam, die Eltern-Kind-Beziehung durch den Einsatz professioneller Nachhilfe oder Lerntherapie zu entlasten. Auch auf diese Weise lassen sich manchmal Teufelskreise entschärfen.

Viele schulische Lerninhalte entsprechen nicht unseren natürlichen intuitiven, kognitiven Fähigkeiten. Der Prozess ihrer Aneignung ist nicht immer leicht und angenehm. „Eine Familie, eine Gruppe Gleichaltriger und eine Kultur, die Schulleistungen hohen Status zuschreiben, sind da oft vonnöten, um Kinder zu veranlassen, sich dem mühsamen Geschäft des Lernens zu widmen, dessen Belohnungen oft lange auf sich warten lassen“ (Pinker, 2003, S. 313). Lernen setzt also persönliche Bindungen voraus und ist in diese eingebunden. Innerhalb dieser Bindungen steuern positive Gratifikationen und Verstärkungen entscheidend den Lernprozess. Die wichtigste Belohnung für ein Kind ist die Zuwendung und der Stolz seiner Eltern oder anderer wichtiger Bezugspersonen exakt in dem Moment, in dem das Kind sich für dieses oft langweilige Lernen engagiert. Die Häufigkeit der positiven Verstärkung, ihre Intensität und Variabilität sowie ihre zeitliche Platzierung rücken in den Vordergrund struktureller familientherapeutischer Betrachtung. Die Verstärker sollen möglichst direkt, prozess- und anstrengungsorientiert platziert werden. Gezielte psychoedukative Interventionen können Eltern einladen ihr Kind während des Lernprozesses optimal zu unterstützen (vgl. Jansen & Streit, 1992, sowie Born & Oehler, 2002). Begleitend zu der empfohlenen Lektüre des Buches von Born und Oehler „Lernen mit ADS-Kindern“ finden z.B. in unserer kinderpsychiatrischen Praxis Elterntreffen statt, um die Umsetzung der dort beschriebenen Lernstrategien und Übungen zu erleichtern. Die Diagnose der Lese-Rechtschreib-Störung kann dazu beitragen, dass Eltern eher bereit sind therapeutisch begründete neue Umgangsformen zu erproben. Somit kann ein Störungskonzept dazu beitragen Konflikte bewusst zu externalisieren und neue Lösungsstrategien zu entwickeln. So können auch bessere Voraussetzungen für notwendige Übungen der Lernvorgänge geschaffen werden. Nur eine ausreichende Anzahl von Wiederholungen führt zu einer Automatisierung des Lese- und Schreiblernprozesses.



Seit den achtziger Jahren des 20. Jahrhunderts wurden neue Konzepte einer Kybernetik zweiter Ordnung entwickelt, die ihre Aufmerksamkeit auf die Rolle und den Einfluss des Beobachters auf das beobachtete System fokussieren. Dieser Prozess kann exemplarisch an der Entwicklung der Heidelberger und der Mailänder Schule (vgl. Pisarsky, 2000) sehr gut nachvollzogen werden.

Die auf der Grundlage der Kybernetik zweiter Ordnung entwickelten Konzepte, z.B. des Konstruktivismus, Konstruktionismus, Sozialkonstruktionismus und anderer postmoderner linguistischer Ansätze, betrachten einen Therapeuten nicht mehr als eine neutrale und außerhalb des Systems stehende Person. In dieser Perspektive konstruiert der Beobachter seine Wirklichkeit selbst. Der Therapeut wird als Bestandteil eines Problemsystems betrachtet. In der Arbeit mit Klienten kann es vorteilhafter sein von verschiedenen Kooperationsformen statt von Therapie zu sprechen.

Die von Maturana geprägte These der Unmöglichkeit einer instruktiven Interaktion ergänzt und relativiert die lineare Sichtweise eines lerntherapeutischen Wirksamkeitsmodells, das der ersten Kybernetik zugeordnet werden kann. Interventionen können nur wirksam sein, wenn sie innerhalb eines Systems sinnvolle Unterscheidungen auslösen. Dabei sollten sie den Operationsmodus des Systems berücksichtigen (vgl. Simon et. al., 1999; Palmowski, 1997). „Ich bin verantwortlich dafür, was ich sage, und nicht dafür, was Sie hören“ (Maturana, persönliche Mitteilung).

Die Konzepte der lösungsorientierten Kurztherapien auf der Grundlage der Kybernetik zweiter Ordnung stellen nicht die Schwächen und Defizite in den Vordergrund, sondern orientieren sich an den Ressourcen und Kompetenzen der Klienten (vgl. auch Schmidt, 1997).

Das moderne Denken wird von den Vertretern des Sozialkonstruktivismus in einem geschichtlichen und gesellschaftlichen Kontext gesehen. Der Sprache wird dabei eine zentrale Bedeutung beigemessen. Alle gesellschaftlichen Bedeutungen, auch die sprachlichen, werden in Gemeinschaften erzeugt und entstehen in Beziehungen. Auf diesem Hintergrund werden das Konzept des Selbst

sowie die Kategorien der Wissenschaftlichkeit, der Vernunft und der Effektivität gesehen. Die Sprache nimmt in dem permanenten gesellschaftlichen Entwicklungsprozess eine Schlüsselrolle ein. Das Erlernen der Sprache bei einem Kind kann weitgehend mit dem Beibringen von „Realität“ gleichgesetzt werden. Die Bedeutungen einzelner Wörter sind für das Kind noch nicht festgelegt. So ist z.B. die Idee des Selbst und der Vernunft im feudalistischen Mittelalter kaum denkbar gewesen und konnte erst durch die Struktur und Sprache einer modernen Gesellschaft entstehen. Die Bedeutungen einer Handlung oder eines Verhaltens werden immer durch den Kontext einer Gemeinschaft geprägt, in dem sie stattfinden. Eine „Wahrheit“ ohne („Glaubens-“) Gemeinschaft ist nicht möglich. In der postmodernen Gesellschaft gibt es nur „Wahrheiten“, die meist für kleinere Gemeinschaften gelten. Nach dieser Erkenntnis ist es wenig sinnvoll zu fragen, was wahr oder unwahr ist. Die wichtigere Frage lautet deshalb: „Was ist nützlich?“ Dem Begriff der Diagnose liegen das Denken des Modernismus und das Korrespondenzdenken der Sprache zugrunde. Diagnosen könnten z.B. Etiketten darstellen um eine bestimmte Ordnung aufrechtzuerhalten. Eine Diagnose ist demnach eine sprachliche Übereinkunft, die dazu dient auf bestimmte Weise irgendein Verhalten oder Ereignis sinnvoll zu machen und zu kategorisieren (vgl. auch Gergen et al., 1997). In der Regel führen Diagnosen dazu, dass das betroffene Individuum behandelt wird und eine Legitimation für die Therapie und Behandlungsmaßnahmen entsteht. Jedes Individuum befindet sich in Beziehungen und im Austausch mit unterschiedlichen Gemeinschaften. Der systemische Ansatz kann dabei helfen, die Koordination der Beziehungen funktionaler zu gestalten und zu ordnen. Als eine Metatheorie ist die systemische Sichtweise für einen besseren Umgang mit diesen multiplen (Beziehungs-)Realitäten, mit denen jedes Individuum umgeben ist, besonders geeignet. Ein guter Therapeut ist in der Lage, in verschiedene Theorien, Realitäts- und Sprachformen einzutauchen. Er ist ein wohlwollender Begleiter, der helfen kann, Bedeutungen zu kreieren. Er ist in dieser Weise an einer Rekonstruktion der Welt als interpersoneller Realität beteiligt. Die Beziehung hat eine zentrale Bedeutung, da wir als Individuen nicht in der Lage sind, aus Beziehungen heraustreten zu können. „Das Ding an sich“ mit einer „intrinsischen Wahrheit“ ist nicht existent, sondern es gibt nur die in Beziehungen gegebenen Bedeutungen. Die Bedeutung der Wörter entsteht erst durch den Zuhörer. Die Gefühle

als wichtiger Bestandteil von Beziehungen sind als ein wichtiger Teil eines relationalen Flusses zu betrachten.

Die Konzepte der zweiten Kybernetik können dazu beigetragen, den auch aus systemischer Sicht sinnvollen multimodalen Behandlungsansatz um eine ressourcenorientierte Sichtweise und lösungsorientierte Beratungspraxis zu bereichern und einen lösungsorientierten Dialog mit den Betroffenen zu fördern. Dazu gehören z.B. das reflektierende Team, lösungsfokussierte Beratung sowie das Coaching.

Das Reflektierende Team (vgl. Andersen, 1990) könnte als ein nützliches sozialkonstruktivistisches Arbeitsinstrument in der Arbeit mit den Eltern und Helfern eingesetzt werden. Es handelt sich dabei um eine durch Tom Andersen initiierte Weiterentwicklung der Teambearbeitung, die durch die Mailänder Gruppe eingeführt wurde (vgl. Pirsarsky, 2000). Während in Mailand das therapeutische Team, das aus dem Interviewer und der reflektierenden Gruppe besteht, unsichtbar und unhörbar hinter dem Einwegspiegel in einem Nebenraum den Verlauf des Familiengesprächs diskutiert, wurde nun im Beisein der übrigen Gesprächsteilnehmer über das bis dahin stattgefundenene Gespräch reflektiert. Die Kommunikation zwischen den Therapeuten wird dadurch für alle am Gespräch Beteiligten transparent. Dieses Vorgehen trägt durch seine Transparenz bei und stärkt den Prozess eigene Sichtweisen zu entwickeln. Durch dieses offene Setting wird wirksam verhindert, dass die Idee einer „geheimen Expertenkonferenz“, deren Inhalte der Familie nur teilweise bekannt gemacht werden, entstehen kann.

Einige Grundregeln haben sich für die Arbeit eines Reflecting Team (persönliche Mitteilung von Tom Andersen, 1991) als hilfreich erwiesen:

- Der Teil des Teams, der dem Gespräch des Interview-Systems zuhört und anschließend spricht, während das Interview-System zuhört, wird das Reflektierende Team genannt
- Die Kommentare des Reflecting Team sollen sich direkt auf das von dem „nach Lösungen suchenden System“ Gesagte beziehen
- Differenzierungen sind wichtig, dabei sollten negative Urteile gemieden werden.

- Hilfreich während der Reflexionsphase ist es, wenn die Mitglieder des Reflecting Teams den Blickkontakt mit den „Mitgliedern des nach Lösungen suchenden Systems“ meiden.
- „Das nach Lösungen suchende System“ sollte immer die Gelegenheit haben das letzte Wort zu sagen („Möchten Sie dazu etwas sagen?“)
- Es ist wichtig, dass ein Therapeut bei der Familie bleibt

Die Fragen: „Wofür sollten wir die Sitzung nutzen?“ und „Wer sollte mit wem darüber reden und in welcher Weise und wann?“ können helfen das Gespräch auf relevante Inhalte zu fokussieren. Information entsteht immer dann, wenn es jemanden gelingt, in der Gesprächssituation sich zu äußern und eine Position zu beziehen.

Folgende Rahmenbedingungen für Reflektierende Teams haben sich als nützlich erwiesen:

- Das Team kann aus einem (nur dem Interviewer) oder bis zu vier oder sogar fünf Mitgliedern (dem Interviewer plus drei bis vier Teammitgliedern) zusammengesetzt sein.
- Ist der Interviewer allein, äußert er ab und zu seine auch „spekulativen“ Ideen.
- Ist außer dem Interviewer nur eine zunächst zuhörende Person anwesend, sollte sie meistens im Interview-Raum, seltener hinter einer Einwegscheibe sitzen. In einem solchen Fall tauschen beide nach einem Interviewteil ihre Reflexionen aus.
- Es gibt nicht nur einen Weg, ein Reflektierendes Team zu organisieren. Es gibt viele Möglichkeiten und Arten es zu bilden, je nach den praktischen Umständen, den Wünschen und den Vorlieben der Teilnehmer.

In Anlehnung an das Reflektierende Team und Balintgruppen kann auch die stärker strukturierte lösungsfokussierte Beratung (vgl. auch das Konzept von Jutta Rothenburg, persönliche Mitteilung 2004) mit einem Moderator und einem Komoderator für die Arbeit mit Eltern sinnvoll eingesetzt werden.

Dieses Konzept sieht vor, dass ein bis zu 60 Minuten dauernder Beratungsdurchgang sich dabei aus fünf Abschnitten zusammensetzt:

1. In der Präsentationsphase stellt der Ratsuchende sein Anliegen vor.
2. In der Informationsphase stellen die anwesenden Gruppenmitglieder Verständnisfragen.
3. In der Bestätigungsphase teilen die anderen Gruppenmitglieder mit, was sie am meisten (positiv) beeindruckt hat.
4. In der Reflektionsphase soll jedes Gruppenmitglied zu Wort kommen und Ideen, Lösungen, Ratschläge generieren.
5. Schließlich folgt die Auswertungsphase, in der der Ratsuchende wiedergibt, welche Anregungen für ihn bedeutsam waren. Er bedankt sich bei der Gruppe.

Das Coaching ist eine ressourcenorientierte Suche nach individuell zugeschnittenen Lösungen und kann sich sowohl an das betroffene Kind, den Jugendlichen oder an die Eltern wenden. In einem ersten Schritt wird auf eine Analyse der Stärken fokussiert, die dann ausgebaut und erweitert werden. Verschiedene Frageformen (zirkuläre Fragen, reflexive Fragen, Verschlimmerungsfragen, Wunderfrage) können sinnvoll eingesetzt werden. Die Externalisierung kann als sprachliche Unterscheidung helfen, ein Problem als ein äußeres Ding zu betrachten, z.B. „Welchen Einfluß hat die Rechtschreibstörung auf dein Leben?“ oder „Wer kann wie dazu beitragen, dass der Rechtschreibfehlerteufel nicht mehr so viel Macht in deinem Leben hat?“. Durch die Einführung einer Außenperspektive können Entwicklungen angestoßen und begleitet werden. Auch Metaphern und Umdeutungen können im Rahmen des Coaching dazu beitragen, neue Sichtweisen zu entwickeln.

Die systemische Perspektive bewährt sich vorzüglich als eine Art Metatheorie und Ausgangsbasis, um effiziente multimodale Behandlungskonzepte zu schaffen. Ihre Nützlichkeit und ihre Stärken liegen darin, einen ressourcen-, lösungsorientierten und partnerschaftlichen Dialog mit den Betroffenen zu fördern. Die bereits bewährten spezifischen Verfahren zur Förderung sowie die Übungsbehandlungen werden im Rahmen eines ganzheitlichen Therapie-

plans genutzt und die systemübergreifende Zusammenarbeit mit dem Kind, Familie, Schule und anderen Helfern effektiver gestaltet.

**Anschriften der Autoren:**

Dr. med. Bodo Pisarsky  
Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
Tempelhofer Damm 138  
D-12099 Berlin  
Tel. 030/6946320

Dipl.Psych. Manfred Mickley  
Sozialpädiatrischen Zentrum des Krankenhauses im Friedrichshain  
Landsberger Allee 49  
D-12049 Berlin

**Literatur:**

Andersen, T. (Hrsg) (1990) Das reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über die Dialoge. Dortmund: verlag modernes lernen.

Balgo, R., Werning, R. (Hg.), (2003) Lernen und Lernprobleme im systemischen Diskurs. Dortmund: Borgmann.

Barth, K., Gomm, B. (2004) Gruppentest zur Früherkennung von Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten. Phonologische Bewusstheit bei Kindergartenkindern und Schulanfängern (PB-LRS). München: Ernst Reinhard Verlag.

Bertalanffy, L.v. (1968) General Systems Theory. New York: George Braziller.

Betz,D, Breuninger, H. (1998) Teufelskreis Lernstörungen. Weinheim: PVU. 5. Auflage.

Bierbaum-Luttermann, H., Mrochen, S. (1998) Hypnotherapeutische und systemische Interventionen bei Lern- und Leistungsstörungen, VCR.

Born, A.; Oehler, C. (2002) Lernen mit ADS-Kindern. Ein Praxisbuch für Eltern, Lehrer und Therapeuten. Stuttgart: Kohlhammer.

Daum, O. (2003) Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten – Perspektiven konstruktivistischen Denkens. In: Balgo, R., Werning, R. (Hg.), Lernen und Lernprobleme im systemischen Diskurs. Borgmann. Dortmund. S. 255-276.

Dehaene, S. et al. (2002) The visual word form area: a prelexical representation of visual words in the fusiform gyrus. *NeuroReport*, 13, 321-323.

Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; Bundesgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; Bundesverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2003) Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes-, und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Deimel, W. (2002a) Diagnostik der Lese- Rechtschreibstörung. In: Schulte-Körne, G. (Hg.) *Legasthenie: Zum aktuellen Stand der Ursachenforschung, der diagnostischen Methoden und der Förderkonzepte*. Bochum: Winkler-Verlag. S. 115-130.

Deimel, W. (2002b) Testverfahren zur Diagnostik der Lese- Rechtschreibstörung – eine Übersicht. In: Schulte-Körne, G. (Hg.) *Legasthenie: Zum aktuellen Stand der Ursachenforschung, der diagnostischen Methoden und der Förderkonzepte*. Bochum: Winkler-Verlag. S. 149-160.

Dilling, H. et al. (2004) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber, 2004.

Dilling, H., Freyberger (1999) *Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10*. Bern: Huber.

Esser, G. (1991) *Was wird aus Kindern mit Teilleistungsschwächen?* Stuttgart: Enke.

Galilei, G. (2002) *Sidereus Nuncius. Nachricht von neuen Sternen und andere Schriften*. Frankfurt: Suhrkamp.

Gergen, K. J., (2002) *Konstruierte Wirklichkeiten. Eine Hinführung zum sozialen Konstruktivismus*. Kohlhammer Verlag Stuttgart

Gergen, K.J., Hoffmann, L., Anderson, H. (1997) Diagnose – ein Disaster? Ein konstruktivistischer Dialog. *Zeitschrift für systemische Therapie*. Jg. 15, 4, S. 224-241.

Grimm, H. (2003) *Störungen der Sprachentwicklung*. Göttingen: Hogrefe.

Grissemann, H., Baumberger, W. (2000) *Zürcher Leseverständnistest für das 4. bis 6. Schuljahr*. Göttingen: Hogrefe.

Haase, P. (Hrsg.) (2000) *Schreiben und Lesen sicher lehren und lernen. Voraussetzungen, Risikofaktoren, Hilfen bei Schwierigkeiten*. Dortmund.

Hackler, J. (1994) Das eigene System entwickeln. Vortrag, gehalten auf der 4. interdisziplinären Fachkonferenz in Würzburg. In: FiL Almanach. Hrsg.: FfiL – Geschäftsstelle. Ammerbuch. S. 33-35.

Hasselhorn, M. et al. (Hg.) (2000) Diagnostik von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten. Göttingen: Hogrefe.

Jansen, F., Streit, U. (1992) Eltern als Therapeuten. Ein Leitfaden zum Umgang mit Schul- und Lernproblemen. Berlin: Springer.

Klicpera, C., Gasteiger-Klicpera, B. (1999) Lese- Rechtschreibprobleme – Einführung in den Themenschwerpunkt. Kindheit und Entwicklung, 8, S. 131-134.

Kolb, B., Wishaw, I.Q. (1996) Neuropsychologie. Heidelberg: Spektrum.

Kossow, H.J. (1991) Leitfaden zur Bekämpfung der Lese- Rechtschreib- Schwäche. Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.

Küspert, P., Schneider, W. (2000) Die Würzburger Leiseleseprobe (WLLP). In Hasselhorn, M. et al. (2000), S. 81-89.

Landerl, K. (2000) Der Salzburger Lese- und Rechtschreibtest (SLRT) In Hasselhorn, M. et al. (2000), S. In Hasselhorn, M. et al. (2000), S. 63-79.

Ludewig, K. (2002) Leitmotive der systemischen Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Mannhaupt, G. (1992) Strategisches Lernen. Heidelberg: Asanger.

Marx, H. (2000) Knuspels Leseaufgaben: Theorie, Umsetzung und Überprüfung. In Hasselhorn, M. et al. (2000), S. 35-61.

Matthys-Egle, M. (1996) Diagnose „Legasthenie“: Konzepte systemischer Beratung in der Schulpsychologie als Alternative zur Praxis der Symptomkonstruktion. Bern: Lang.

Maturana, H. (1982) Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Braunschweig: Vieweg.

Mayringer, H., Wimmer, H. (1999) Kognitive Defizite lese- rechtschreibschwacher Kinder. Kindheit und Entwicklung, 8, S. 141-146.

McCandliss, B.D. et al. (2003) The visual word form area: expertise for reading in the fusiform gyrus. Trends in Cognitive Science, 7, 293-299.

Mickley, M., Pisarsky, B.C. (2003) Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung – von der multimodalen Therapie zur systemischen Perspektive. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Heft 1.

Morgan, W.P. (1896) A case of congenital word blindness. Br. Med. J., 2, S.1378.



Mühlendyck, H. Schäfer, W.D. (2004) Hypoakkomodation und Pathophorien – Differentialdiagnostik zur Legasthenie. Z. Legasth. Dyskalk., 23, S.16-19.

Neu, H. (2001) Geschichten und Metaphern. In: Tagungsbericht. XI. interdisziplinäre Fachtagung 14-15. September 2001 Schauenburg/Elshagen. Auf bunten Wegen Kinder begleiten. Hrsg.: Fachverband für integrative Lerntherapie e.V.

Palmowski, W. (1997) Die innere Landkarte und die Unmöglichkeit instruktiver Interaktion. System Schule. Jg. 1, Heft 2, S. 55-58.

Petermann, F. (2003) Legasthenie und Rechenstörung – Einführung in den Themenschwerpunkt. Kindheit und Entwicklung., 12, 193-196.

Pinker, S. (2003) Das unbeschriebene Blatt. Die moderne Leugnung der menschlichen Natur. Berlin: Berlin-Verlag.

Pisarsky, B.C. (1995) Nur wer sich wandelt bleibt gleich (gut) – oder 20 Jahre „Familiendynamik“. Familiendynamik, 20 Jg, S.405-418.

Pisarsky, B.C. (2000) Die Mailänder Schule. Systemische Therapie von der paradoxen Intervention zum epigenetischen Ansatz. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Reinhardt, M. (2001) Legasthenie und Dyskalkulie - Mögliche Muster ihrer Selbstorganisation. In: Rotthaus, W., Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Heidelberg: Carl-Auer Systeme-Verlag.

Reinhardt, M. (2002) Was ist wirklich richtig und was ist richtig wirklich? Mögliche Provokationen von Legasthenie, Dyskalkulie und ADS. System Schule, 6, 53-61.

Remschmidt, H., Schmidt, M.H., Poustka, F. (2001) Multiaxiales Klassifikationschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern: Huber.

Rosenkötter, H. (1997) Neuropsychologische Behandlung der Legasthenie. Weinheim: PVU.

Rosenkötter, H. (2003) Auditive Wahrnehmungsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Schiepek, G. (1999) Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie-Praxis-Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (S. 308-310).

Schmidt, G. (1997) Lösungsorientierte Kurzzeittherapie mit Eltern, Lehrern und Kindern. Vortrag anlässlich der 7. Fachtagung des Fachverbandes für integrative Lerntherapie am 26.4.1997 in Düsseldorf. Ammerbuch: FiL.

Schulte-Körne, G. (2002) Neurobiologie und Genetik der Lese- Rechtschreibstörung (Legasthenie). In: Schulte-Körne, G. (Hg.) Legasthenie: Zum aktuellen Stand

der Ursachenforschung, der diagnostischen Methoden und der Förderkonzepte. Bochum: Winkler-Verlag. S. 13-46.

Schulte-Körne, G., Mathwig, F. (2001) Das Marburger Rechtschreibtraining. Ein regelgeleitetes Förderprogramm für rechtschreibschwache Schüler. Bochum: Winkler.

Schulte-Körne, G.; Remschmidt, H. (2003) Legasthenie – Symptomatik, Diagnostik, Ursachen, Verlauf und Behandlung. Dtsch. Ärztebl., 100, 7, S. 396-406.

Schulte-Körne, G. et al. (2003) Nachuntersuchung einer Stichprobe von lese-rechtschreibgestörten Kindern im Erwachsenenalter. Z. Kind. Jug. Psychiatr., 31, S.267-276.

Shaywitz, S.E., Shaywitz, B.A. (2001) The neurobiology of reading and dyslexia. Focus on basics, 5, issue A.

Simon, Fritz B., Clement, Ulrich; Stierlin, Helm (1999) Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular. Stuttgart: Klett-Cotta.

Spitzcok von Brisinski, I. (1999) Zur Nützlichkeit psychiatrischer Klassifikationen in der systemischen Therapie. Z. system. Ther. 17, 43-51.

Spitzcok von Brisinski (2004) Elternberatung in der Lerntherapie aus systemischer Sicht. In: Sprachrohr Lerntherapie. Heft 2. S. 8-21.

Strehlow, U. (2002) Legasthenie und Lateralität. In: Schulte-Körne, G. (Hg.) Legasthenie: Zum aktuellen Stand der Ursachenforschung, der diagnostischen Methoden und der Förderkonzepte. Bochum: Winkler-Verlag, S. 47-60.

Stienen, J. (2003) Scheitern aus Liebe. In: Sprachrohr Lerntherapie. Heft 2. S. 48-50.

Suchodoletz, W. v. (Hrsg.) (2003) Therapie der Lese-Rechtschreibstörung (LRS). Traditionelle und alternative Behandlungsmethoden im Überblick. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Suchodoletz, W. v. et al. (2004) Die Bedeutung auditiver Wahrnehmungsschwächen für die Pathogenese der Lese-Rechtschreibstörung. Z. Kind.Jug.psychiatr., 32, 19-28.

Tomm, K. (1994) Die Fragen des Beobachters. Schritte zu einer Kybernetik 2. Ordnung in der systemischen Therapie. Heidelberg: Auer.

Warnke, A. (2003) Umschriebene Entwicklungsstörung des Lesens und der Rechtschreibung. In: Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A., Entwicklungspsychiatrie. Schattauer. Stuttgart-New York. S. 404-436.

Warnke, A., Lehmkuhl, G. (2003) Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland. Schattauer Verlag. Stuttgart. S.134-136.

Warnke, A. et al. (1999) Neurobiologie der Legasthenie. Kindheit und Entwicklung, 8, S. 135-140.

Warnke, A. et al. (2002) Legasthenie. Leitfaden für die Praxis. Göttingen: Hogrefe.

Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1969) Menschliche Kommunikation. Bern: Hans Huber.

Wiener, N. (1948) Kybernetik. Reinbeck: Rowohlt 1969.

# **Neue Wege in der Jugendhilfe Die stationäre Behandlung von Kindern mit ADHS in Wohngruppen der Jugendhilfe**

## **ADHS in der Jugendhilfe**

*Nicole Bach, Regina Freisberg, Ulrich Preuss*

### **Ausgangslage**

Es werden vermehrt Kinder mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) in Jugendhilfeeinrichtungen aus verschiedenen Gründen platziert. In den meisten Fällen treffen die Kinder auf das Regelangebot der Jugendhilfe und der sonderschulischen Versorgung.

ADHS ist eine Störung, die einer frühzeitigen Diagnose und kontinuierlichen Therapie bedarf. Ungefähr 7 % aller Schulkinder sind weltweit von ADHS betroffen, d. h., 1-2 Kinder pro Schulklasse und ihre Familien zeigen entsprechende Symptome bzw. erleben die Folgen im familiären und weiteren sozialen Umfeld (Barkley, 2002). Zusätzlich treten komorbide Störungen auf, die sich u. a. in dissozialen, kriminellen Verhaltensweisen oder durch psychische Erkrankungen äußern (z.B. Phobien, Suchterkrankungen, Depressionen). Neben den Einschränkungen im Bereich der Entwicklungsaufgaben, finden sich oft umfangreiche schulische Leistungsdefizite und Probleme im Umgang mit den Eltern oder Pflegeeltern, die allein mit dem Mitteln, die den Eltern und Regelschulen zur Verfügung stehen, nicht zu beheben sind. In diesem Bereich bedarf es jedoch einer spezifischen Betreuung der betroffenen Kinder, Jugendlichen und ihrer Eltern. Dazu müssen speziell ausgebildete Betreuer und ein besonderes schulisches Angebot zur Verfügung gestellt werden. Wissenschaftlich belegte Methoden sollten verwandt werden, die helfen die Möglichkeiten der Jugendhilfe optimal auszuschöpfen. El-

tern oder Pflegeeltern sollen in den erzieherischen Prozess integriert werden. Methode der Wahl ist hierbei nicht eine jugendhelferische Regelbetreuung, sondern ein intensives und vielfältiges Angebot, das die Ressourcen der Kinder und ihrer Eltern entwickelt.

Der Aufnahmegrund in eine Jugendhilfeeinrichtung ist nicht ausschließlich eine diagnostizierte ADHS, weil diese in der Regel am besten ambulant behandelt wird. Viele Kinder haben über lange Zeit hinweg als Folge der ADHS-Problematik die unterschiedlichsten auffälligen Verhaltensweisen ausgebildet. Deshalb sind die primären Aufnahmegründe Störungen des Sozialverhaltens, dissoziale und aggressive Auffälligkeiten (z.B. Stehlen, Lügen, Streunen, Wutausbrüche, Sachbeschädigung, eigen- und fremd gefährdendes Verhalten, oppositionelles Verhalten, Probleme im Kontakt zu Gleichaltrigen usw.). Häufig wird dabei nicht anerkannt, dass diese Auffälligkeiten Resultat eines unzureichenden oder ungeeigneten Umgangs mit den Kindern sind. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass diese Kinder oft eine „lange Odyssee“ durch verschiedene Angebote der Jugendhilfe hinter sich haben, weil eine speziell auf ihre Störung abgestimmte Betreuung trotz geeigneter medizinischer Therapie bisher nicht erfolgte. Konventionelle Erziehungsmethoden, die nicht die Besonderheiten des Störungsbildes berücksichtigen, erzielen eher negative oder keine pädagogischen Effekte und sind zur Förderung der Kinder und Jugendlichen nicht geeignet. Im Bereich der Schule benötigen die Kinder ein spezielles Förderangebot, das die erworbenen Defizite ausgleicht, das sich am Alter und dem individuellen kognitiven und schulischen Entwicklungsstand der Kinder orientiert und das durch ein schulisches Zusatzangebot auf den betreuenden Gruppen ergänzt werden muss. Weiterhin ist ein Training sozialer Kompetenzen zu gewährleisten, um die Interaktionsprobleme der Kinder aufzugreifen. Dies hat zum Ziel, alterstypische Freundschaften und Kooperation unter den Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Das schulische Angebot muss schulintern, aber im Gruppenalltag durch ein Sportangebot ergänzt werden (Frölich, 2000), das motorische Defizite kompensiert und Fähigkeiten verbessert, wodurch sowohl das Unfallrisiko gesenkt wird und gleichzeitig auch der erlebte Selbstwert verbessert wird.

## **Möglichkeiten einer Behandlung in der Heimerziehung**

Seit September 2004 wird im Jugendhilfezentrum Bernardshof in Mayen eine spezifische Intensivgruppe für Kinder und Jugendliche mit ADHS und ihre Eltern angeboten, für die ein auf die Probleme dieser Kinder zugeschnittenes Konzept entwickelt wurde. Diese Gruppe entwickelte sich aus einem Angebot, dass sich an den Bedürfnissen extrem verhaltensauffälliger und/oder lernbehinderter Kinder ausrichtete, die einen hohen Betreuungsaufwand benötigen. Vermehrt wurden aufgrund der Nachfrage Kinder mit einer diagnostizierten ADHS mit komorbiden Störungen aufgenommen, die bereits verschiedene Stationen der Jugendhilfe durchlaufen hatten. Sehr schnell stellte sich heraus, dass diese Kinder zusätzlich zum konsequenten, hoch strukturierten Tagesablauf eine weitergehende Betreuung und Versorgung benötigten. Die Gruppe „Die Marienburg“ wurde dadurch zu einer Intensivgruppe für Kinder und Jugendliche mit einer Aufmerksamkeits- und/oder Hyperaktivitätsstörung umstrukturiert. Aufgrund dieser Veränderung wurde das Konzept der Gruppe überarbeitet und vollständig auf die Betreuung von Kindern mit ADHS ausgerichtet, die schwere Erziehungsprobleme, ausgeprägte Defizite der sozialen Integration und umfangreiche zusätzliche Störungen aufwiesen. Ein wesentliches Merkmal der Belastung dieser Kinder ist, dass mit den üblichen Methoden im Elternhaus diese Kinder trotz erfolgreicher psychiatrischer Behandlung weder die erzieherische Reaktion noch die schulische Situation positiv gefördert werden konnte. Dadurch kommt es zu schweren Beeinträchtigungen der Lebensqualität von Eltern und Kindern, eine Entwicklungsgefährdung kann nicht ausgeschlossen werden bzw. hat sich schon durch z. B. Weglaufen, Gewalt, Schulverweigerung und Kriminalität manifestiert.

Zur personellen Ausstattung dieser Intensivgruppe gehören 3 Erzieher/ innen, 2 Sozialpädagogen/ innen, 1 Diplom-Pädagogin, eine interne Beschulung durch die Unesco-Projekt-Schule sowie 1 Diplom-Sportlehrer. Zusätzliche Angebote sind Psychologischer Dienst, Heilpädagogischer Dienst, Therapeutisches Reiten und Erlebnispädagogik.

Die konzeptionellen Neuerungen für diese Intensivgruppe enthalten ein multimodales, integratives pädagogisches Behandlungskonzept

für schulpflichtige Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 16 Jahren.

Global sollen folgende Ziele im Sinne der Pädagogik realisiert werden: Durch gezielte, der Störung des Kindes angemessene pädagogische Interventionen wird versucht, Einschränkungen aufzuheben oder zumindest zu kompensieren oder ihrer weiteren Verschlechterung entgegenzuwirken.

Die Maßnahmen im Einzelnen sind:

- Nachentwicklung von Basisfertigkeiten wie Lernen, Wahrnehmen, Konzentrieren, Denken, Handeln in vielen kleinen überschaubaren Schritten
- Training der Motorik (Turnen, Schwimmen, etc.)
- Kognitionen und Emotionen entwickeln und stützen
- Selbstwert, Gefühl der Angemessenheit, Kontaktfähigkeit fördern
- Erziehung zur Selbständigkeit
- Entwicklung von sozialen Fertigkeiten und sozialem Verständnis

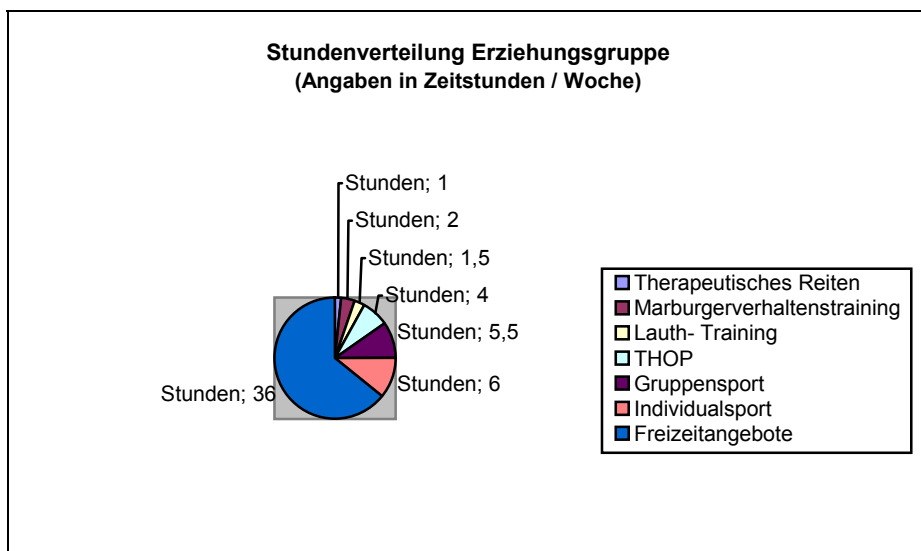


Abbildung 1: Wochenplan Zeitaufteilung

## **Ablauf der Betreuung auf der Intensivgruppe**

Vor Beginn der Aufnahme werden Anamnese, medizinische und psychodiagnostische Vorbefunde ausgewertet und geprüft, ob weitere Diagnostik zur Vorbereitung der Planung der Jugendhilfemaßnahme erforderlich ist. In dieser Phase wird in Abstimmung mit den behandelnden Ärzten und Psychologen oder Psychotherapeuten das weitere Vorgehen entwickelt. Ziel ist, soweit dies räumlich möglich ist, eine Kontinuität der Behandlung bei den betreuenden Therapeuten aufrecht zu erhalten.

Eine zentrale Bedingung zur Aufnahme ist, dass eine wissenschaftlich anerkannte und nach ärztlicher Einschätzung notwendige und geeignete Behandlung der ADHS durchgeführt wird (Purdie et al., 2002) und die Behandlung in Absprache und bei regelmäßigen Kontrollen während des gesamten Zeitraums der Jugendhilfemaßnahme durchgeführt wird. Grundsätzlich wird von einer Behandlungsdauer von einem Jahr ausgegangen, die durch die Zustimmung der Eltern und der Kostenträger garantiert werden muss.

Sollten die Eltern eigenmächtig Teile der Behandlung (z.B. die Medikation) beenden wollen, obwohl aus ärztlicher Sicht eine weitere Behandlungsnotwendigkeit besteht, stellt dies die Aufnahme oder den Verbleib in der Maßnahme zunächst in Frage. Medizinische, psychotherapeutische und jugendhelferische Maßnahmen sollen über die gesamte Zeit eine Einheit bilden, deren zentrale Eckpfeiler nur in gegenseitiger Abstimmung verändert werden dürfen. Sinnvolle Modifikationen der Behandlung werden in gegenseitiger Absprache von Eltern und Fachpersonen durchgeführt. Das Gruppenteam behält sich jederzeit bei Problemen, die durch mangelnde Einhaltung des Behandlungsprogramms hervorgerufen wurden, vor, einen zeitlich begrenzten oder endgültigen Abbruch der Maßnahme vorzunehmen.

Die Aufnahmediagnostik, die dazu dient, die speziellen Bedürfnisse des Kindes zu identifizieren, wird vom Psychologen des Jugendhilfenzentrums Bernhardshof durchgeführt. Die individuelle Diagnostik umfasst ebenfalls psychometrische Testverfahren zur Messung der Intelligenz, des Antriebs, der Wahrnehmung, der Konzentration und



der Merkfähigkeit sowie von Persönlichkeitsstörungen und spezifischen Problemen.

Bei allen Schritten werden die Eltern eingebunden, um Offenheit und eine allgemeine familiäre Zustimmung für die geplanten Maßnahmen zu erreichen. Weiterhin werden zur Evaluation des Erfolgs der Maßnahmen verschiedene empirische Methoden für eine angemessene Diagnostik angewendet. Das Jugendhilfezentrum Bernardshof beteiligt sich an der Evaluation, die durch das Institut für Kinder- und Jugendhilfe (1999), Projekt-Design EVAS (Evaluationsstudie erzieherischer Hilfen) durchgeführt wird.

Neben den Gesprächen mit Familienangehörigen, ehemaligen Lehrern und Betreuern werden situationsabhängige Verhaltensbeobachtungen durchgeführt.

Während der gesamten Behandlung wird eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pädagogen, Psychologen, Therapeuten und Ärzten durchgeführt. Die Zustimmung der Eltern oder Sorgeberechtigten zu dieser Zusammenarbeit und dem Fachgruppen übergreifenden Informationsaustausch ist eine Grundbedingung für die Aufnahme der Kinder auf die Intensivgruppe.

Nach Abschluss der Diagnostikphase wird für jedes Kind und dessen Eltern ein individueller Behandlungsplan erstellt. Eine weitere unabdingbare Voraussetzung für eine Aufnahme des Kindes ist neben der diagnostizierten ADHS die Bereitschaft der Eltern zur aktiven Mit- bzw. Zusammenarbeit. Die Elternarbeit ist ein zentraler Baustein des pädagogischen Konzeptes. Es findet im festen Rhythmus ein obligatorisches Elterntraining in der Jugendhilfeeinrichtung statt. Die Eltern werden über die Störung ADHS aufgeklärt und für die Probleme ihrer Kinder sensibilisiert. Sie lernen in Workshops und bei begleiteten Elternwochenenden neue Erziehungspraktiken und Kommunikationsmethoden und deren praktische Umsetzung in das Familienleben zusammen mit ihren Kindern oder unter sich kennen. Neben dem psychoedukativen Aspekt wird auch auf Hilfe zur Selbsthilfe besonderer Wert gelegt. Die Eltern haben Gelegenheit gleichzeitig durch das Training und voneinander zu lernen. Sie bilden eine Art Selbsthilfegruppe mit fachlicher Unterstützung.

Ein Appartement für Eltern ist für das Übungsprogramm an die Gruppe angegliedert. Unterstützende Hilfe erfahren die Eltern beim Aufstellen von Verstärker- bzw. Punkteplänen. Beim Elterntraining

werden bewährte Methoden des *THOP-Programms* („*Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischen und oppositionellem Problemverhalten*“) angewendet (Döpfner et al., 1998, 2002). Nur durch eine intensive, regelmäßige Zusammenarbeit mit den Eltern und deren Bereitschaft, das Erlernte konsequent bei der Erziehung anzuwenden, ist eine dauerhafte Verhaltensänderung bei den Kindern/Jugendlichen und somit eine Rückführung ins Elternhaus möglich. Dies ist die zentrale Botschaft, die während der gesamten Maßnahme den Eltern und Kindern vermittelt werden soll.

Neben der Elternarbeit werden verschiedene anerkannte Behandlungsmethoden zur Therapie von ADHS eingesetzt. Einmal wöchentlich werden das *Marburger Verhaltenstraining* und das *Lauth-Programm* durchgeführt. Während das *Marburger Verhaltenstraining* eher auf spielerische Art zur Förderung sozialverträglicher Verhaltensweisen beiträgt (Krowatschek, 2003), wird das *Lauth-Programm* gezielt als therapeutisches Angebot zum Erwerb altersentsprechender Kompetenzen genutzt (Lauth, 2002).

Weitere feste Bestandteile des Behandlungsplanes liegen in der täglichen sportlichen Förderung der Kinder, in erlebnispädagogischen Angeboten und einer gesunden, ausgewogenen Ernährungsweise, die einen möglichen Zusammenhang zwischen ADHS und täglichem Essverhalten berücksichtigt. Neben einer sozial strukturierten Nahrungsaufnahme, soll auch die Menge und Qualität kontrolliert werden. Dabei wird auf vielfältige und wertvolle Nahrungsmittelauswahl geachtet, um eine Monodiät durch „Junk-Food“ zu vermeiden. Die Ernährung erfolgt Gewichts- bzw. Body Mass Index orientiert, um Unter- oder Übergewichtsprobleme zu verhindern und die körperliche Entwicklung und Gesundheit zu fördern.

Die Interessenentwicklung der Kinder soll gefördert werden und Ziel ist es, dass die Kinder mit der Zeit Neigungen im sportlichen und anderen Bereichen entwickeln und ausbauen. Interesse an Sportvereinen oder anderen Hobbys wird gezielt gefördert, wobei neben dem Angebot der Jugendhilfeeinrichtung auch die Möglichkeiten der lokalen Vereine und Angebote genutzt werden können, wenn die Kinder dazu bereit sein sollten.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der internen Beschulung der Kinder durch speziell geschulte Lehrerinnen und Lehrer. Alle Kinder werden zuerst nach einem individuellen Förderplan in der UNESCO-Projekt-Schule des Jugendhilfezentrum Bernardshof beschult. Es wird Einzel- und Kleingruppenunterricht auf der Wohngruppe angeboten (Krowatschek, 2003). Der intensive Austausch zwischen der Wohngruppe und dem Lehrpersonal ermöglicht eine konsequente, kontinuierliche schulische und außerschulische Betreuung. Eine Re-Integration in den regulären Schulbetrieb in einer externen Schulform wird angestrebt. Dabei sollen die Kinder letztlich die für sie am besten geeignete Schule besuchen können, d.h. wenn ein Kind Potentiale für den Besuch eines Gymnasiums hat, dann wird dies gefördert, auch wenn dies für alle Beteiligten zu Beginn einen höheren Aufwand bedeuten kann.

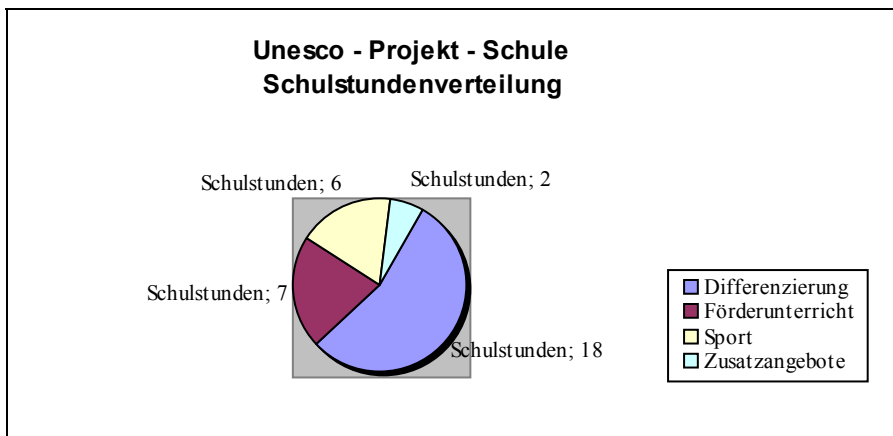


Abbildung 2: Anteile des Sonderschulangebotes (Schule für Erziehungshilfe)

Durch die stationäre Unterbringung wird eine intensive Arbeit und pädagogische Betreuung ermöglicht. Das Zusammenwohnen von insgesamt höchstens 7 Kindern und Jugendlichen in einer Wohngruppe bietet ein gutes Übungsfeld zur Einübung von sozialen Kompetenzen. Das Zusammenleben ist familiär und alltags orientiert. Ziel ist es Grundkompetenzen der alltäglichen Tätigkeiten altersgemäß zu entwickeln und zu fördern.

Die Regeln der Gruppe sind kindgerecht und transparent, gezielte Verstärkerprogramme dienen als Ansporn und Ermutigung zu Einstellungs- und Verhaltensänderungen. Regeln und Verstärkerpläne werden mit jedem Kind einzeln durchgesprochen und vereinbart (Scheres et al., 2002). Die Kinder erleben es vielfach entlastend, mit Kindern und Jugendlichen mit ähnlichen Problemen zusammenzuleben. Durch die gegenseitige Akzeptanz wird ihr Selbstvertrauen gestärkt und positive soziale Erfahrungen geschaffen. Die gezielte, intensive und zeitlich begrenzte Therapie hilft, dauerhafte Verhaltensänderungen zu bewirken. Im elterlichen Haushalt werden die Regeln und Verstärkerprogramme weitergeführt. Überprüft wird die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen durch standardisierte Testverfahren, Standortbestimmungen, Modifikationen des Plans, Adaptation der vereinbarten Ziele an veränderte Bedingungen. Regelmäßige Gespräche mit den Eltern und den zuständigen Jugendämtern ergänzen das Angebot und dienen weiterhin zur Überprüfung und ggf. Revision der Behandlungsziele. Wie bereits oben erwähnt, findet die externe Evaluation durch die Teilnahme an der Effektivitätsstudie EVAS (Institut für Kinder- und Jugendhilfe) statt. Intern wird die Wirksamkeit durch multiple Erfolgskontrollen durch die Mitarbeiter durchgeführt.

## **Ausblick**

Seit einiger Zeit besteht das Angebot der pädagogischen Intensivbetreuung der Kinder und Jugendlichen mit ADHS im Jugendhilfzentrum Bernardshof. Erste Effekte sind zu verzeichnen und das Konzept wird von den Kindern und Eltern sehr positiv gestimmt angenommen. Insbesondere die Integration der Eltern einschließlich Teilnahme am Gruppenleben findet positive Resonanz und scheint sehr wirksam zu sein. Die Eltern geben auch an, dass gerade das Elterntraining sich sehr positiv gestaltet und für sie besonders notwendig sei, da sie trotz vielfältiger Informationen einen Mangel an praktischen Hinweisen für den Umgang mit ihren Kindern haben, der dadurch behoben werden konnte.

Die Konzeption scheint aufzugehen, dass nur erfahrene Betreuerinnen und Betreuer mit den Kindern das Behandlungsprogramm durchführen. Einerseits wird dadurch Kontinuität der pädagogischen Begleitung gewährleistet, andererseits können sich die Teammit-

glieder kontinuierlich durch fachliche Fortbildung und durch die Erfahrungen bei der Arbeit mit den Kindern spezialisieren, so dass ein Angebot gewährleistet werden kann, dass in Jugendlichengruppen mit gemischten Problemlagen nicht möglich ist.

Durch Konzentration von Kindern mit einer aktiven Symptomatik wurde erwartet, dass es ggf. zu mehr Konflikten und Störungen des Gruppenablaufes kommen könnte. Bisher konnte aber vermehrte Unruhe oder eine Steigerung der Konflikte nicht beobachtet werden. Es wird davon ausgegangen, dass bei angemessen behandelten Kindern durch die Zusammenfassung auf einer Gruppe die positiven Effekte der Spezialisierung überwiegen werden.

Wesentlich werden jedoch die objektiven Ergebnisse der Evaluation, der Überprüfung der Effekte, der Schulerfolg und die Zufriedenheit der Eltern und Kinder sein, um die Wirksamkeit dieses neuartigen Gruppenangebotes zu erfassen.

Eine intensive, individuelle stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS ist eine viel versprechende Möglichkeit mit bewährten und neuen Behandlungsmethoden zielorientiert und in einem zeitlich überschaubaren Rahmen effektiv zu helfen. Den Kindern und Jugendlichen werden Methoden vermittelt, um mit ihrer Störung und ihren Problemen besser umgehen zu können. Sie lernen ihre Störung zu akzeptieren und selber Strategien zu entwickeln, Schwierigkeiten zu lösen. Durch das intensive Training werden dauerhafte Verhaltensänderungen erzielt und soziale Kompetenzen geschult, die den Kindern helfen, sich wieder störungsfrei in das gesellschaftliche Leben zu integrieren. Die Eltern lernen ebenfalls mit den Auffälligkeiten ihrer Kinder umzugehen und angemessen zu agieren. Ein Familienleben ohne primär durch ADHS bedingte Belastungen und schwere Konflikte wird wieder möglich. Im Hinblick auf die Zukunft der Kinder ist die stationäre Behandlung in Jugendhilfeeinrichtungen eine aussichtsreiche Möglichkeit, Kinder bzw. Jugendliche auf den „richtigen Weg zu bringen“ und sie mit neuem Selbstvertrauen ihr Leben selbständig meistern zu lassen. Die schweren Fälle von Kindern bzw. Familien mit ADHS müssen weiterhin entsprechend durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie versorgt werden. Das Angebot in der Jugendhilfe stellt eine Ergänzung und notwendige Erweiterung der stationären Maßnahmen dar, um eine multimodale Behandlung bei ADHS zu gewährleisten.

**Anschriften der Autoren:**

Nicole Bach, Regina Freisberg  
Jugendhilfezentrum Bernardshof  
Die Marienburg – Die Gruppe für Kinder mit ADHS  
Polcher Strasse  
56727 Mayen  
02651- 8008-22  
Email: info@jhz-bernardshof.de

Dr. Ulrich Preuss  
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
Diplom-Psychologe  
Forschungsabteilung  
Universitätsklinik für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie Psychotherapie Bern  
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern  
Effingerstrasse 12  
CH-3011 Bern  
Schweiz

**Literatur:**

- Barkley, R. A. (2002). Das große ADHS-Handbuch für Eltern. Bern: Huber.
- Döpfner, M., Schürmann, S., Frölich, J. (1998). Therapie Programm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP). Weinheim: Psychologie Verlags Union,
- Döpfner, M., Schürmann, S., Lehmkuhl, G. (2002) Wackelpeter und Trotzkopf. Weinheim: Beltz.
- Frölich, J. (2000). Frühe Interventionen bei hyperkinetischem Problemverhalten. In: Praxis der Psychomotorik, Jg. 25/4, 212-219
- Institut für Kinder- und Jugendhilfe: Projekt-Design EVAS (Evaluationsstudie erzieherischer Hilfen). <http://www.ikj-mainz.de/Frames/Haupt/EVAS.htm>, Zugriff am 13.5.2005.
- Krowatschek, D. (2002) Überaktive Kinder im Unterricht. Dortmund: borgmann
- Krowatschek, D. (2003). ADS und ADHS - Diagnose und Training. Dortmund: Borgmann, 2003.
- Lauth, G.W., Schlotke, P.F. (2002). Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern. Weinheim: Beltz.

Purdie, N., Hattie, J. & Carroll, A. (2002). A review of the research on interventions for attention deficit hyperactivity disorder: What works best? *Review of Educational Research*, 72, 61-99.

Zimmer, R (1996): Die Entwicklung des Selbstkonzeptes für die Entwicklung hyperaktiver Kinder. In: Passolt, M (Hrsg.): *Mototherapeutische Arbeit mit hyperaktiven Kindern*, München: Reinhardt 1996, S. 29 - 44

Scheres, A., Oosterlaan, J. & Sergeant, J.A. (2001). Response execution and inhibition with children with AD/HD and other disruptive disorders: The role of behavioral activation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 347-357.

## Buchrezensionen

Riederle, Josef: **Kampffessspiele, machen Spaß und unterstützen Jungen in ihrer persönlichen Entwicklung.** Hrsg. Gewalt Akademie Villigst, Schwerte, 2003, [www.gewaltakademie.de](http://www.gewaltakademie.de), 120 S., 5,-€.

Es gibt sie noch die alten Spiele. In diesem Buch finden sich 84 Spiele, in denen „gekämpft“ wird, nicht nur für Jungen. Der Titel ist etwas gewöhnungsbedürftig, versucht aber an das zentrale Anliegen des Buches, Methoden zur Gewaltprävention vorzustellen, anzuknüpfen.

Wie der Autor erläutert regen Kampffessspiele einen positiven, fairen Umgang mit Aggression an. Sie stärken dadurch das Selbstvertrauen und die Handlungsfähigkeit. Im Handeln erfolgt eine Auseinandersetzung mit Gefühlen wie Scham, „Gesichtsverlust“ und Ehre. Ein fairer Gewinn wird von anderen geachtet, „Angstmacher“ werden gemieden.

Das Buch ist kein Therapieratgeber für den Umgang mit dissozialen Jugendlichen, doch die Ideen lassen sich in eine Gruppentherapie aufnehmen. Vertreten wird ein jungendpädagogischer Ansatz, der mit Ritualen und Reflexion zu einer Verbesserung der Selbstbehauptung führt. Bei Auseinandersetzungen sind insbesondere bei Jungen zwei Schutzmechanismen möglich: der „unehrenhafte“ Rückzug, oder der gewalttätige Angriff. Beiden zugrunde liegt eine Konfliktunfähigkeit, die sich mit Hilfe der „Kampffessspiele“ verbessern lässt.

In der Einführung des Buches wird auf den Hintergrund der „Kampffessspiele“ eingegangen und die Schwierigkeiten von Jungen auf ihrer Suche nach Männlichkeit beleuchtet. Kritisch wird die oft vorhandene Abwesenheit von männlichen Vorbildern in der Pubertätsphase gesehen und die daraus resultierende „Abgrenzungsidentität“ (von den Frauen). Angst darf es nicht geben, so dass oft nur noch eine Angespanntheit und innere Unruhe „gefühl“ wird.

Nach der Betrachtung der Funktion von Ritualen werden die verschiedenen Rituale vor, während und nach den „Kampffessspielen“ beschrieben.



Wichtig sind die Hinweise auf einzurichtende „Handicaps“, wenn zwei oder mehr „Kämpfer“ unterschiedliche Voraussetzungen mitbringen.

Die Spiele werden unterteilt in eher bewegungs- und eher kampforientiert. Es wird zu jedem Spiel angegeben, ob es für drinnen oder draußen geeignet ist, die Anzahl der Teilnehmer, Dauer und benötigte Materialien.

Viele Spiele sind aus eigener Kindheit bekannt, bzw. weit verbreitet, z. B. Schubkarrenrennen oder Reiterkampf. In diesem Buch wird man für die Arbeit in Gruppen ein schnelles Nachschlagewerk finden, um für unterschiedliche Teilnehmer „passende“ Spiele zu finden.

Den Abschluss des Buches bilden vier Berichte von Pädagogen und ihre Erfahrungen mit den „Kampffesspielen“ in unterschiedlichen Settings, z. B. im Rahmen von Streetwork. U.a. werden auch die möglichen Auswirkungen auf Gewalt-Täter reflektiert.

Insgesamt ein sehr gelungenes Buch, welches sich einem Aspekt der Schwierigkeiten in der Identitätsentwicklung insbesondere von Jungen widmet und der sich daraus eventuell resultierenden Gewaltbereitschaft „Kampffessspiele“ entgegensetzt.

*Dr. med. Uwe Scheffler, Münster*

Haim Omer, Arist von Schlippe (2004): **Autorität durch Beziehung. Die Praxis des gewaltlosen Widerstands in der Erziehung.** Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 262 S., 19.90 Euro

Nach „Autorität ohne Gewalt“ im Jahr 2002 erschien nun das zweite Buch des israelisch-deutschen Autorenteams, von dem noch lange die Rede sein wird. Haim Omer ist Professor für Psychologie an der Universität in Tel Aviv, Arist von Schlippe ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Fachbereich Psychologie der Universität Osnabrück und Lehrtherapeut am Institut für Familientherapie in Weinheim.

Mit dem Wandel der gesellschaftlichen Bedingungen haben sich die in früherer Zeit eindeutig definierten Rollen für Erwachsene, Eltern, Kinder und Jugendliche stark verändert. Viele Erwachsene verhalten sich tendenziell zunehmend jugendlicher und viele Jugendliche zunehmend erwachsener. Die Eltern verlieren in der heutigen Zeit immer mehr ihre Autorität und Dominanz in der Familie, sind oft verunsichert, fühlen sich inkompetent und fürchten sich sogar manchmal vor den eigenen Kindern. Auch unsere Vorstellungen von Erziehung sollten diesem Wandel Rechnung tragen. Die systemische Sichtweise betrachtet die Beziehungsdynamik zwischen Kindern und Eltern als selbst organisiert. Je stärker Eltern anfangen sich „pädagogisch“ und „strukturierend“ zu verhalten, desto künstlicher und unspontaner kann es wirken, da sich Selbstorganisationsdynamiken nicht erzwingen lassen. In der systemischen Sichtweise geht es nicht darum, den Eltern zu sagen, wie die richtige Erziehung geht, sondern darum, mit ihnen gemeinsam nach Rahmenbedingungen zu suchen, die konstruktive Selbstorganisationsprozesse in Gang bringen können, in denen sich Beziehungen entwickeln können. Eine eskalierende Beziehungsdynamik kann eine symmetrische und eine komplementäre oder Mischformen annehmen. Bei der symmetrischen Eskalation kommt es zu einem gegenseitigen Hochschaukeln von Feindseligkeiten, bei denen beide Seiten das Gefühl haben, sich gegen einen Aggressor verteidigen zu müssen. In der Eltern-Kind-Beziehung geschieht es, wenn Eltern auf die Aggressivität des Kindes auf gleiche Weise mit z.B. Drohen, Fluchen, Schreien und Schlagen reagieren und ihre Autorität durchsetzen wollen. Solche Verhaltensmuster können sich zu einer Spirale immer mehr verschärfender Konflikte und letztendlich zu physischer Gewalt entwickeln. Die komplementäre Eskalation ist asymmetrisch und wird von der Dynamik der Erpressung und des Nachgebens

bestimmt. Je mehr die Eltern versuchen werden sich das Nachgeben und die Ruhe des Kindes zu erkaufen, desto schlimmer wird sich das Kind verhalten. Auf diese Weise kann es sich daran gewöhnen, dass es mit Druck Dinge bekommen kann, die es haben will. So können Teufelskreise entstehen, die die Eltern-Kind-Beziehung auf die Frage der Macht und Dominanz reduzieren. Hier kann das Konzept der elterlichen Präsenz helfen die Beziehung der Eltern und Kinder auf eine andere Bahn zu lenken. Die wichtigsten Grundhaltungen und zentralen Botschaften lauten: „Ich bin hier“, „Ich bin dein Vater/deine Mutter und werde es bleiben“, „Ich werde dir nicht nachgeben, aber ich werde dich auch nicht aufgeben“, „Ich kämpfe um dich und um meine Beziehung zu dir, nicht gegen dich!“ Das Modell des gewaltlosen Widerstands, wie bereits von Mahatma Gandhi und Martin Luther King entwickelt, kann von den Eltern als eine Art „Notfallkoffer“ verwendet werden, da wo elterliche Präsenz verloren gegangen ist, verwendet werden. Es geht darum jede Art physischen Angriffs oder Gegenangriffs einzustellen. Jede Äußerung, die darauf abzielen könnte, den anderen zu beleidigen und zu erniedrigen sowie absichtliche Provokationen sollen unterbleiben. Eine wesentliche Grundlage dieser Haltung sind die Achtung und der Respekt, der dem anderen entgegengebracht wird. Die Effektivität dieser Haltung basiert auf einer Asymmetrie der Mittel, in der die Gewalt ihre Legitimation verliert, die Isolation überwunden wird. Durch die gewaltlose Einstellung wird ihr die Nahrung entzogen und sie veranlasst Dritte, eher die gewaltlose Seite zu unterstützen. Wichtig ist, dass die Eltern ein Gefühl des persönlichen Wertes und der Moral sowie eine Selbstdisziplin entwickeln, die sich aus der Gewaltlosigkeit speisen. Der Respekt gegenüber dem Kind oder Jugendlichen sowie der Wille zur Versöhnung sind dabei unverzichtbar. Der zentrale Punkt, aus dem Teufelskreis der Eskalation auszusteigen, ist der Vorsatz, den Provokationen zu widerstehen, auf Drohungen, Anschreien, Debattieren, Erklären u.Ä. zu verzichten. Meistens ist es sinnvoll auf Forderungen, Beschwerden, Anschuldigungen und Provokationen im Gegensatz zu einem verhaltenstherapeutischen Vorgehen verzögert zu reagieren und manchmal ist es sogar hilfreich zu schweigen. Die Reaktion kann in einem solchen Fall sinnvoll geplant werden, ohne dass die Eskalationsspirale in Gang kommt. Der gewaltlose Widerstand sollte zu einem relativ ruhigen Zeitpunkt in klaren Worten, aber ohne drohenden Ton angekündigt werden. Der Inhalt der Ankündigung sollte möglichst

konkret sein, z.B. „Wir können nicht dulden, dass du deine Schwester und Mutter schlägst“. Ein weiterer wichtiger Schritt ist die Herstellung einer Öffentlichkeit und das Brechen des Siegels der Geheimhaltung. So werden z.B. Verwandte, Freunde, Nachbarn, Lehrer und andere Bezugspersonen über die Vorgänge in der Familie informiert und um Unterstützung gebeten, gegebenenfalls auch als Vermittler. Das Sit-in, Telefonrunden, Nachgehen und Aufsuchen, verlängerte Sitzstreiks, Befehlsverweigerung sowie Versöhnungsgesten gehören zu dem Repertoire des gewaltlosen Widerstands.

Einige häufige Annahmen der Eltern und Therapeuten sind kontraproduktiv und können zu einer weiteren Eskalation der Situation zu Hause führen. Dazu gehören etwa folgende Annahmen und Glaubenssätze: 1. Eltern sind die Verursacher der Verhaltensstörung und die Symptome sind als Zeichen ihres Versagens zu werten. 2. Aggressive Verhaltensweisen sind nur Manifestationen tiefer liegender Probleme. 3. Die beste Reaktionsmöglichkeit auf aggressives Verhalten ist eine Einzeltherapie. 4. Alles, was das Kind benötigt, ist Wärme Akzeptanz und Freiheit von behindernden Forderungen. 5. Die Unverletzlichkeit der Privatsphäre.

Elternpräsenz kann auf einer physischen, systemischen und emotionalen Ebene verloren gehen. Der Gewalt gegen Geschwister im Sinne von physischer Gewalt sowie emotionalem und sexuellem Missbrauch wurde trotz des noch häufigeren Vorkommens als Gewalt der Eltern gegen Kinder bisher nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Auch die verschiedenen Formen von Geschwistergewalt können durch gewaltlosen Widerstand bekämpft werden. Schulprobleme werden als „Inter-System-Probleme“ angesehen und das Anstreben einer Eltern-, Erzieher- und Lehrerallianz als unerlässlich betrachtet.

Trotz des Fachbuchcharakters ist die Lektüre durchgehend sehr kurzweilig. Dazu tragen sicher auch die ausgewogene Mischung aus altbekannten Ideen und Konzepten mit neuen Aspekten bei sowie die vielen Fallvorstellungen, die den Leser zu einer baldigen Erprobung in der Praxis ermutigen. Es würde mich freuen, wenn dieses Buch auch die Neugierde der Kinder- und Jugendpsychiater wecken und als Anstoß für Effektivitätsstudien dienen könnte. Die Lektüre des Buches kann uneingeschränkt Eltern, Jugendlichen sowie in der Jugendarbeit tätigen Fachleuten wärmstens empfohlen werden.

*Dr.med. Bodo Pisarsky, Berlin*

Brandau, Hannes; Pretis, Manfred; Kaschnitz, Wolfgang (2003): **ADHS bei Klein- und Vorschulkindern**. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag. 191 S., 19.90 Euro

Dr. phil. Hannes Brandau ist Klinischer Psychologe und Systemtherapeut an der Psychosomatischen Abteilung der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Graz sowie Supervisor und Professor für Förder- und Integrationspädagogik in der Lehrerbildung, Lehrbeauftragter für Sozialpädagogik an der Universität Graz. Dr. phil. Manfred Pretis ist ebenfalls Klinischer Psychologe, Integrationspädagoge sowie Leiter der Abteilung Wissenschaft des Sozial- und Heilpädagogischen Förderungsinstituts Steiermark. Dr. med. Wolfgang Kaschnitz ist Kinderarzt, Kinder- und Jugendpsychiater sowie Leiter der Ambulanz für lebhaft und hyperaktive Kinder an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Graz.

Das Werk leitet aus Forschungsergebnissen praktisch Hilfen für Prävention und frühe Förderung ab und wendet sich vor allem an pädagogische und therapeutische Fachkräfte.

Im ersten Kapitel „Was ist ADHS?“ werden zunächst alte Bekannte wie Conners-Fragebogen und DSM-IV-Kriterien referiert, die Autoren kommen jedoch rasch auf die Problematik bei der Einschätzung im Altersbereich der Vorschulkinder und Kleinkinder: Viele „Symptome“ sind in diesem Alter noch normal und etliche in den diagnostischen Instrumenten beschriebenen Verhaltensweisen beziehen sich auf das Schulalter. Dem entsprechend wird vor zu schneller Etikettierung gewarnt, aber auch vor dem Fehler, verzweifelte Eltern mit dem Hinweis zu trösten, dass sich „das alles schon auswachsen“ werde.

Hingewiesen wird auch darauf, dass neben Defiziten oft durchaus positiv zu interpretierende Eigenschaften wie ständiges Suchen nach neuen Möglichkeiten, hohe Kreativität, Sichhinwegsetzen über Regeln der Normalität sowie schnelle Auffassung von ganzheitlichen Gestalten zu beobachten sind. Es wird angemahnt, dass Kinder mit ADHS oft viele Fähigkeiten und Talente haben: „Eine Diagnose der Schwierigkeiten und Defizite sollte nicht den Blick auf diese Ressourcen verstellen. Lieber die Stärken nutzen, als nur an den Schwächen arbeiten! Häufig lassen die Probleme der ADHS-Symptomatik diese Stärken der Kinder nicht zur Geltung kommen.“

Auch auf die Bedeutung der gesellschaftlichen Anforderungen weisen die Autoren eindringlich hin: „Im Mittelpunkt der Störung stehen

mangelnde Selbststeuerung, Geduld und Ausdauer, wobei immer zu berücksichtigen ist, wie viel unsere westliche Kultur von Kleinkindern (ab frühester Kindheit) erwartet. Erwarten heißt „ein Bild haben vom Kind“ und seinem Funktionieren in einer immer komplexer werdenden Umgebung. Es hat - um einen Vorwurf vieler Großmütter zu entkräften - früher wahrscheinlich genauso viele Kinder mit ADHS gegeben. Geändert haben sich jedoch in hohem Maße die Erwartungen an die Kinder. Erwartet wird Selbststeuerung, Geduld und Ausdauer; vorgelebt von Seiten der Erwachsenen werden: a) fremdgesteuerte Zeitstrukturen (vor allem vom Arbeitsalltag geprägt); b) immer kürzere Zeitzyklen der Informationsverarbeitung; c) geringe Planbarkeit bzw. Vorhersehbarkeit von Veränderungen“. Die Autoren „sehen jedenfalls ADHS nicht nur defizitorientiert und einzig im „Kopf des Kindes“ verankert, sondern ganzheitlich als Reaktionsmuster in sozialer Interaktion, als Versuch einer Anpassung auf die Anforderung eines immer kleiner werdenden ökologischen und entwicklungsgemäßen „Spielraums“ unserer Kinder in der zivilisierten (?) Leistungsgesellschaft.“

Enthalten ist auch eine Tabelle zu Differentialdiagnosen und notwendigen Schritten, diese ggf. auszuschließen oder zu bestätigen. Im zweiten Kapitel „Ursachen und Einflussfaktoren“ werden zunächst genetische Ursachen kurz referiert und darauf hingewiesen, dass zwar einige Studien für eineiige Zwillinge Konkordanzraten von 80 bis 90 % fanden, in einer weiteren Studie sich aber lediglich eine ca. 60 %ige Übereinstimmung ergab, was für einen erheblichen Umweltanteil spricht. Was bedeutet die vermutete genetische Basis für die Eltern und für die Fachkräfte nach Meinung der Autoren? „Ein Appell an mehr Verständnis: Der Hinweis auf eine wahrscheinliche genetische Basis erleichtert manchen Eltern und Fachkräften die Akzeptanz des teils „anstrengenden“ Verhaltens, da eine mögliche interpretierte „böse Absicht“ der Kinder wegfällt. Daraus ergibt sich auch für die Umwelt eine veränderte Ursachenzuschreibung: Das Kind mit ADHS ist nicht das „böse, schlimme, ungezogene“ Kind, das nicht ruhig sitzen will (wie es z. B. noch im Struwwelpeter beschrieben wird), sondern ein Kind mit einem Neurotransmitterproblem, das sich schwer tut, ruhig zu sitzen. Zu vermeiden ist jedoch der Umkehrschluss, dass der vormalige „Täter“ (das schlimme Kind) jetzt zum Opfer gemacht wird. Es wurden bereits Aussagen der Kinder und der Eltern beobachtet, dass die Kinder für ihr herausforderndes Verhalten „nichts dafür konnten“ und jegliches

Verhalten zu entschuldigen sei, da sie ADHS „hatten“. Eine vermutete genetische Anlage führt häufig dazu, dass Kinder bei normalen Anforderungen Schwierigkeiten haben können. Altersgemäß normale Ressourcen (z. B. abwarten können) reichen möglicherweise nicht aus, mit herausfordernden Stimuli (Supermarktbesuch) umgehen zu können. Für Pädagoginnen und Eltern bedeutet dies, vorhersehbare Stressfaktoren für das Kind zu „portionieren“ und nicht von falschen Vorstellungen einer entwicklungsgemäßen Normalität auszugehen“.

Neben psychosozialen Einflüssen werden prä- und perinatale Einflüsse, Schadstoffe und Nahrungsmittelallergien, neuroanatomische und neurochemische Ursachen kurz abgehandelt. Positiv hebt sich hier von vielen anderen Publikationen ab, dass die Autoren einräumen, dass „ein Radiologe ... diese Scannerergebnisse nicht als abnormal, sondern als unterschiedlich (zwischen ADHS und Kontrollgruppen) beurteilen (würde).“ ... „Biologische Korrelate sind für Eltern jedoch häufig eine hilfreiche Erklärung, wenn es z.B. in Richtung unterstützender medikamentöser Therapie geht. ADHS kann dann - wie jede andere Stoffwechselstörung, z. B. Diabetes oder Bluthochdruck - erklärt werden.“ Andererseits: „Die alleinige Wirkung von Psychopharmaka stellt keinen Beweis für eine rein biologische Basis dar, da diese Medikamente bei den meisten Personen leistungssteigernd wirken“ und „Offen bleibt, wie sehr diese Befunde eine Ursache, Folge oder Begleiterscheinung der Symptomatik sind.“

Das dritte Kapitel diskutiert kurz als Erklärungskonzepte die Stoffwechselstörungshypothese, die Aktivierungshypothese, die Filtersystemhypothese, ein Defizit der Hemmungsregulation, unterdrückter Spieltrieb und evolutionstheoretische Hypothesen. Differenzierter wird auf die Nomadenhypothese eingegangen. Schließlich wird ein systemisch-evolutionäres Modell von ADHS kurz skizziert, das neurobiologische und psychosoziale Faktoren umfasst.

Kapitel 4 erläutert Möglichkeiten und Probleme der Früherkennung von ADHS. Die Autoren weisen daraufhin, dass Früherkennung von ADHS wichtige präventive Schritte wie z. B. die Vermeidung von sekundärer Neurotisierung und Teufelskreisen ermöglicht. Nach einer Fallgeschichte werden ADHS-Merkmale im 1., 2. und 3. Lebensjahr aufgelistet. Es folgt die Darstellung der aus entwicklungspsychologischer Sicht altersgerechten Entwicklung von Aufmerksam-

keit, Selbstkontrolle und Exekutivfunktionen, um altersgemäßes von auffälligem Verhalten sicherer unterscheiden zu können.

Kapitel 5 widmet sich möglichen Begleiterscheinungen wie z. B. Probleme in der sozialen Interaktion, oppositionelles Trotzverhalten, Unfälle und Risikobereitschaft, aber auch Kompetenzen.

Im 6. Kapitel werden Prinzipien einer systemisch-lebensweltorientierten Förderung von Klein- und Vorschulkindern mit ADHS erläutert: Prävention, ADHS aus der Lebenswelt des Kindes wahrnehmen, Alltagsnähe und konkrete Hilfen zur Lebendbewältigung, partnerschaftliche Kooperation mit den Eltern, soziale Integration, Bedeutung der Vaterbeziehung für die soziale Integration bei Jungen mit ADHS, Berücksichtigung von Autonomie und „Eigensinn“, Empowerment, Netzwerkarbeit und Regionalisierung, Beachtung von sozialräumlichen Angeboten und des Lebensraums der Medienwelt, ganzheitlich-interdisziplinäre Förderung.

Am umfangreichsten fallen Kapitel 7 „Frühe Förderung von Kindern mit ADHS“ und 8 „Verhaltensmanagement bei Kleinkindern mit ADHS zwischen 3 und 6 Jahren“ aus. Eingegangen wird in Kapitel 7 auf Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion, kindzentrierte Lernprogramme, interaktionstherapeutische Ansätze, spieltherapeutische Interventionen, Erziehungsberatung/lösungsorientiertes Coaching, systemische Interventionen, gruppenorientierte Interventionen, bewegungstherapeutische Maßnahmen, Interventionen bezogen auf das soziale Umfeld, Medikation und alternative Interventionen. In Kapitel 8 geht es um das Hervorheben der Stärken des Kindes mit ADHS, „kurz – klar – kongruent“, eigenständiges Spiel, „jedes Ding an seinem Platz“ und „Unfallgefahren ausschalten“. Eine Auswahl von Spielen für Kinder von 3 bis 6 Jahren zur Verbesserung der Selbstkontrolle, Aufmerksamkeitssteuerung, zum Einhalten von Regeln und zur Verbesserung der Konfliktfähigkeit wird jeweils kurz vorgestellt.

Abgerundet wird das Buch durch ein Kapitel zur klinischen Differentialdiagnostik bzgl. Regulationsstörungen gemäß ZTT und ein Kapitel zum multiperspektivisch-sozialpädagogischen Fallverstehen und fallbezogener Reflexion im Team.

Insgesamt ein sehr lesenswertes Buch, das komprimiert und dennoch umfassend und konkret das Thema darstellt, komplettiert durch ein umfassendes Literaturverzeichnis zur Vertiefung.

*Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Viersen*



König, Monika E. (2004): **Autismus, Sprache, Kommunikation: sprachliche Besonderheiten von Menschen mit Autismus dargestellt anhand autobiographischer Texte**. Aachen : Shaker Verlag. 117 S., 19.80 Euro

Dieses in der Reihe „Pädagogik“ erschienene Buch wird von der Autorin in sechs Teile gegliedert:

Teil I erläutert die der Ausarbeitung zugrunde liegenden Modelle von Sprache und nichtsprachlicher Kommunikation. Sprache wird hier verstanden als nichtselbständige Leistung, die „mit vielen psychischen Teilbereichen verflochten“ ist, als „Fall von Handlung, Kommunikation, Interaktion, Emotion, Kognition, Sensorik und von Motorik“. Erstaunlicherweise konstatiert die Autorin: „Das Hauptaugenmerk der vorliegenden Ausarbeitung liegt auf der nonverbalen sprachlichen Kommunikation; alle ausgewerteten Texte sind solcher zuzuordnen“ und erläutert direkt im Anschluss Besonderheiten in der „nonverbalen nichtsprachlichen Kommunikation“ bei „Menschen mit autistischer Seinsform“ wie sie allseits definiert und bekannt sind in den Bereichen Gestik, Blickkontakt, Gesichtsausdruck, Stimmlage, und körperliches Distanzverhalten.

Die zur Analyse herangezogenen Daten sind ausschließlich schriftsprachlicher Art. Von den 6 in der Auswertung berücksichtigten autistischen Autoren haben lediglich 2 ohne FC publiziert. Die Autorin hebt zudem hervor: „Dabei treten die Besonderheiten der Sprache insbesondere bei den Autoren hervor, die sich der FC bedienen“. Angesichts der wissenschaftlich nach wie vor stark in Zweifel stehenden Methode der „Facilitated Communication“ (FC) bei Autismus stellt sich daher die Frage, inwieweit die in diesem Buch referierten Ergebnisse tatsächlich Aussagen über Personen mit autistischen Störungen machen oder doch eher über ihre Angehörigen. Die Autorin jedenfalls geht „davon aus, dass es sich um authentische und valide Texte handelt“.

Teil II führt in die Unterschiede zwischen Kanner-Syndrom, Asperger-Syndrom und High Functioning Autismus aus, wobei Kriterien von DSM-IV bzw. ICD-10 als von Nicht-Autisten wahrgenommene „Seinsformen“ teils der Sicht „von innen“ der Betroffenen gegenüber gestellt werden.

Im Abschnitt „Sprachliche Besonderheiten bei Menschen autistischer Seinsform“ wird zu Beginn darauf hingewiesen, dass sprachli-

che Besonderheiten bei autistischen Personen allzu oft rein Defizit orientiert betrachtet werden, statt im Vergleich auch die Beschränkungen zu berücksichtigen, denen „Menschen ohne Autismus in der Regel unterliegen“. Es folgt „eine knappe Aufzählung der in der einschlägigen Literatur auffindbaren sprachlichen Besonderheiten bei Menschen mit autistischer Seinsform“, u. a. Echolalie, Pronomenrevision, Wortfindungsstörungen, phonologische Besonderheiten, Syntax, Semantik und Pragmatik, Neologismen, Besonderheiten in der metaphorischen Sprache, Paraphrasie.

Teil III referiert die Auswahlkriterien der untersuchten Autobiografien und stellt die Autoren und Autorinnen kurz vor. Es wurden nur deutsche Originaltexte zur Analyse herangezogen, die Autorin legte Wert darauf, dass weibliche und männliche Autoren vertreten sind, um geschlechtsspezifische Unterschiede des Sprachgebrauchs nicht als autismusspezifisch fehl zu interpretieren. Es wurde versucht, ein breites Spektrum autistischer Störungen zu berücksichtigen, und es sollten Menschen mit Mehrfachbehinderung und solche mit „ausschließlich autistischer Seinsform“ dabei sein. Schließlich sollten „mit und ohne FC produzierte Texte“ herangezogen werden.

Teil IV erläutert die angewandten Methoden der Textanalyse. „Es sollte eine Methode zur Anwendung kommen, die es ermöglicht, sowohl Informationen aus der Art des Biografen, sich verbal auszudrücken zu gewinnen, als auch inhaltliche Angaben verarbeiten zu können ebenso wie Hinweise aus Umschlaggestaltung und andere Äußerlichkeiten“. Die verwendete Methode wird beschrieben als „eine hermeneutisch ausgerichtete erziehungswissenschaftliche Autobiografieforschung auf dem Hintergrund des subjektwissenschaftlichen Paradigmas“ (komparative Analyse). Auf zwei Seiten finden sich als Teil V Anmerkungen zum theoretischen Hintergrund.

Teil VI präsentiert als Ergebnis folgende Thesen, die jeweils erläutert bzw. mit Originaltextzitat belegt werden: 1. „Menschen mit autistischer Seinsform kommunizieren anders. Der Wunsch/das Bedürfnis nach Kommunikation besteht durchaus. Kommunikation/kommunikatives Verhalten liegt vor. Das vorliegende Kommunikationsverhalten ist qualitativ anders. Beispiele für ein qualitativ anderes Kommunikationsverhalten sind Kommunikation mit Dingen und bildhafte Kommunikation. Mögliche Gründe für dieses qualitativ andere Kommunikationsverhalten sind Wahrnehmungsverzerrung, Angstzustände und fehlende/qualitativ andere Rückmeldung auf Kommunikation bzw. Kommunikationsversuche.“ 2. „Menschen au-

tistischer Seinsform kommunizieren auf konkretem Abstraktionsniveau“ (Sprichwörter und Redewendungen werden wörtlich genommen. Werden Sprichwörter und Redewendungen als solche erkannt und in den aktiven Wortschatz übernommen, mutet die Benutzung derselben durch autistische Menschen seltsam an). 3. „Menschen autistischer Seinsform kommunizieren formelhaft.“ 4. „Menschen autistischer Seinsform kommunizieren singular“ (Vieles ist nur für die Angehörigen verständlich, jedoch nicht für fremde Personen). 5. „Menschen autistischer Seinsform kommunizieren exakt“ (was nichtautistische Personen als übergenau bzw. pedantisch erscheinen kann).

Im Fazit weist die Autorin darauf hin, dass sich in den von ihr analysierten Biografien Muster der Kommunikation feststellen lassen, die universell (also bei allen) auftreten, und dies trotz äußerst heterogener Voraussetzungen in Bezug auf die verschiedenen Syndrome der Autorinnen und Autoren als auch der unterstellten Ursachen des Autismus. Die referierten Thesen werden in Beziehung gesetzt zu aus der Literatur bekannten Theorien von Baron-Cohen, Frith, Duncan und Lawson.

Eine verbesserte theoretische Kenntnis davon, wie autistische Menschen kommunizieren, könnte das Angebot von Kommunikationsmöglichkeiten verbessern. Mehr Wissen um die andere Qualität könnte dazu beitragen, auf den ersten Blick unverständliche Ausdrucksweisen zu interpretieren bzw. nicht die für nichtautistische Menschen naheliegendste Interpretationsmöglichkeit unhinterfragt anzunehmen, sondern auch auf den ersten Blick abwegige Möglichkeiten der Interpretation zu prüfen und damit dem Ausdruck des autistischen Menschen überhaupt eine Chance zu geben. Verbesserung und Ausweitung von Gelegenheiten zur Kommunikation zwischen autistischen und nichtautistischen Personen könnten zu verbesserter Lebensqualität für Betroffene und Angehörige führen.

*Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Viersen*

## Hinweise für Autoren

1. Das **Forum der für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen.  
Die Zeitschrift erscheint in 4 Heften pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, Horionstr. 14, D-41749 Viersen, Tel.: 02162/9631, Fax: 02162/965038, EMail: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de
2. Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheiden die Herausgeber. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. über. Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Der Autor räumt - und zwar auch zur Verwertung seines Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung - dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:
  - a. das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck - auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zu sonstiger Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen;
  - b. das Recht zur Veröffentlichung einer Mikrokopie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Weg von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe - auch multimedial - sowie zur öffentlichen Wiedergabe durch Radio- und Fernsehsendungen;
  - c. das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-ROM, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm - sei es unmittelbar oder im Weg der Datenfernübertragung -, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte; das Recht zur Veröffentlichung im Internet;
  - d. das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sogenannten Kopierversands auf Bestellung;
  - e. das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte in In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

### 3. Manuskriptgestaltung:

- ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (auf Diskette oder per E-Mail) und als Ausdruck auf Papier eingereicht werden. Schrifttyp: Arial. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname ausgeschreiben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autorennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- ✓ Vollständige Anschrift des Verfassers bzw. der Verfasser einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
- ✓ Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben und unten je 1,5 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopf- und Fußzeile je 1,25 cm.
- ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens des Autors und des Erscheinungsjahrs. Namen erscheinen in Groß- und Kleinbuchstaben (keine Kapitälchen, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett). Zitieregeln: Mickley und Pisarsky (2003) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Frey & Greif, 1983; Bergheim-Geyer et al., 2003) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rotthaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
- ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autoren (also im Literaturverzeichnis kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen z. B. unter <http://home.ncifcrf.gov/research/bja/>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten). *Beispiele:*  
*Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79*  
*Hohm, E., Schneider, K., Pickartz, A., Schmidt, M. H. (1999) Wovon hängen Prognosen in der Jugendhilfe ab? Kindheit und Entwicklung, 8, 73-82*  
*Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfadens für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag*

4. Die Autoren erhalten Belegexemplare kostenlos. Zusätzliche Sonderdrucke können gegen Bezahlung bestellt werden; diese Bestellung muss gleichzeitig mit der Rücksendung der Fahnenkorrekturen erfolgen.