

## 11.5 Therapie

Die akute Manie erfordert in der Regel eine sofortige psychopharmakologische Behandlung. Die entsprechenden Behandlungsempfehlungen können sich nur auf eine begrenzte Zahl von Studien an Jugendlichen stützen und beruhen zum Teil auch auf Studienergebnissen aus Untersuchungen an Erwachsenen. Therapie der Wahl ist die Gabe eines atypischen Antipsychotikums (z. B. Quetiapin, Olanzapin oder Risperidon), Lithium ist Medikament der zweiten Wahl, und sogenannte „mood stabilizer“ wie Carbamazepin, Lamotrigin oder Valproat sind Medikamente der dritten Wahl.

Im Rahmen eines längerfristigen Behandlungskonzeptes sind Lithium und „mood stabilizer“ geeignete Medikamente zur Rezidivprophylaxe (s. Kapitel 38).

## 11.6 Diagnosestellung anhand kinder- und jugendpezifischer Kriterien

Kinder und Teenager erleben zwar nur selten klassische manische oder hypomanische Episoden, es ist es aber nicht ungewöhnlich, dass sie folgende Symptome zeigen:

1. *Kurze Episoden gehobener Stimmung*: Solche Episoden dauern meistens nur Minuten oder wenige Stunden – also deutlich kürzer als das Minimum von vier bzw. sieben Tagen, das von ICD-10 und DSM-5 in den Diagnosekriterien für Hypomanie bzw. Manie gefordert wird. Verschiedene Experten haben deshalb andere Zeitkriterien vorgeschlagen, um solche Episoden als manische Episoden klassifizieren zu können. Hierzu gehören: insgesamt kürzeres Zeitkriterium; Addition kurzer Episoden, bis der Schwellenwert für eine Episode nach klassischer Definition erreicht ist; Wertung von x Tagen mit täglichen kurzen Episoden („ultradian cycling“) als eine Episode von x Tagen Dauer.
2. *Chronische Reizbarkeit*: Die klassischen Definitionen der Manie nach ICD-10 und DSM-5 lassen auch Phasen von Reizbarkeit als Alternative zu gehobener oder expansiver Stimmung gelten. Sie spezifizieren hierbei aber, dass die veränderte Stimmung in abgrenzbaren Episoden auftritt, die sich deutlich von der normalen Stimmungslage unterscheiden. Vor diesem Hintergrund schlagen einige Experten vor, das Kriterium der Episodizität bei Kindern und Jugendlichen wegfällen zu lassen. Andere vertreten die Auffassung, dass chronische Reizbarkeit zwar ein erhebliches Problem darstellen kann, der Unterschied zur klassischen bipolaren Störung aber so deutlich ist, dass eine Klassifizierung in dieselbe Gruppe von Störungsbildern daher nicht zulässig ist. Die letztgenannte Meinung hat dazu geführt, dass im DSM-5 für Kinder und Jugendliche mit dem Leitsymptom der Reizbarkeit und explosiver Temperamentsausbrüche ein neues Störungsbild definiert worden ist: die *Disruptive Mood Dysregulation Disorder* (siehe Kapitel 6).

Gibt es nun also einen guten Grund, für die Diagnose einer bipolaren Störung auf das Kindes- und Jugendalter adaptierte Kriterien zu verwenden? Einerseits gibt es die Auffassung, dass es in der Natur von Kindern und Jugendlichen liegt, emotional überdreht oder reizbar zu sein, und dass es deshalb keinen Anlass gibt, dies als eine Krankheit zu werten und entsprechend zu behandeln. Andererseits wäre es denkbar, dass Personen, die als Erwachsene an einer bipolaren Störung erkranken, auch schon im Kindes- und Jugendalter manieähnliche Episoden zeigen, ohne dass diese den klassischen Diagnosekriterien entsprechen. Träfe die letztere Annahme zu, könnte es für diesen Personenkreis, der die Kriterien der sog. *pediatric bipolar disorder* erfüllt, die Prognose verbessern, wenn bereits frühzeitig eine Behandlung eingeleitet würde. Die Evidenzlage hierzu ist widersprüchlich und insgesamt schwach. Einige Experten sind der Meinung, dass die Mehrheit der Kinder mit dem oben geschilderten Symptomprofil eine Störung des Sozialverhaltens mit oppositionell-aggressivem Verhalten aufweist und statt mit Medikamenten am wirkungsvollsten durch ein Elterntraining zu behandeln wäre.

Eine Tatsache, die relativ gesichert ist, ist der hohe Anteil von Komorbiditäten bei den Kindern und Jugendlichen, die nach den kinder- und jugendspezifischen Kriterien die Diagnose einer bipolaren Störung haben. Insbesondere sind hier Störungen des Sozialverhaltens und ADHS zu nennen. Dies führt wiederum zu der Frage, ob das Vorliegen einer externalisierenden Störung manchmal zu manieähnlichen Symptomen führt (Reizbarkeit, Herumalbern, Überdrehtsein), ohne dass eine manische Erkrankung vorliegt. Wäre dies der Fall, wäre eine Behandlung mit Therapiekonzepten für externalisierende Störungen (s. Kapitel 5 und 6) am erfolversprechendsten. Gibt es nun die *pediatric bipolar disorder* oder nicht? Die Frage ist noch nicht abschließend beantwortet.

Auch wenn überzeugende Forschungsergebnisse fehlen, sieht es so aus, als ob sich die meisten Ärzte schon dem einen oder anderen Lager zugeschlagen hätten. Ausgehend von den USA, aber inzwischen auch in vielen anderen Ländern weltweit (jedoch nicht in Deutschland), gibt es einen Trend, bei immer mehr Kindern und Jugendlichen *pediatric bipolar disorder* zu diagnostizieren und viele hiervon (selbst Vorschulkinder) auch medikamentös mit Antipsychotika und mood-stabilizern zu behandeln. Eine überzeugende Studienlage für den Nutzen solcher Therapien gibt es nicht, das Nebenwirkungspotenzial hingegen ist hoch. Viele führende US-amerikanische Kinder- und Jugendpsychiater sehen diesen Trend sehr kritisch.

## Übersichtsartikel

Leibenluft E, Dickstein DP. Bipolar disorder in childhood. In: Rutter M, Bishop D, Pine D et al. (eds) *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 6th edn., Chichester: John Wiley & Sons 2015; 830–45.