



Kasuistik

Bipolare Störungen als Komorbidität im Kindes- und Jugendalter – unterdiagnostiziert oder überinterpretiert?

Therapie eines 14-Jährigen mit Hyperkinetischer Störung des Sozialverhaltens und Hypomanie

Boris Rothermel¹, Luise Poustka¹, Tobias Banaschewski¹ und Katja Becker^{1,2}

¹Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, ²Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Philipps-Universität, Marburg

Zusammenfassung. *Einleitung:* Die Angaben zur Prävalenz der komorbiden bipolaren affektiven Störung bei Kinder und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zwischen den USA und Deutschland unterscheiden sich deutlich. *Methoden:* Anhand der Kasuistik eines 14-jährigen Jungen mit Hyperkinetischer Störung des Sozialverhaltens und Hypomanie werden unterschiedliche Bewertungsmöglichkeiten der Symptomatik diskutiert sowie Diagnose und Therapie des Patienten dargestellt. *Schlussfolgerungen:* Weitere Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS und impulsiv-aggressiven Verhaltensweisen sind notwendig. In der Praxis sollte eine genaue Differenzierung der Symptome bezüglich einer komorbiden bipolaren Störung erfolgen.

Schlüsselwörter: Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, ADHS, bipolar affektive Störung, Hypomanie

Abstract. *Bipolar disorders as co-morbidity in childhood and adolescence – underdiagnosed or overinterpreted? Therapy of a 14-year-old boy with Hyperkinetic Conduct Disorder and hypomania*

Objective: Considerable debate exists regarding differing prevalence rates of co-morbid bipolar disorder in children and adolescents with ADHD in Germany as compared to the US. *Methods:* Described in this case report are the assessment of and treatment procedure for a 14-year old boy with hyperkinetic conduct disorder and co-morbid hypomanic episode, as well as different possible interpretations of symptoms. *Conclusions:* Further studies of children and adolescents with ADHD and coexisting impulsive-aggressive behaviour are needed. Important in practice is a precise differentiation of symptoms with regard to co-morbid bipolar disorder.

Keywords: hyperkinetic conduct disorder, ADHD, bipolar disorder, hypomania

Einleitung

Bipolare Störungen haben eine Lebenszeitprävalenz von 1.3–1.6 % (Müller-Oerlinghausen, Berghofer & Bauer, 2002). Die Erstmanifestation vor dem zehnten Lebensjahr ist selten und betrifft circa 0.3 bis 0.5 % der Erkrankten (DGKJP et al., 2007). Retrospektive Studien an Erwachse-

nen mit bipolarer Störung zeigen bei einem Drittel der Patienten erste Symptome bzw. Krankheitsepisoden in der Kindheit und Jugend (Carlson, Davenport & Jamison, 1977; Lish, Dime-Meenan, Whybrow, Price & Hirschfeld, 1994; Perlis et al., 2004). Eine Studie zur Prävalenz des bipolaren Phänotyps bei deutschen Kindern anhand der Child Behavior Checkliste (CBCL) ergab eine mit nieder-

ländischen und amerikanischen epidemiologischen Studien vergleichbare Prävalenz von 0.7 % (Holtmann et al., 2007). Der bipolare Phänotyp stellt ein diagnostisches Profil in der CBCL mit erhöhten Werten in den Skalen «Aufmerksamkeitsprobleme», «Aggressives Verhalten» und «Ängstlichkeit/Depressivität» dar. Es wird diskutiert, inwieweit diese Verhaltensweisen als charakteristisch für bipolare Störungen bei Kindern und Jugendlichen angesehen werden können. Auch stellt sich die Frage, ob die diagnostischen Kriterien der bipolaren Störung für Erwachsene nach ICD-10 (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2006) bei Kindern und Jugendlichen anwendbar sind oder ob für diese Altersgruppe eigene diagnostische Kriterien gelten sollten (Chang, 2007). Der im Erwachsenenalter klassische bipolare Verlauf mit abwechselnden manischen und depressiven Episoden sowie symptomfreien Intervallen ist in der Kindheit und Jugend selten (Spencer et al., 2001). Carlson (1983, 1984) beschreiben einen atypischen Verlauf der Manie bei Kindern, bei dem nur selten Auslenkungen in Richtung eines euphorischen Affekts auftraten. Vielmehr scheinen eine ausgeprägte Dysphorie und affektive Labilität (Biederman et al., 2005; Wozniak et al., 1995), ein chronischer Verlauf sowie rapid cycling (Biederman et al., 2005; Geller, Tillman & Bolhofner, 2007) und gemischte Episoden (Goodwin & Jamison, 1990) charakteristisch für kindliche bipolare Störungen zu sein.

Zahlreiche Studien zeigen hohe Raten komorbider Störungen wie Störungen des Sozialverhaltens, Angststörungen, Substanzmissbrauch (Biederman et al., 2005; Geller et al., 2000; Geller, James et al., 2002) und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) (Biederman et al., 2005; Faraone, Biederman, Wozniak et al., 1997; Johnson, Cohen & Brook, 2000; Wozniak, Biederman, Faraone, Blier & Monuteaux, 2001). Insbesondere ADHS wird bei Kindern und Jugendlichen mit einer bipolar affektiven Störung häufig diagnostiziert. Je nach Untersuchung liegen Komorbiditätsraten zwischen 11 und 90 % vor (Biederman et al., 2005; Carlson, Loney, Salisbury & Volpe, 1998; Galanter et al., 2003; Lewinsohn, Klein & Seeley, 1995; Wozniak et al., 1995).

In Tabelle 1 sind verschiedene Hypothesen zur Komorbidität von ADHS und bipolaren Störungen aufgestellt (nach Sachs, Baldassano, Truman & Guille, 2000).

Möglicherweise stellt eine ADHS einen Risikofaktor dar, der für die Entwicklung einer bipolaren Störung in der Kindheit verantwortlich ist (Faraone, Biederman, Mennin,

Wozniak & Spencer, 1997; Sachs et al., 2000). Allerdings zeigten prospektive Longitudinalstudien kein höheres Risiko für von ADHS Betroffene, eine bipolare affektive Störung in der Adoleszenz oder im Erwachsenenalter zu entwickeln (Galanter et al., 2003; Kim-Cohen et al., 2003). Diskutiert wird auch, ob in einer Subpopulation eine gemeinsame genetische Grundlage besteht. So zeigte eine Familienstudie, dass bei Eltern von Kindern mit ADHS ein höheres Risiko für eine bipolar affektive Störung besteht und umgekehrt Kinder bipolar erkrankter Eltern ein höheres Risiko für die Entwicklung einer ADHS aufweisen (Faraone, Biederman, Wozniak et al., 1997). Kinder und Jugendliche bipolarer Eltern haben generell ein erhöhtes Risiko an affektiven und anderen psychischen Störungen zu erkranken (DelBello & Geller, 2001).

Der bipolare Phänotyp bei Kindern stellt einen Risikofaktor für die Entwicklung einer bipolaren und anderer psychischer Störungen im Erwachsenenalter dar, was auch für Verhaltensauffälligkeiten wie wiederholtes Weglaufen von zu Hause und körperliche Aggressivität gilt, unabhängig vom sozio-ökonomischen Status (Endrass et al., 2007). Daher ist eine rechtzeitige Identifizierung von Kindern und Jugendlichen mit einer entsprechenden Belastung von großer Wichtigkeit, was ganz besonders für ein deutlich eingeschränktes Funktionsniveau und ein erhöhtes Risiko für suizidales Verhalten gilt (Meyer et al., 2009).

In der Praxis kann die Differenzialdiagnose zwischen ADHS und einer Manie mitunter schwierig sein, da sich manche Diagnosekriterien wie Reizbarkeit, motorische Unruhe, gesteigertes Sprechtempo und reduzierte Konzentrationsfähigkeit überschneiden (siehe Tabelle 2).

ADHS und bipolare Störungen unterscheiden sich im Verlauf. Während sich Symptome einer ADHS bereits vor der Einschulung zeigen und persistieren können bis zum Jugendlichenalter und bei ca. einem Drittel sogar noch im Erwachsenenalter nachweisbar sind, zeigen bipolare Störungen eher einen episodischen Verlauf. Wingo und Ghaemi (2007) betonen als weiteren Unterschied, dass Patienten

Tabelle 2

Diagnostische Kriterien der ADHS und der Manie/Hypomanie

	ADHS	Manie/ Hypomanie
Reduzierte Konzentrationsfähigkeit	✓	✓
Erhöhtes Sprechtempo	✓	✓
Irritierbarkeit/Reizbarkeit	✓	✓
Motorische Unruhe	✓	✓
Impulsivität	✓	✓
Hypersexualität		✓
Größenideen		✓
Gesteigerter Antrieb		✓
Euphorische Stimmungslage		✓
Reduziertes Schlafbedürfnis		✓
Ideenflucht/Gedankenrasen		✓

Tabelle 1

Hypothesen zur Häufung der Kombination der Diagnosen ADHS und bipolare Störung (Sachs, Baldassano, Truman & Guille, 2000)

- Artefakt aufgrund überlappender Diagnosekriterien
- ADHS impliziert höhere Vulnerabilität für eine früh beginnende bipolare Störung
- ADHS-Symptome sind Vorboten einer sich entwickelnden bipolaren Störung

mit ADHS im Gegensatz zu Patienten mit bipolarer Störung trotz eines erhöhten Energielevels keine höhere Produktivität aufweisen. Symptome wie Größenideen, Ideenflucht, reduziertes Schlafbedürfnis, gesteigerter Sexualtrieb und euphorische Stimmungslage treten bei einer bipolaren affektiven Störung auf, aber nicht bei einer ADHS (Geller, Zimerman et al., 2002).

Es stellt sich die Frage, ob tatsächlich im Vergleich zu den USA die Prävalenz bipolarer Störungen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland niedriger ist oder ob dies möglicherweise bei einem Teil der Patienten auf eine (Fehl-)Interpretation manischer Symptome als Symptome einer ADHS zurückzuführen ist. Dies hätte wiederum für eine Subgruppe von tatsächlich an ADHS und bipolarer Störung komorbide leidenden Kindern eine unzureichende pharmakologische Behandlung zur Folge. In pharmakologischen Untersuchungen führte eine medikamentöse Behandlung der bipolaren Störung mit Stimmungsstabilisatoren (Kowatch, Suppes & Carmody, 2000) und atypischen Neuroleptika, wie z. B. Risperidon (Biederman & Mick, 2004a,b; Krüger, Bräunig & Grunze, 2006; Mick & Biederman, 2004; Schreiner, 2006; Vieta et al., 2001) zur Symptomreduktion bei bipolaren Störungen und einem höheren Funktionsniveau.

Im Folgenden wird anhand einer Kasuistik das mitunter nicht leicht zu diagnostizierende gleichzeitige Vorhandensein einer Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens und einer Hypomanie bei einem Jugendlichen dargestellt und diskutiert.

Kasuistik

Aktueller Aufnahmearrangement und Vorgeschichte

Der vierzehnjährige Peter* (Name geändert) erscheint in Begleitung seiner Stiefmutter und seines Vaters zur ersten stationären Aufnahme wegen deutlicher Konzentrationschwierigkeiten, Impulsivität, motorischer Unruhe, oppositionell-verweigernden Verhaltens, Nichteinhaltens von Regeln, Stehlens, Zündelns, ständigen Streitens und Diskutierens. In der Schule provoziert er, bedroht Mitschüler und sei regelmäßig in körperliche Auseinandersetzungen verwickelt. Zusätzlich hätten sich im letzten halben Jahr seine schulischen Leistungen deutlich verschlechtert. Alltägliche Anforderungen, wie Zähneputzen, Waschen, Unterwäsche wechseln, etc. setze er nur unzureichend um, zwei- bis dreimal die Woche komme es zu Kotschmierern. In zeitlichem Zusammenhang mit der Zunahme der Verhaltensauffälligkeiten seien eine wachsende Rastlosigkeit, Ein- und Durchschlafstörungen mit reduziertem Schlafbedürfnis, Logorrhoe und eine euphorische bis gereizte Stimmung zu beobachten.

Im stationären Rahmen ließ sich die beschriebene Symptomatik bestätigen. Peter zeigte große Schwierigkei-

ten beim Einschlafen, kam wiederholt aus dem Zimmer und gab an, nicht müde zu sein. Er lief dann in der Station umher, versuchte einen Betreuer in ein Gespräch zu verwickeln und Bestätigung seiner überwertigen Idee, Skateboardprofi zu werden, zu erhalten. Meist schlief er gegen Mitternacht ein und erwachte gegen sechs Uhr am Morgen. Auseinandersetzungen mit Gleichaltrigen wurden häufig durch Abweisungen ausgelöst, da Peters Rededrang für andere Patienten nur schwer zu ertragen war. Seine euphorische Stimmung schlug aufgrund von Missverständnissen oder Ablehnung schnell um in eine gereizte Stimmungslage mit zunehmend aggressivem Verhalten. Peter schrie dann andere Personen an, schlug Türen zu oder mit der Faust gegen die Wand. In psychotherapeutischen Einzelgesprächen ließ er sich anfänglich nur schwer begrenzen und beharrte auf seinen Themen und Ideen. Wir verkürzten die Dauer der Einzelgespräche und vereinbarten mit ihm, dass jeweils sowohl der Therapeut als auch Peter ein Thema für das Gespräch festlegten. Daraufhin fiel es Peter leichter, sich nur auf ein Thema zu konzentrieren.

Peter ist das einzige Kind einer 1965 geborenen, zehn Monate nach seiner Geburt an einer fulminanten Lungenembolie verstorbenen Mutter und eines 1969 geborenen Vaters, eines Maschinenschlossers. Die Eltern lebten getrennt. Komplizierter Schwangerschaftsverlauf mit Mehrlingsschwangerschaft und Abgang zweier Föten in der 36. SSW, bei dann unauffälliger Geburt und regelrechtem postpartalem Verlauf. Die Meilensteine der frühkindlichen Entwicklung waren bis auf eine verzögerte Sauberkeitsentwicklung (Enuresis nocturna bis zum sechsten Lebensjahr) und ein intermittierendes Kotschmierern unauffällig. Nach dem Tod der Mutter übernahm der Vater mit Unterstützung durch seine Mutter und Schwestern die Versorgung. Als Peter 18 Monate alt war, heiratete sein Vater erneut. Im Kindergarten fielen erstmals motorische Unruhe und aggressives Verhalten auf, in der Grundschule kamen Konzentrationsschwierigkeiten hinzu. Umschulung in der 6. Klasse Realschule in die Hauptschule trotz durchschnittlicher Leistungen wegen auffälligen Sozialverhaltens. Aufgrund der reduzierten Konzentrationsfähigkeit erfolgte eine ambulante Diagnostik und Therapie bei einem niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater. Die aufgrund der diagnostizierten Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens initiierte medikamentöse Behandlung mit Methylphenidat brachte nur eine unzureichende Besserung.

Familienanamnestisch ließen sich keine relevanten psychiatrischen Störungen bis auf eine «wechselhafte Stimmung» des Vaters eruieren. Die Erziehungsverantwortung wurde kompetent überwiegend durch die Stiefmutter übernommen. Sowohl zu den Eltern als auch zu seinen zwei Halbgeschwistern zeigte Peter eine enge Bindung. Depressive Symptome in der Vorgeschichte konnten nur als Reaktion auf negative Ereignisse eruiert werden, inwieweit diese die Qualität einer Anpassungsreaktion überschritten, lässt sich retrospektiv nicht eindeutig beurteilen.

Erhobene Befunde

Peter war altersentsprechend entwickelt, im Kontakt leicht distanzgemindert und freundlich. Reduzierte Konzentrationsfähigkeit bei guter Auffassungsgabe, Impulsivität. Antrieb leicht gesteigert, motorische Unruhe, ausgeprägte Logorrhoe. Stimmung dysphorisch bis euphorisch, affektiv auslenkbar. Anamnestisch dominantes, oppositionell-verweigerndes Verhalten zu Hause und in der Schule, verbale und körperliche Aggressivität, Nichteinhalten von Regeln, Stehlen und Zündeln. Keine inhaltlichen Denkstörungen bis auf leichte Größenideen; formaler Gedankengang teilweise beschleunigt, leichte Ideenflüchtigkeit. Reduziertes Schlafbedürfnis, Einschlafstörungen. Einmalig selbstverletzendes Verhalten in Form von Zufügen oberflächlicher Schnittverletzungen zwei Monate vor Aufnahme. Von akuter Suizidalität sicher distanziert. Anamnestisch Nikotin- und Alkoholkonsum.

Weder in der körperlich-neurologischen Untersuchung noch in EKG, EEG, MRT oder in den Routinelaborparametern und einem Drogenscreening ergaben sich Befunde von Krankheitswert.

Bei der testpsychologischen Untersuchung zeigte sich eine durchschnittliche sprachfreie Grundintelligenz (Culture Fair Test, CFT-20, Gesamt-IQ = 101) sowie ein weit unterdurchschnittliches Ergebnis im Konzentrations-Verlaufs-Test (KVT) und ein impulsiver Arbeitsstil im Matching Familiar Figures-Test (MFF-20). Eine retrospektiv erhobene Young Mania Rating Scale (YMRS) für den anfänglichen stationären Aufenthalt ergab 29 Punkte im Vergleich zu 8 Punkten bei Entlassung.

Multiaxiale Diagnosen nach ICD-10

Aufgrund der im schulischen und häuslichen Umfeld berichteten und im stationären Rahmen beobachteten Symptome von deutlicher Unaufmerksamkeit, Impulsivität und motorischer Unruhe sowie eines auffälligen Sozialverhaltens konnte die Diagnose einer Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 F90.1) bestätigt werden. Peter erfüllte zusätzlich die Diagnosekriterien der Hypomanie (ICD-10 F30.0) aufgrund der euphorischen bis dysphorischen Stimmungslage, gesteigerter Aktivität und motorischen Ruhelosigkeit, Logorrhoe, übertriebener Einkäufe und gesteigerter Geselligkeit. Diagnoseergänzend waren ein Alkohol-, Nikotin- sowie Lösungsmittelmissbrauch und Kotschmierer zu nennen. Peter war durchschnittlich intelligent. An abnormen psychosozialen Umständen bestand eine abweichende Elternsituation. Auf der Skala zur Gesamtbeurteilung von Kindern und Jugendlichen zeigte Peter bei Aufnahme eine stärkere Beeinträchtigung auf mehreren Gebieten und eine Unfähigkeit zur Funktion in einem dieser Gebiete (SGKJ 4).

Beurteilung, Therapie und Verlauf

Der zur Wirksamkeitsüberprüfung der Stimulanzientherapie durchgeführte Auslassversuch führte zur Verstärkung der motorischen Unruhe, Impulsivität und Unaufmerksamkeit. Durch das Wiederansetzen von Methylphenidat verbesserte sich die Konzentration und es kam zu einer leichten Reduktion der Impulsivität sowie der motorischen Unruhe. Die Verteilung der unretardierten Medikation auf drei Tagesgaben führte zu einem ausgeglicheneren Wirkungsprofil und insbesondere zu einer Abnahme der Impulsivität in den Abendstunden, was sich v. a. in einer Reduktion aggressiven Verhaltens zeigte. Dennoch bestanden weiterhin eine Antriebssteigerung, Logorrhoe und euphorische bis dysphorische Stimmungslage in Verbindung mit fortbestehenden ausgeprägten impulsiven Verhaltensweisen, weshalb eine zusätzliche Medikation mit Risperidon (Enddosis 1.5 mg) erfolgte. Dies führte zu einer deutlichen Verbesserung der Impulskontrolle sowie einer Reduktion der Antriebssteigerung, Logorrhoe und einer Normalisierung der Stimmung. Peter nahm adäquaten Kontakt zu Gleichaltrigen auf. In Gesprächen war zunehmend eine Wechselseitigkeit möglich, sodass Peter weniger Ablehnung im Kontakt erfuhr. Die Einschlafsituation war deutlich entspannter; Peter kam weniger aus seinem Zimmer und die Einschlafzeit verschob sich um 1–2 Stunden nach vorn in die Abendzeit. Zusätzlich zur Pharmakotherapie wurde mit einem hochstrukturierten verhaltenstherapeutischen Setting mit klaren Regeln und Konsequenzen mittels eines operanten Verhaltensplans gearbeitet. Schrittweise wurden erwünschte Verhaltensweisen (wie z. B. andere ausreden lassen, auf Schimpfwörter verzichten) mit zusätzlicher Ausgangszeit belohnt. In Einzelgesprächen wurden regelmäßig Verhaltensanalysen durchgeführt, Auslöser unerwünschten Verhaltens identifiziert und alternative Verhaltensweisen erarbeitet. Nach anfänglichen Schwierigkeiten konnte Peter bei Normalisierung des Antriebs und Reduktion der Logorrhoe z. B. einsehen, wenn er auf inadäquate Weise versucht hatte, Kontakt aufzunehmen. Peter gab sich zunehmend Mühe, andere ausreden zu lassen und Interesse an deren Ideen zu zeigen. Eine Einsicht in Regelüberschreitungen war allerdings kaum zu erreichen. Eine tägliche Selbsteinschätzung der Stimmung in Form von Stimmungsbarometern und einem Tagesrückblick mit einem Bezugsbetreuer wurden genutzt, um Peters Eigenwahrnehmung zu verbessern. Anfänglich schätzte Peter seine Stimmung meist mit 9 oder 10 Punkten (Skala 1 «schlecht» – 10 «sehr gut») ein ohne diesbezüglich genaue Gedanken sowie Ereignisse benennen zu können. Allerdings beschrieb Peter bei Regelüberschreitungen, die entsprechende Konsequenzen nach sich gezogen hatten, seine Stimmung als gereizt mit 1 oder 2 Punkten. Im Zuge der Behandlung konnte Peter seine Stimmung deutlich besser in Abhängigkeit von Ereignissen und Gedanken differenzieren. So beschrieb er, dass seine Stimmung z. B. in Folge einer guten Schulnote auf 6–7 Punkte stieg und bewertete.

seinen Geburtstag oder auch Wochenendbeurlaubungen mit dem Besuch eines Fußballspiels gemeinsam mit seinem Vater mit 9 Punkten. Darüber hinaus nahm Peter an ergotherapeutischen und heilpädagogischen Maßnahmen teil. Familiengespräche wurden zur Psychoedukation, der Vor- und Nachbereitung von Belastungserprobungen im häuslichen Umfeld und der Bearbeitung konfliktbesetzter Situationen genutzt. In einem ergänzenden, pädagogisch geführten Eltern-Kind-Training konnten die bestehenden kompetenten Erziehungsstrukturen noch weiter optimiert werden.

In gemeinsamen Gesprächen mit Peters Eltern, Lehrern der Klinikschule und dem zuständigen Jugendamtsmitarbeiter wurden notwendige Fördermaßnahmen besprochen, um eine zukünftige positive psychische Entwicklung zu unterstützen. Wegen des gut strukturierten häuslichen Umfelds und der engen Bindungen zu seinen Eltern und den Halbgeschwistern wurde eine Entlassung nach Hause angestrebt. Zur Unterstützung erfolgte eine Integration Peters in eine Tagesgruppe mit integrierter Beschulung in einer kleinen Klasse auf Hauptschulniveau mit dem langfristigen Ziel eines Realschulabschlusses.

Peter konnte nach knapp zehnwöchiger stationärer Behandlung in deutlich stabilisiertem psychischen Zustand mit deutlich verbesserter Konzentrationsfähigkeit, Impulskontrolle, indifferenter Stimmungslage und regelrechtem Antrieb nach Hause entlassen werden. Lediglich das Sozialverhalten war weiterhin auffällig.

Diskussion

Im beschriebenen Fallbeispiel lag zusätzlich zur häufig vorkommenden Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens eine Hypomanie vor, beide Störungen besserten sich deutlich unter einer kombinierten medikamentösen Therapie mit Methylphenidat und Risperidon und einer begleitenden Verhaltenstherapie. Die Hypomanie war weder drogeninduziert, noch durch Medikamente oder eine organische Ursache (wie Hyperthyreose o. ä.) verursacht worden. Aus klinischer Sicht ähnelt Peters Symptomatik den Symptomen des bipolaren Phänotyps. Allerdings überschritten, soweit retrospektiv beurteilbar, depressiv-ängstliche Reaktionen in der Vergangenheit das Niveau einer Anpassungsreaktion nicht.

Als Einschränkung muss gewertet werden, dass während der stationären Behandlung keine zusätzlichen psychometrischen Verfahren wie z. B. die Child Behavior Checklist (CBCL) oder der JTCI eingesetzt wurden. Diagnostische Instrumente wie z. B. die Young Mania Rating Scale (YMRS) wurden zwar ins Deutsche übersetzt, sind aber unserer Kenntnis nach noch nicht validiert worden. Im beschriebenen Fall lässt sich eine deutliche Reduktion der Symptomatik in der durch uns retrospektiv erhobenen YMRS beschreiben.

In Deutschland stieg zwischen 2000 und 2005 die Zahl der hospitalisierten Patienten unter 19 Jahren mit bipolar affekti-

ven Störungen von 1.13 auf 1.78 pro 100000 an (Holtmann, Bölte & Poustka, 2008). Es gibt eine aktuelle Kontroverse, inwiefern die unterschiedliche Häufigkeit der Diagnosestellung der bipolar affektiven Störung amerikanischer und europäischer Studien nicht nur durch marginale Unterschiede in den Klassifikationssystemen (ICD-10 vs. DSM-IV) und realen Prävalenzunterschieden zu erklären ist, sondern insbesondere auch durch unterschiedliche Diagnosegewohnheiten. Eine Studie zur Prävalenz des pädiatrischen bipolaren Phänotyps mit Hilfe der CBCL (Holtmann et al., 2007) ergab keine Unterschiede zu der amerikanischen Stichprobe, es zeigte sich aber auch, dass die Kinder mit diesem CBCL-Profil klinisch keine bipolare Störung aufwiesen, sondern eine Diagnose im Bereich ADHS, oppositionelle Störung oder Störung des Sozialverhaltens. Die Vermutung liegt nahe, dass möglicherweise bei Kindern in den USA mit einem vergleichbaren Symptomprofil eher die klinische Diagnose einer bipolaren Störung gestellt wird als in Deutschland. Aus europäischer Sicht erscheint die hohe Prävalenz der bipolaren Störungen bei Kindern und Jugendlichen in den USA als durch eine zu häufige Stellung der Diagnose bedingt, obwohl nicht alle Kriterien erfüllt sind. Gleichzeitig gilt es aber, sich selbstkritisch zu fragen, ob nicht in Deutschland vielleicht auch eine Subgruppe von Patienten, die an einer stark ausgeprägten Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens mit deutlicher Impulsivität leiden und die zusätzlich zu einer Stimulanzien- oder Atomoxetinmedikation Risperidon erhalten, eine komorbide manische oder hypomane Störung aufweisen. Mitunter könnten, insbesondere im Querschnitt und ohne den Patienten länger zu kennen, eine gehobene, gereizte Stimmung oder ausgeprägte Stimmungsschwankungen, ein gesteigerter Antrieb, Logorrhoe, selbst Größenideen oder verantwortungsloses Verhalten und gesteigerte Geselligkeit, als zur ADHS gehörende Symptome fehlinterpretiert und ein vermindertes Schlafbedürfnis und Größenwahn übersehen werden. So war auch im beschriebenen Fallbeispiel der Aufnahmehinweis eine Zunahme des auffälligen Sozialverhaltens, welches sich unter ambulanten Bedingungen nicht verbesserte. Nach Reduktion der hypomanen Symptomatik bestand weiterhin eine Störung des Sozialverhaltens. Allerdings nahm das auffällige Verhalten in Verbindung mit der gehobenen und gereizten Stimmung ab, was zu einer deutlichen Verbesserung des Funktionsniveaus führte.

Im vorliegenden Fall bestand kein Zusammenhang zwischen den berichteten Symptomen und Substanzmissbrauch. Allerdings macht es der im Vergleich bei Patienten mit ADHS häufiger vorkommende Substanzkonsum zusätzlich schwer, passagere drogeninduzierte Phänomene von einer zugrunde liegenden bipolaren Störung zu differenzieren. Insbesondere bei jugendlichen Patienten mit ADHS und komorbidem Suchtmittelmissbrauch ist deswegen die Differenzialdiagnose einer bipolaren Störung schwierig und manchmal erst im Längsschnitt bzw. im Verlauf einer stationären Behandlung sicher zu beurteilen. Es ist zu beachten, dass gerade Patienten mit ADHS und manischer oder hypomaner Störung oder Symptomatik durch die störungsbedingte reduzierte Fähigkeit zur Risikoein-

schätzung, Selbstüberschätzung und Zunahme leichtsinnigen und riskanten Verhaltens besonders gefährdet sind, Drogen zu konsumieren.

Schlussfolgerungen

Auch wenn die hohen Prävalenzzahlen von komorbider ADHS und bipolarer Störung im Kindes- und Jugendalter in den USA nicht unkritisch auf deutsche Verhältnisse übertragen werden können und möglicherweise auch durch eine Überinterpretation von Symptomen mit verursacht sind, so gilt es umgekehrt, ein Übersehen oder Fehlinterpretieren von Symptomen einer bipolaren Störung bei Kindern und Jugendlichen mit schwerer ADHS zu vermeiden. Neben einer erhöhten Aufmerksamkeit bei dieser Patientengruppe wären für eine bessere Diagnostik standardisierte und validierte deutschsprachige Instrumente erforderlich, wie sie z. B. für depressive Störungen bereits vorliegen.

Es ist bekannt, dass strukturierende und interpersonelle Therapieprinzipien in Kombination mit einer Pharmakotherapie zur Verbesserung der Symptomatik bei Erwachsenen mit einer bipolaren Störung führen (Hlastala & Frank, 2006). Es liegen bis heute keine Manuale in deutscher Sprache zur Behandlung einer bipolaren Störung bei Kindern und Jugendlichen vor, die zu einer verbesserten Behandlung beitragen könnten.

Nach den Leitlinien der DGKJP et al. (2007) hat sich Risperidon bei der Behandlung v. a. impulsiv-aggressiver Verhaltensweisen bei Patienten mit Hyperkinetischer Störung bewährt, auch in der Kombination mit Methylphenidat, und in der Praxis wird diese Kombination häufig erfolgreich eingesetzt. Allerdings liegen nur wenige Studien vor, die eine Verbesserung von aggressiven Verhaltensweisen mit einer Kombinationstherapie von Risperidon und Methylphenidat bei guter Verträglichkeit beschreiben (Aman, Binder & Turgay, 2004; Armenteros, Lewis & Davalos, 2007).

Daher gilt es in künftigen Studien zu überprüfen, inwiefern die von dieser Kombinationstherapie profitierende Subgruppe von Patienten mit Hyperkinetischer Störung des Sozialverhaltens und schweren impulsiv-aggressiven Verhaltensweisen zu einem Teil auch Patienten umfasst, die eine maskierte Erstmanifestation einer bipolaren Störung aufweisen.

Literatur

- Aman, M. G., Binder, C. & Turgay, A. (2004). Risperidone effects in the presence/absence of psychostimulant medicine in children with ADHD, other disruptive behavior disorders, and sub-average IQ. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 14, 243–254.
- Armenteros, J. L., Lewis, J. E. & Davalos, M. (2007). Risperidone augmentation for treatment-resistant aggression in attention-deficit/hyperactivity disorder: a placebo-controlled pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 558–565.
- Biederman, J. & Mick, E. (2004a). Comparative open-label trial of atypical neuroleptics in children and adolescents with bipolar disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 14, 211–212.
- Biederman, J. & Mick, E. (2004b). Treatment of preschoolers with bipolar disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 14, 211–212.
- Biederman, J., Stephen, V., Faraone, S. V., Wozniak, J., Mick, E., Kwon, A. et al. (2005). Clinical correlates of bipolar disorder in a large, referred sample of children and adolescents. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 611–622.
- Carlson, G. A. (1983). Bipolar affective disorders in childhood and adolescence. In D. P. Cantwell & G. A. Carlson (Ed.), *Affective disorders in childhood and adolescence* (pp. 61–83). New York: Spectrum Publications.
- Carlson, G. A. (1984). Classification issues of bipolar disorders in childhood and adolescence. In D. P. Cantwell & G. A. Carlson (Ed.), *Affective disorders in childhood and adolescence* (pp. 61–83). New York: Spectrum Publications.
- Carlson, G. A., Davenport, Y. B. & Jamison, K. (1977). A comparison of outcome in adolescent- and later-onset bipolar manic-depressive illness. *American Journal of Psychiatry*, 134, 919–922.
- Carlson, G. A., Loney, J., Salisbury, H. & Volpe, R. (1998). Young referred boys with DICA-P manic symptoms vs. two comparison groups. *Journal of Affective Disorders*, 121, 113–121.
- Chang, K. (2007). Adult bipolar disorder is continuous with pediatric bipolar disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 418–425.
- DelBello, M. P. & Geller, B. (2001). Review of studies of child and adolescent offspring of bipolar parents. *Bipolar Disorders*, 3, 325–334.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie et al. (Hrsg.). (2007). *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Kapitel Manische und bipolare affektive Störungen* (S. 45–56, 3., überarb. u. erw. Aufl.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Endrass, J., Vetter, S., Gamma, A., Gallo, W. T., Rossegger, A., Urbaniok, F. et al. (2007). Are behavioral problems in childhood and adolescence associated with bipolar disorder in early adulthood? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 217–221.
- Faraone, S., Biederman, J., Mennin, D., Wozniak, J. & Spencer, T. (1997). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder with Bipolar Disorder: A familial subtype? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1378–1387.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Wozniak, J., Mundy, E., Mennin, B. & O'Donnell, D. (1997). Is comorbidity with ADHD a marker for juvenile-onset mania? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1046–1055.
- Galanter, C. G., Cohen, P., Jensen, P. S. et al. (2003, Oktober). *ADHD does not predict adult bipolar disorder using longitudinal epidemiological data*. Presented at the Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, New York.
- Geller, B., James, C., Bolhofner, K., Nickelsburg, M., Williams, M. & Zimmerman, B. (2002). Two-year prospective follow-up of

- children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *American Journal of Psychiatry*, 159, 927–933.
- Geller, B., Tillman, R. & Bolhofner, K. (2007). Proposed definitions of bipolar I disorder episodes and daily rapid cycling phenomena in preschoolers, school-aged children, adolescents, and adults. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 17, 217–222.
- Geller, B., Zimmerman, B., Williams, M., Bolhofner, K., Craney, J. L., Delbello, M. P. et al. (2000). Diagnostic characteristics of 93 cases of a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype by gender, puberty and comorbid attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 10, 157–64.
- Geller, B., Zimerman, B., Williams, M., DelBello, M. P., Bolhofner, K., Craney, J. L. et al. (2002). DSM-IV mania symptoms in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention-deficit hyperactive and normal controls. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12, 11–25.
- Goodwin, F. & Jamison, K. (1990). *Manic-depressive illness*. New York: University Press.
- Hlastala, S. A. & Frank, E. (2006). Adapting interpersonal and social rhythm therapy to the developmental needs of adolescents with bipolar disorder. *Development and Psychopathology*, 18, 1267–88.
- Holtmann, M., Bölte, S., Goth, K., Döpfner, M., Plück, J., Huss, M. et al. (2007). Prevalence of the Child Behavior Checklist – pediatric bipolar disorder phenotype in a German general population sample. *Bipolar Disorders*, 9, 895–900.
- Holtmann, M., Bölte, S. & Poustka, F. (2008). Rapid increase in rates of bipolar diagnosis in youth: «True» bipolarity or misdiagnosed severe disruptive behavior disorders? *Archives of General Psychiatry*, 65, 477.
- Johnson, J. G., Cohen, P. & Brook, J. S. (2000). Associations between bipolar disorder and other psychiatric disorders during adolescence and early adulthood: A community based longitudinal investigation. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1679–1681.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J. & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60, 709–717.
- Kowatch, R. A., Suppes, T. & Carmody, T. J. (2000). Effect size of lithium, divalproex sodium, and carbamazepin in children and adolescents with bipolar disorder? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 713–720.
- Krüger, S., Bräunig, P. & Grunze, H. (2006). Leitlinien zur Therapie der akuten Manie. *Psychiatrische Praxis*, 33, 2–6.
- Lewinsohn, P. M., Klein, D. N. & Seeley, J. R. (1995). Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: Prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 454–463.
- Lish, J. D., Dime-Meenan, S., Whybrow, P. C., Price, R. A. & Hirschfeld, R. M. (1994). The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *Journal of Affective Disorders*, 31, 281–294.
- Meyer, S. E., Carlson, G. A., Youngstrom, E., Ronsaville, D. S., Martinez, P. E., Gold, P. W. et al. (2009). Long-term outcomes of youth who manifested the CBCL-Pediatric Bipolar Disorder phenotype during childhood and/or adolescence. *Journal of Affective Disorders*, 113, 227–235.
- Mick, E. & Biederman, J. (2004). Effectiveness of risperidone for the treatment of ADHD in children and adolescents with bipolar disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 14, 212–213.
- Müller-Oerlinghausen, B., Berghofer, A. & Bauer, M. (2002). Bipolar Disorder. *Lancet*, 359, 241–247.
- Perlis, R. H., Miyahara, S., Marangell, L. B., Wisniewski, S. R., Ostacher, M., DelBello, M. P. et al. (2004). Long-term implications of early onset in bipolar disorder: Data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biological Psychiatry*, 55, 875–881.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. H. & Poustka, F. (2006). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO* (5. Aufl.). Göttingen: Hans Huber Verlag.
- Sachs, G., Baldassano, C., Truman, C. & Guille, C. (2000). Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder with early- and late-onset bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 466–468.
- Schreiner, A. (2006). Behandlung manischer Episoden bei bipolaren Störungen mit Risperidon. *Psychiatrische Praxis*, 33, 12–17.
- Spencer, T. J., Biedermann, J., Wozniak, J., Faraone, S. V., Wilens, T. E. & Nick, E. (2001). Parsing pediatric bipolar disorder from its associated comorbidity with the disruptive behavior disorders. *Biological Psychiatry*, 49, 1062–1070.
- Vieta, E., Gasto, C., Colom, F., Reinares, M., Martinez-Aran, A., Benabarre, A. et al. (2001). Role of risperidone in bipolar II: An open 6-month study. *Journal of Affective Disorders*, 67, 213–219.
- Wingo, A. P. & Ghaemi, S. N. (2007). A systematic review of rates and diagnostic validity of comorbid Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 1776–1784.
- Wozniak, J., Biederman, J., Faraone, S., Blier, H. & Monuteaux, M. C. (2001). Heterogeneity of childhood conduct disorder: Further evidence of a subtype of conduct disorder linked to bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 64, 121–131.
- Wozniak, J., Biederman, J., Kiely, K., Ablone, S., Faraone, S., Mundy, E. et al. (1995). Mania-like symptoms suggestive of childhood onset bipolar disorder in clinically referred children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 867–876.

Manuskripteingang	24. September 2008
Nach Revision angenommen	3. August 2009
Interessenskonflikte	keine

Dr. med. Boris Rothermel

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Postfach 12 21 20
DE - 68072 Mannheim
boris.rothermel@zi-mannheim.de

Anhang



Multiple-Choice-Fragen zum Erwerb von CME-Punkten zum Artikel «Bipolare Störungen als Komorbidität im Kindes- und Jugendalter – unterdiagnostiziert oder überinterpretiert? – Therapie eines 14-Jährigen mit Hyperkinetischer Störung des Sozialverhaltens und Hypomanie» (nur eine Antwort pro Frage ist richtig bzw. falsch):

- 1) Welches Symptom unterscheidet zwischen ADHS und dem Vorliegen einer Manie, ist also nicht bei beiden Diagnosen vorhanden?
 - a) Irritierbarkeit/Reizbarkeit
 - b) Hypersexualität
 - c) Verminderte Konzentration
 - d) Motorische Unruhe
 - e) Impulsivität
- 2) Zu dem diagnostischen Profil in der CBCL des bipolaren Phänotyps gehört nicht:
 - a) Aufmerksamkeitsprobleme
 - b) Aggressives Verhalten
 - c) Ängstlichkeit
 - d) Depressivität
 - e) Zwangssymptome

- 3) Welches Symptom ist nicht charakteristisch für bipolare Störungen im Kindesalter?
 - a) Ausgeprägte Dysphorie
 - b) Affektive Labilität
 - c) Chronischer Verlauf
 - d) Gemischte Episoden
 - e) Übergang in hebephrene Psychosen
- 4) Der Verlauf bzw. die Symptome von bipolaren Störungen und ADHS unterscheiden sich. Was trifft speziell für die bipolaren Störungen zu?
 - a) Episodischer Verlauf
 - b) Zeigen sich bereits im Vorschulalter
 - c) Haben ihre stärkste Ausprägung im Grundschulalter
 - d) Persistieren bei einem Drittel bis in das Erwachsenenalter hinein
 - e) Eine erhöhte Impulsivität
- 5) Welches der folgenden Symptome ist sowohl bei ADHS als auch bei Manie ein häufiges Symptom?
 - a) Erhöhte Impulsivität
 - b) Gehobene Stimmung
 - c) Größenideen
 - d) Logorrhö
 - e) Gesteigerter Antrieb

Um Ihr CME-Zertifikat zu erhalten (mind. 3 richtige Antworten), schicken Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen **mit einem frankierten Rückumschlag** bis zum 30.4.2010 an die nebenstehende Adresse. Später eintreffende Antworten können nicht mehr berücksichtigt werden.

Herr Professor Dr. Gerd Lehmkuhl
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln
Robert-Koch-Straße 10
DE-50931 Köln

FORTBILDUNGSZERTIFIKAT

Die Ärztekammer Niedersachsen erkennt hiermit 1 Fortbildungspunkt an.

Stempel

Zeitschrift für
Kinder- und Jugend-
psychiatrie und
Psychotherapie
2/2010

HUBER



Datum

Unterschrift

«Bipolare Störungen als Komorbidität im Kindes- und Jugendalter – unterdiagnostiziert oder überinterpretiert?»

Die Antworten bitte deutlich ankreuzen!

	1	2	3	4	5
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet zu haben.

Name

Berufsbezeichnung, Titel

Straße, Nr.