

Bipolare Störungen im Kindes- und Jugendalter

Prof. Dr. med. Hellmuth Braun-Scharm

**Kinder- und Jugendpsychiatrisches Institut der LMU-München
Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung, St. Anna-Virngrund-Klinik, Ellwangen**

Bipolare Störungen gehören zu den psychiatrischen Krankheitsbildern, die im Kindes- und Jugendalter eher selten auftreten. Aus diesem Grund haben sie lange Zeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht genügend Beachtung gefunden. Erst in den letzten Jahren ist das kinder- und jugendpsychiatrische Interesse an bipolaren Störungen gewachsen und unser gesichertes Wissen hat einen Stand erreicht, der der Bedeutung dieses Krankheitsbildes angemessen ist.

Diagnostik und Symptomatik

Wie bei anderen Krankheitsbildern erfolgt die Diagnostik in erster Linie nach den Kriterien der Klassifikationssysteme, von denen in Deutschland und Europa das ICD-10 (International-Klassifikation of Diseases) am gebräuchlichsten ist. Das aus den USA stammende DSM-IV kann ebenfalls eingesetzt werden. Die diagnostischen Kriterien des ICD-10 sind aus grundsätzlichen Gründen nicht nach Altersgruppen ausgerichtet, sodass sich aus dem ICD-10 vor allem die wichtigsten Hauptsymptome ableiten lassen. Für detaillierte Fragestellungen ist es nach wie vor sinnvoll, eine Alterseinteilung vorzunehmen und bipolare Störungen des Kinder- und Jugendalter zu unterscheiden.

ICD-10

Manie: gehobene Stimmung, gesteigerter Antrieb, Neigung zu riskanten Verhalten (Geld, Sexualität, Straßenverkehr...), gesteigertes Redebedürfnis, vermindertes Schlafbedürfnis etc. Die Dauer einer manischen Episode sollte einige Tage betragen. Die Manie kann in Kombination mit „psychotischen“ Symptomen auftreten. Dazu zählen in erster Linie Größenwahn und andere wahnhaft (paranoide) Vorstellungen. Neben der Euphorie können auch Gereiztheit (Dysphorie) und Misstrauen auftreten.

Hypomanie

Die Hypomanie ist eine leichtere Ausprägung der Manie, eine stationäre Behandlung ist meist nicht erforderlich.

Depression

Die Symptomatik der bipolaren Depressionen unterscheidet sich nicht wesentlich von der der unipolaren Formen und besteht im Wesentlichen aus gedrückter Stimmung, vermindertem Antrieb, Unlust sowie Appetit- und Schlafstörungen. Bei schweren Formen kann Suizidalität auftreten.

Unterformen der bipolaren Störung

- Bipolar I-Störung

Dies ist die klassische Form der manisch-depressiven Störung mit deutlichen Formen von Manie und Depression. Die Dauer der Phasen liegt normalerweise im Bereich von Wochen, ist aber grundsätzlich variabel. Auch die Abfolgen der Phasen kann individuell unterschiedlich sein. Am häufigsten sind manisch-depressive Formen. Am seltensten sind reine manische Formen.

- Bipolar II-Störung

Bipolar II-Störungen wurden früher meistens als depressive Störungen verkannt und wurden erst im Laufe der Zeit als bipolare Störungen identifiziert. Die Bipolar II-Störungen bestehen aus Depressionen und Hypomanien und sind schwieriger zu erkennen, jedoch häufiger als Bipolar I-Formen.

- Bipolares Spektrum

Werden Bipolar I- und Bipolar II-Störungen zusammengefasst, spricht man von Bipolarem Spektrum und die Häufigkeit in der Bevölkerung steigt von 1% auf ca. 5 %.

Bipolare Störungen des Jugendalters

Bipolare Störungen des Jugendalters sind als Frühformen typischer bipolarer Störungen anzusehen, wie sie auch im Erwachsenenalter auftreten. Die Symptomatik ist im Wesentlichen gleich, wobei einige alterstypische Unterschiede beschreibbar sind:

Jugendtypische Besonderheiten

Rapid cycling:

Von rapid cycling spricht man dann, wenn die Dauer von Phasen und symptomfreien Intervallen kürzer ist als üblich. Man kann folgende Ausprägungen von rapid cycling unterscheiden:

- Rapid cycling: 4 Episoden pro Jahr
- Ultrarapid cycling: 4 Episoden pro Monat
- Ultradian cycling: mehrfach tägliche Episoden.

Rapid cycling tritt in jedem Alter auf, im Jugendalter jedoch häufiger als im Erwachsenenalter. Die Problematik besteht im Wesentlichen darin, dass durch die Verkürzung der Phasen und der symptomfreien Intervalle die Möglichkeit der Stabilisierung abnimmt und sich aus einem episodischen Krankheitsbild ein tendenziell chronisches Krankheitsbild entwickelt, das wesentlich nachteiligere psychosoziale Auswirkungen haben kann.

Gemischte Zustände

Auch gemischte Zustände aus verschiedenen Affekten oder weiteren psychiatrischen Auffälligkeiten können in jedem Alter vorkommen, scheinen jedoch im Jugendalter ebenfalls häufiger zu sein. Aus diagnostischer Sicht ist die psychotische Manie besonders wichtig, da diese Form häufig als Schizophrenie verkannt und dann unter Umständen falsch behandelt wird. Häufig sind, außerdem gemischte affektive Zustände aus Euphorie, normaler Stimmung (Euthymie) und Gereiztheit (Dysphorie). Ähnliche Kombinationen gibt es in depressiven Phasen (psychotische Depression, dysphorische Depression).

Ein besonderes alterstypisches Problem im Jugendalter ist die Tatsache, dass viele psychiatrische Krankheitsbilder darunter auch bipolare Störungen häufig erstmals auftreten und aufgrund der unterschiedlichen Symptomausprägungen und des phasenhaften Verlaufes mitunter nicht von Beginn an erkannt werden können. Es wird deshalb auch zukünftig und bei optimalen diagnostischen Bedingungen die Möglichkeit bestehen bleiben, dass die Erstmanifestation bipolarer Störungen im Jugendalter erst nach einer gewissen Verlaufszeit und der Beobachtung mehrerer Episoden diagnostizierbar ist. Die diagnostische Genauigkeit kann allerdings durch eine exakte Anamnese (unter Einbeziehung der Angaben der Angehörigen) deutlich erhöht werden.

Bipolare Störungen im Kindesalter

Typische bipolare Störungen im Kindesalter sind selten. Exakte Häufigkeitsangaben fehlen, da die Handhabung der diagnostischen Kriterien noch recht unterschiedlich ist. Vorübergehend hat auch eine aus den USA stammende Diskussion für Unruhe

und Unsicherheit gesorgt, wonach ein erheblicher Teil der ADHS-Symptomatik möglicherweise bipolarer Natur sei. Diese Diskussion ist nicht vollständig beendet. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt kann aber festgehalten werden, dass typische ADHS und typische bipolar-Störungen gut unterschieden werden können. Es gibt jedoch zahlreiche Beobachtungen, dass Erwachsene bipolare Patienten in der Kindheit eine ADHS-Symptomatik hatten, dass in Familien mit bipolarer Belastung auch ADHS-Symptomatik gehäuft auftritt und dass zumindest im Erwachsenenalter eine gewisse Komorbidität von ADHS und bipolarer Störung bekannt ist, sodass vor allem bei komplizierten Verläufen eine differenzialdiagnostische Abwägung sinnvoll sein kann.

Differentialdiagnostik

Bei typischer Ausprägung ist eine bipolare Störung gut erkennbar, unverwechselbar und diagnostisch unproblematisch. Bei untypischer Ausprägung, zusätzlichen psychiatrischen Störungen (Komorbidität), komplizierten Verlauf oder auch bei initialer Fehlbehandlung ist die Diagnostik allerdings bisweilen aufwändig und es ergeben sich eine Vielzahl von differentialdiagnostischen Möglichkeiten: Einige dieser differentialdiagnostischen Fragestellungen sollen kurz beschrieben werden:

- 1) Psychotische Manie: Ausgeprägte Größenideen und andere paranoide Symptome führen zur Differentialdiagnose einer schizophrenen Psychose. Ausschlaggebend ist eine ausreichend lange Beobachtungszeit, wenn nötig auch ohne Medikation.
- 2) Kurzes rapid cycling, insbesondere ultradianes cycling führt zur Differentialdiagnose eines Borderline Syndroms mit häufigen Stimmungswechseln, zumal es keine klaren diagnostischen Grenzen zwischen Borderline Syndrom und hochfrequenten der Bipolarer Störung gibt. Eine Unterscheidungsmöglichkeit ergibt sich bisweilen dann, wenn Selbstverletzungen und Suizidalität ganz im Vordergrund stehen, eine Phasenhaftigkeit dagegen vollkommen fehlt.
- 3) Bei geringer Ausprägung ergibt sich die Differentialdiagnose einer Zylothymie bzw. alterstypischer „pubertärer“ Stimmungsschwankungen ohne Krankheitswert. In diesen Fällen kann neben dem Schweregrad nur der Verlauf entscheiden.

Behandlung

Die entscheidende Frage ist oft, ob es überhaupt gelingt, Bipolare Patienten in einer therapeutischen Beziehung zu halten bzw. zu einer psychiatrischen Behandlung zu bewegen. Diese ist erfahrungsgemäß besonders dann schwierig, wenn manische oder hypomanische Zustände mit minimaler Einsicht und ohne Leidensdruck vorliegen. Diese Frage wird in der Regel hauptsächlich von dem Patient, jedoch auch von den Angehörigen entschieden, die nicht selten dafür verantwortlich sind, dass eine Behandlung (wieder) aufgenommen oder aufrechterhalten wird. Als entscheidender Faktor erweist sich oft die Erfahrung der Patienten, dass die therapeutischen Kontakte tatsächlich hilfreich sind und dass sie ein unkomplizierteres Leben führen können, wenn sie sich in Behandlung begeben. Diese Erfahrung ist wesentlich von einer erfolgreichen Medikation abhängig, die die wirksamste Stütze innerhalb der Behandlung bipolarer Störungen darstellt.

Medikation

Bipolare Störungen können im Gegensatz zu vielen anderen psychiatrischen Störungen prophylaktisch behandelt werden, die medikamentöse Behandlung dient als nicht vorrangig nicht der akuten Symptomreduktion, sondern der Vorbeugung und der Verhinderung erneuter Phasen und Schwankungen. Diese

Medikamente werden Phasenprophylaktika oder auch Stimmungsstabilisatoren (mood stabilizer) genannt. Dazu zählen folgende Substanzen:

Stimmungsstabilisatoren

Lithium in verschiedenen Handelsformen
Carbamazepin (z.B. Tegretal)
Valproat (z.B. Orfiril, Ergenyl....)
Lamotrigin (z.B. Lamictal)

In den letzten Jahren ist zusätzlich auch eine Dauermedikation mit Neuroleptika als Form der Phasenprophylaxe nachgewiesen worden, die gebräuchlichsten Präparate sind Zyprexa (Olanzapin), Seroquel (Quetiapin) und Abilify (Aripiprazol).

Zur Akutmedikation der Depression können Antidepressiva verwendet werden, wobei besonders bei bipolaren Patienten eine hohes Switch-Risiko besteht (umkippen von der Depression in die Manie).

Die Vielzahl der zur Verfügung stehenden Medikamente erfordert eine gewisse psychopharmakologische Erfahrung, um eine „Gießkannentherapie“ (Polypharmazie) mit unübersichtlichen Medikamentenmischungen zu vermeiden.

Weitere wichtige Behandlungsbausteine sind

Psychoedukation von Patient und Angehörigen. Selbst bei guter Motivation und Krankheitseinsicht ist es nicht immer möglich, von Beginn an ein „effektives“ Verständnis des Störungsbildes und der Verlaufsmöglichkeiten zu vermitteln. Bisweilen bedarf es einiger akuter Phasen, bis die Charakteristik des Krankheitsbildes tatsächlich erfasst und akzeptiert wird. Diese psychoedukativen Anstrengungen kollidieren bisweilen mit entwicklungspsychologischen Gesetzmäßigkeiten, da jede Übernahme einer Krankenrolle im Jugendalter mit der Tendenz nach Selbstständigkeit, Autonomie und Ablösung konkurriert. In keinem Alter gibt es deshalb so großen Widerstand gegen die Übernahme der Patientenrolle wie im Jugendalter. Weiterhin sind eine Vielzahl unterschiedlicher, vorwiegend verhaltenstherapeutischer Therapiebausteine publiziert worden, die allerdings noch nicht eine einheitliche Form gefunden haben.

Verlauf

Die bipolaren Störungen sind ursprünglich von den schizophrenen Psychosen dadurch abgegrenzt worden, dass bipolare Störungen einen günstigeren Verlauf zeigen, der vor allem darin besteht, dass nach den abgeklungenen Phasen symptomfreie Intervalle auftreten können, in denen die Patienten sich wieder völlig normalisieren und im günstigeren Falle keine Restsymptomatik zurück bleibt. Eine Ausnahme bilden allerdings bipolare Störungen mit ausgeprägtem rapid cycling, solche mit mangelnder Einstellbarkeit und solche Patienten, die aufgrund der Schwere ihres Krankheitsbildes auch im Intervall gewisse Einschränkungen behalten.

Literatur

Braun-Scharm H, Leeners J, Schmidhauser J (2005), Bipolare affektive Störungen im Kindes- und Jugendalter – eine Übersicht. Forum 2: 11-50.
Geller B, DelBello MP (2003), Bipolar disorder in childhood and early adolescence. The Guilford Press.
Youngstrom EA, Birmaher B, Findling RL (2008), Pediatric bipolar disorder: validity, phenomenology, and recommendations for diagnosis. Bipolar Disorder 10 (1 Pt 2): 194-214.

© Prof. Hellmuth Braun-Scharm, August 2008