

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/004 Entwicklungsstufe: 1

Zitierbare Quelle:

Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 45 - 56

Manische und bipolare affektive Störungen (F30, F31)

1. Klassifikation

1.1 Definition

Die manische Episode ist gekennzeichnet durch eine in einem umschriebenen Zeitraum deutlich abgrenzbare Veränderung der Stimmung und des Antriebes, im Sinne einer gehobenen oder reizbaren Stimmung und einer Antriebssteigerung.

Die bipolare affektive Störung ist charakterisiert durch das Auftreten von mindestens 2 abgrenzbaren Episoden einer affektiven Störung, eine davon mit manischen Merkmalen (Hypomanie, Manie; gemischte Episode: charakterisiert durch entweder eine Mischung oder einen raschen Wechsel von manischen und depressiven Symptomen).

1.2 Leitsymptome

In der manischen Episode ist die Stimmung in einem deutlich abnormen Ausmaß über die Dauer von einigen Tagen gehoben oder gereizt. Es besteht eine gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit, ein Gefühl von körperlicher und seelischer Leistungsfähigkeit.

Die Diagnose einer manischen Episode bzw. einer bipolaren Störung erfolgt bei Kindern und Jugendlichen nach denselben Kriterien wie für Erwachsene. Eine Erstmanifestation vor dem zehnten Lebensjahr ist selten (0,3-0,5%).

Folgende **Merkmale einer manischen Episode** können vorhanden sein und die persönliche Lebensführung beeinträchtigen:

- Gesteigerte Gesprächigkeit, Rededrang
- Ideenflucht
- Verlust normaler sozialer Hemmungen, altersinadäquate Kritiklosigkeit
- Vermindertes Schlafbedürfnis
- Überhöhte Selbstschätzung
- Erhöhte Ablenkbarkeit
- Gesteigerte Libido
- Ggf. Halluzinationen und Wahn (Größenwahn).

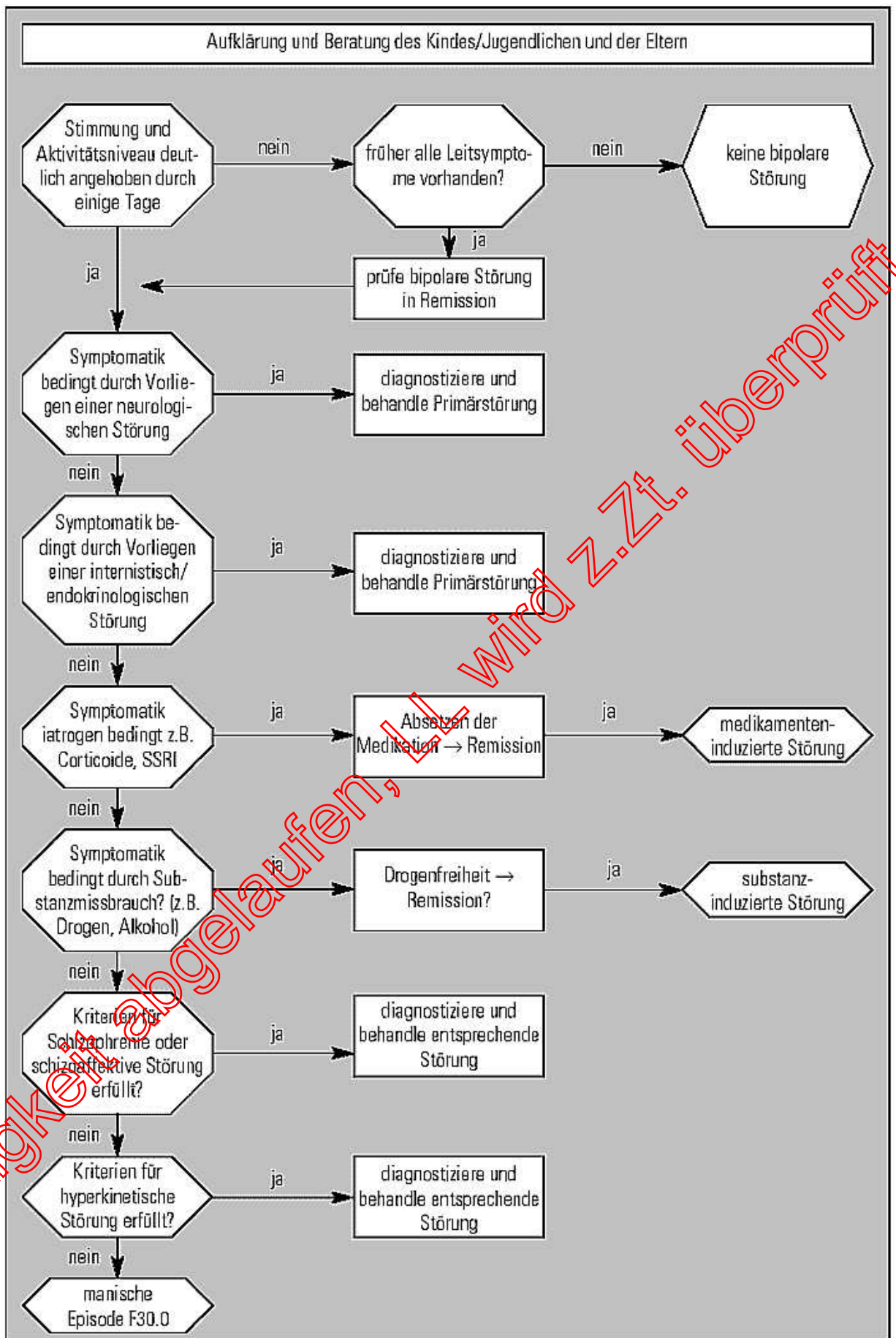
In der Vorpubertät sind Irritierbarkeit, emotionale Labilität, gesteigerte Aktivität und gefährliche Verhaltensweisen häufiger als eine angehobene Stimmung. Der Krankheitsverlauf kann eher chronisch oder rasch fluktuierend sein.

In der Adoleszenz gleicht sich die Symptomatik der des Erwachsenenalters an. Jugendliche mit Manie präsentieren aber häufiger psychotische Symptome, gemischte affektive Symptome und schwere Beeinträchtigungen im Sozialverhalten.

Leitsymptome der bipolaren affektiven Störung:

- Vorliegen einer manischen Episode oder einer gemischten Episode, mit mindestens einer vorhergegangenen affektiven Episode oder
- Vorliegen einer depressiven Episode mit mindestens einer vergangenen manischen oder gemischten Episode, oder
- der gegenwärtige Zustand erfüllt nicht die Kriterien für eine affektive Störung. In der Anamnese findet sich aber wenigstens eine eindeutig belegte hypomane, manische oder gemischte affektive Episode und zusätzlich mindestens eine andere affektive Episode.

Abb. 9: Diagnose und multimodale Therapie von Schulkindern und Jugendlichen mit manischem Syndrom



1.3 Schweregradeinteilung

Entfällt bzw. siehe Kapitel 1.4.

1.4 Untergruppen

Nach ICD-10 werden für die manische Episode folgende Subtypen nach **Intensität** und **Dauer der Symptomatik** sowie besonders dem **Grad der sozialen Beeinträchtigung** unterschieden:

- Hypomanie (F30.0): geringere Intensität der Symptome und Beeinträchtigung der Lebensführung
- Manie (F30.1): deutlich abnormes Ausmaß der Symptomatik und schwere Störung der Lebensführung
- Manie mit psychotischen Symptomen (F30.2): Innerhalb der manischen Phase treten synthyme (F30.20) oder parathyme (F30.21) psychotische Symptome auf.

Bei der bipolaren Störung erfolgt die Einteilung nach Subtypen aufgrund des gegenwärtigen Zustandsbildes, in Episode oder remittiert, unter Beachtung bisher aufgetretener Episoden.

DSM-IV unterscheidet die Bipolar-I-Störung, definiert durch das Auftreten mindestens einer manischen oder gemischten Episode (d.h. bereits bei der ersten Episode!) und die Bipolar-II-Störung, in der mindestens eine depressive und eine hypomane Episode gefordert wird und manische und gemischte Episoden niemals aufgetreten sind. Darüber hinaus bezieht sich das DSM-IV auf weitere Verlaufsspezifizierungen:

- Mit oder ohne vollständige Remission zwischen den Episoden
- Saisonale Muster
- Rapid cycling (4 Episoden in den letzten 12 Monaten).

1.5 Ausschlussdiagnose

Siehe Abbildung 9 und Abbildung 10.

2. Störungsspezifische Diagnostik

2.1 Symptomatik

Die manische Episode bzw. die jeweilige Phase einer bipolaren Störung wird klinisch diagnostiziert.

- Exploration des Kindes/Jugendlichen auf Vorliegen der Leitsymptome. Dabei ist auf die Verhaltensbeobachtung des Kindes/Jugendlichen über einen ausreichenden Zeitraum zu achten, denn die Symptomatik kann in der Intensität schwanken.
- Exploration der Angehörigen über Dauer und Intensität der Symptomatik, insbesondere auch, um das Ausmaß der sozialen Schädigung abzuschätzen, und wegen genetischer Belastungsfaktoren
- Neurologische und internistische Untersuchung auf Vorliegen einer organischen Erkrankung, besonders bei Erstmanifestation (s. Kap. 2.6).

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

Eine störungsspezifische Entwicklungsgeschichte im engeren Sinne ist für die bipolare Störung nicht bekannt.

Psychosoziale Belastungen können, müssen aber nicht im Vorfeld der Episode vorhanden sein. Ungünstige Umwelteinflüsse dürften eine unspezifische manifestationsfördernde Rolle für affektive Störungen haben und können die Prognose verschlechtern.

Verhaltensstörungen oder Probleme können von affektiven Episoden ausgelöst werden und das klinische Bild so beherrschen, dass sie zu vielfältigen Fehldiagnosen führen:

- Störung des Sozialverhaltens, asoziales Verhalten, Delinquenz
- Hyperkinetisches Syndrom
- Leistungsstörung in Schule oder Beruf
- Alkoholmissbrauch
- Drogen- und Medikamentenmissbrauch.

Gelegentlich findet sich ein sorglos promiskuitives Verhalten mit dem Risiko für Geschlechtskrankheiten und ungewollte Schwangerschaften.

Differenzialdiagnostisch hilfreich ist die Exploration von Veränderungen, die nicht zur prämorbid Persönlichkeit des Patienten passen.

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

Das Vorliegen komorbider Störungen ist im Kindes- und Jugendalter häufig und kann Prognose und Behandlung negativ beeinflussen. Zu beobachten sind:

- Hyperkinetische Störungen
- Störungen des Sozialverhaltens
- Substanzmissbrauch
- Angststörungen.

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

Familiäre Rahmenbedingungen

- Feststellung bestehender psychiatrischer Erkrankungen in der Familie (Häufung manischer und bipolarer Störungen, Suchterkrankungen)
- Spezifische familiäre Reaktionsmuster auf die Symptomatik (z.B. Bestrafung bei schulischen Problemen, Misshandlung bei Aggressivität)
- Krankheits- und Behandlungseinsicht der Familie (Krankheit wird oft als disziplinarisches Problem gesehen).

Soziale und weitere Rahmenbedingungen

- Feststellung bereits prämorbid vorhandener sozialer Probleme und der Integration in Schule, Beruf, Peer group
- Feststellung bereits prämorbid vorhandener Probleme durch umschriebene Entwicklungsstörungen und

Intelligenzniveau (Achse II und III) beim Patienten durch Exploration der Eltern/des Kindes, ggf. testpsychologische Abklärung des Intelligenzniveaus nach Abklingen der akuten Symptomatik (z.B.: Intelligenzminderung beeinflusst Krankheitseinsicht und Compliance)

- Feststellung körperlicher Erkrankungen des Kindes/Jugendlichen (Achse IV) (z.B. sind Erkrankungen der Nieren oder der Leber bei der Auswahl des Interventionssettings, besonders der Pharmakotherapie, zu berücksichtigen).

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

Bislang sind keine spezifischen Parameter für die Diagnose einer manischen Episode oder bipolaren Störung bekannt. Hilfsbefunde dienen

- dem Ausschluss einer organischen Ursache (Labordiagnostik: Drogenscreening im Harn, Nachweis toxischer Substanzen im Serum, Hormonstatus, Entzündungsparameter, Liquoruntersuchung; Bildgebende Verfahren: CCT, MRT, Sonographie; Elektroneurodiagnostik: EEG, ggf. VEP),
- der Einleitung einer spezifischen Therapie mit Psychopharmaka (s. Kap. 4.2),
- dem Therapiemonitoring (s. Kap. 4.2).

2.6 Weitergehende Diagnostik und Differentialdiagnostik

Abgrenzung folgender Krankheitsbilder von der bipolaren Störung durch Anamnese, Fremdanamnese, Exploration erblicher Belastungen, Exploration früherer Erkrankungsphasen und deren Behandlung, Laborbefunde, bildgebende Verfahren, ggf. Verlaufsbeobachtung:

Andere psychiatrische Krankheitsbilder

- Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen; schizoaffektive Störungen, Mischzustände (schwierige Differenzialdiagnose im akuten Stadium bei Auftreten produktiver Symptome)
- Hyperkinetische Störungen (schwierige Differenzialdiagnose im Kindesalter und bei langer Phase)
- Rezidivierende depressive Störungen
- Anhaltende affektive Störungen (Zyklothymie, Dysthymie)
- Persönlichkeitsstörungen.

Durch Substanzmissbrauch induziertes manisches Syndrom

- Alkohol
- Amphetamine
- Cannabis
- Kokain
- Inhalantien.

iatrogen induziertes manisches Syndrom

- Corticosteroide
- Antidepressiva (SSRIs, TCAs)
- Andere antidepressive Behandlungsmethoden (Lichttherapie, EKT).

Erkrankungen des ZNS

- ZNS-Infektionen (inkl. HIV)
- Encephalitis disseminata
- Tumore (Orbitallappen!)
- Epilepsien (Temporallappen!).

Interne Erkrankungen

- Infektionskrankheiten (z.B. Tbc)
- Endokrinopathien (z.B. Hyperthyreose)
- Stoffwechselerkrankungen (z.B. Morbus Wilson, Porphyrien).

2.7 Entbehrliche Diagnostik

Psychologische Tests sind in der akuten Phase nicht aussagekräftig.

3. Multiaxiale Bewertung

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

Die Symptome (s. Kap. 1.2) sind durchgehend in verschiedenen Situationen zu beobachten. Insbesondere in der Schule bzw. in Situationen, die Lernleistungen und/oder eine belastungsfähige Kontaktfähigkeit (Schul-, Freundesgruppe) erfordern, werden Konzentrationsprobleme, Distanzlosigkeit oder das sprunghafte Assoziieren deutlich. Sie sind besonders augenscheinlich bei manischer Symptomatik oder in einem oft heftigen Mischzustand (durch das gleichzeitige Vorhandensein gesteigerten Antriebs mit depressiven Inhalten) störend. Depressiver Rückzug und Leistungseinschränkungen erfordern eine genaue Einschätzung durch fremdanamnestische Angaben aus verschiedenen

3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

Umschriebene Entwicklungsstörungen. Bereits prämorbid vorhandene umschriebene Störungen des Sprechens und der Sprache sowie umschriebene Störungen schulischer Fertigkeiten können durch die Symptomatik der jeweiligen Phase akzentuiert oder abgeschwächt erscheinen. Psychologische Tests im Intervall sind zur Feststellung des Ausgangsniveaus und zur Einschätzung kompensatorischer Leistungen sinnvoll.

Intelligenzniveau. Das Intelligenzniveau beeinflusst die Symptomatik in der Ausgestaltung (z.B. triviale versus phantastische Inhalte), die Krankheitseinsicht und die Compliance.

Bei besonders niedrigem IQ ist die Abgrenzung von organischen Psychosyndromen oder unspezifisch erethischen Syndromen schwierig. Die IQ-Messung ist in der Phase nicht verwertbar und muss deshalb im Intervall erfolgen.

Körperliche Symptomatik. Hierbei sind 3 Punkte speziell zu beachten:

- Körperliche Erkrankungen als Ursache der affektiven Symptomatik (s. Kap. 2.6)
- Beeinflussung komorbider körperlicher Erkrankungen direkt durch die vegetative Symptomatik der affektiven Phase (höheres Risiko vegetativer Entgleisungen, z.B. bei Hypertonie) oder indirekt durch Gefährdung des Therapieregimes wegen mangelnder Compliance (z.B. Diabetes mellitus)
- Körperliche Erkrankungen beeinflussen die Auswahl der Psychopharmaka (z.B. Leber- und Nierenerkrankungen, Anfallsleiden).

Entstehung körperlicher Erkrankungen in der affektiven Phase:

- Vorsätzliche Selbstbeschädigung (Automutilation, Intoxikation, suizidale Handlungen), Infektionen (z.B. Geschlechtskrankheiten).

Abhängigkeitssyndrome. Folgende Faktoren können im Vorfeld einer affektiven Erkrankungsphase vorhanden sein, ihren Verlauf beeinflussen oder die Rehabilitation erschweren (einschließlich aktueller abnormer psychosozialer Umstände):

- Abnorme intrafamiliäre Beziehungen (z.B. Bestrafung oder körperliche Misshandlung verstärkt wegen manischer Symptome)
- Genetische Belastung für affektive Störungen in der Familie
- Abnorme Erziehungsbedingungen (Überfürsorge, unzureichende Aufsicht)
- Akute belastende Lebensereignisse
- Gesellschaftliche und zwischenmenschliche Belastungen (z.B. politische Verfolgung, Probleme in Schule und Beruf).

Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung. Das Erreichen der prämorbid psychosozialen Anpassung ist ein realistisches Ziel der Rehabilitation und Reintegration. Bei sozialen Schäden (z.B. Delikte wie Diebstahl, Einbruch), die in der Erkrankungsphase entstehen, bedarf der Jugendliche besonderer Unterstützung zur Minimierung der rechtlichen Folgen (evtl. Jugendanwaltschaft, gerichtlich beideter Sachverständiger).

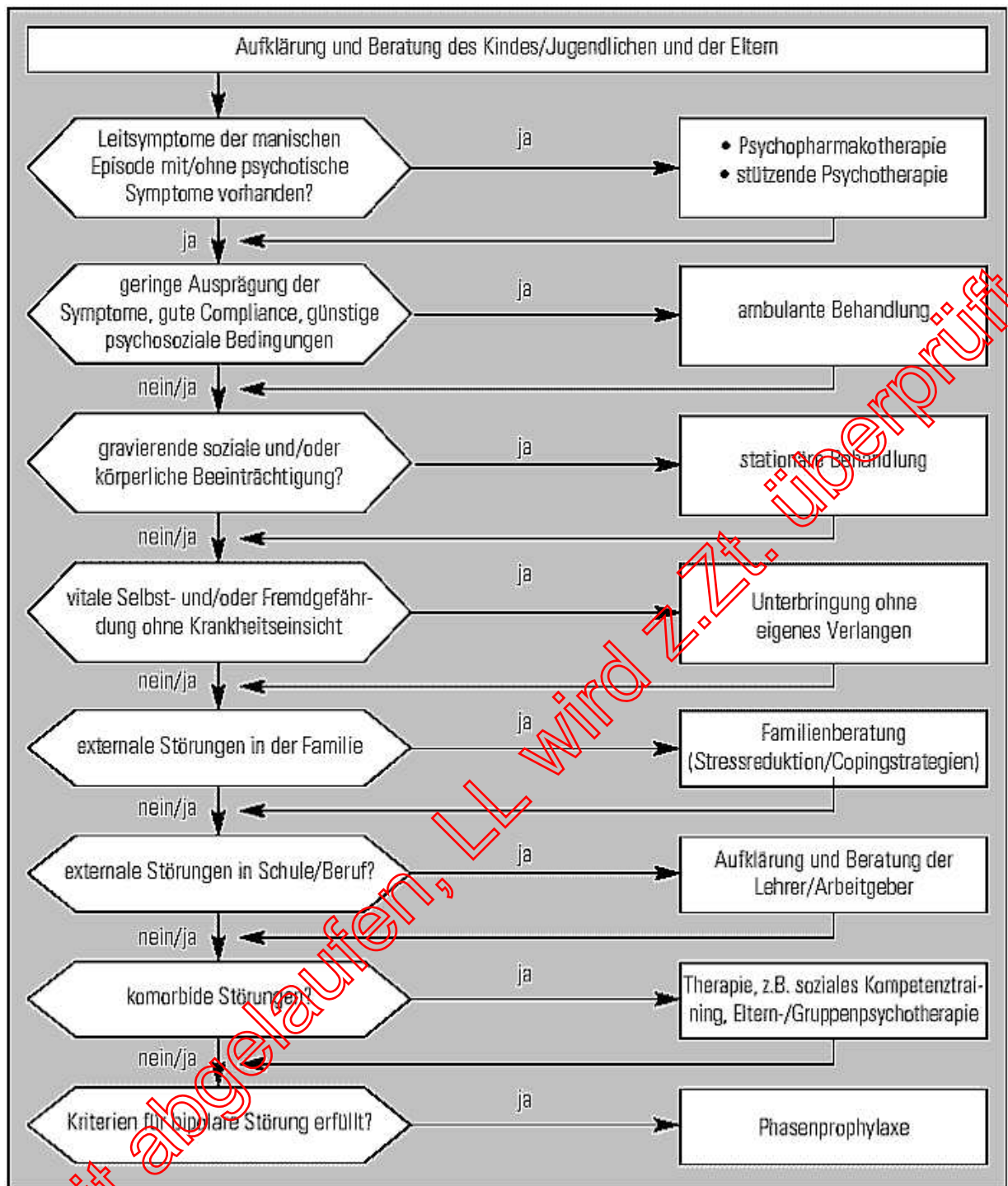
Eine prämorbid schwerwiegende Beeinträchtigung der psychosozialen Anpassung beeinflusst häufig die Intensität des Syndromes und erfordert über diese Störung hinaus entsprechende Maßnahmen.

3.3 Differenzialdiagnosen und Hierarchie des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Siehe Abbildungen 9 und 10.

Abb. 10: Therapie von Kindern und Jugendlichen bei Vorliegen einer manischen Episode

Gültigkeit abgelaufen, wird zu überprüft



4. Interventionen

4.1 Auswahl des Interventionssettings

Die Auswahl des Interventionssettings richtet sich nach dem Grad der sozialen Beeinträchtigung, der Intensität der Symptomatik sowie dem sozialen Umfeld. Ziel ist die Gewährleistung einer effektiven Behandlung und Verhinderung einer sozialen und/oder körperlichen Schädigung. Mangelnde Krankheitseinsicht und daraus resultierende Probleme mit der Compliance machen häufig eine stationäre Aufnahme erforderlich, bevor ein ambulantes Setting geplant werden kann.

- Stationäre Behandlung der akuten manischen Episode bei gravierender sozialer Beeinträchtigung und/oder körperlicher Beeinträchtigung
- Bei vitaler Selbst- und/oder Fremdgefährdung Unterbringung ohne eigenes Verlangen
- Ambulante Behandlung bei geringer Ausprägung der Symptome, guter Compliance und günstigen psychosozialen Bedingungen.

4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidungen und Beratung

Pharmakotherapie. Patient und Angehörige sind über Wirkung und unerwünschte Wirkungen der Medikation zu informieren, ein schriftliches Einverständnis (Informed consent) der Eltern ist einzuholen. Ziel der medikamentösen

Behandlung sind die Regulation von Stimmung, Antrieb und Schlaf-Wach-Rhythmus sowie das Abklingen evtl. begleitender psychotischer Symptome. Die Auswahl der Medikation richtet sich nach der vorliegenden Erkrankungsphase, eventuellen Komplikationen wie Rapid cycling, der Wirksamkeit (Vorgeschichte früherer Erkrankungsphasen) und dem Nebenwirkungsspektrum.

Stabilisatoren des Affektes

Lithium

- Lithium ist das Mittel der ersten Wahl zur Behandlung akuter manischer Symptome (II Jugendliche; IV Kinder) wie auch zur Phasenprophylaxe bei bipolarer affektiver Störung (IV Jugendliche; IV Kinder). Die therapeutische Wirksamkeit ist nach 8-14 Tagen zu erwarten, was häufig die Kombination mit Neuroleptika oder Benzodiazepinen zu Behandlungsbeginn erfordert.
- Kontraindikationen: Überempfindlichkeit, renale und kardiovaskuläre Erkrankungen, Schwangerschaft im ersten Trimenon, relative Kontraindikation bei Schilddrüsenerkrankungen
- Voruntersuchungen: Blutbild, Differenzialblutbild, Elektrolyte, Serumkreatinin, BUN, Schilddrüsenparameter (T3, T4, TSH), EKG, Urinstatus, ggf. Kreatininclearance; Schwangerschaftstest
- Unerwünschte Wirkungen: Gewichtszunahme, Polyurie, Polydipsie, Sedierung, Verminderung der motorischen Aktivität, gastrointestinale Symptome, Tremor, Leukozytose, Nierenfunktionsstörungen, Schilddrüsenfunktionsstörungen, Arrhythmien, Veränderungen des Kalziumstoffwechsels, EEG-Veränderungen.

Intoxikationsgefahr besteht bei Entgleisungen des Elektrolyt- und Flüssigkeitshaushaltes wegen der geringen therapeutischen Breite.

Akuttherapie

- Die Dosierung richtet sich nach dem Serumlithiumspiegel; 1,0-1,5 mval/l sind anzustreben
- Monitoring: Serumlithiumspiegelkontrollen 2x wöchentlich sind empfehlenswert, Bestimmung 12 Stunden nach der letzten Medikamenteneinnahme
- Kinder haben eine höhere glomeruläre Filtrationsrate als Erwachsene, was ggf. eine höhere Dosierung zum Erzielen eines wirksamen Spiegels erfordert. Steady state nach ca. einer Woche.

Phasenprophylaxe

- Kriterien für die Prophylaxe mit Lithium bei Kindern und Jugendlichen existieren noch nicht und bleiben der klinischen Beurteilung überlassen. Eine Phasenprophylaxe ist dann einzusetzen, wenn die Rezidivwahrscheinlichkeit hoch ist und eine hohe Gefährdung der sozialen Entwicklung besteht. Auf Complianceprobleme ist speziell zu achten. Besonders bei erblicher Belastung wird der Beginn der Prophylaxe bei Auftreten der zweiten Episode empfohlen. Die Prophylaxe sollte mindestens 18 Monate lang durchgeführt werden. Zu beachten ist, dass nach Absetzen der Wirkungseffekt bei neuerlicher Therapie reduziert sein kann.
- Die Dosierung richtet sich nach dem Serumlithiumspiegel, der zwischen 0,6 und 1,2 mval/l liegen soll.
- Monitoring: Serumlithiumspiegel ca. 1x monatlich: TSH, Nierenfunktion, Harnbefund und EKG (insbesondere QTc) alle 3-6 Monate.

Unerwünschte Wirkungen bei Langzeittherapie

- Bis dato ist wenig über den Langzeiteffekt von Lithium auf die Entwicklung und das Wachstum von Kindern bekannt.
- Schilddrüsenfunktionsstörungen (euthyreote Struma, Hypothyreoidismus)
- Evtl. Veränderung der Knochendichte und Knochenstruktur.

Carbamazepin

- Bei Unverträglichkeit oder fehlendem Ansprechen auf Lithium kann Carbamazepin als Alternative zu oder in Kombination mit den Standardtherapien zur Behandlung der akuten Manie (III Jugendliche; V Kinder) wie auch zur Phasenprophylaxe erwogen werden (IV Jugendliche; IV Kinder). Anwendung auch bei Kindern mit EEG-Abnormalitäten
- Kontraindikationen: Leberfunktionsstörungen, Leukopenie, Thrombozytopenie, Reizleitungsstörungen
- Voruntersuchungen: klinisch-neurologischer Befund, Blutbild, Differenzialblutbild, Leberwerte, EEG
- Unerwünschte Wirkungen: Übelkeit, Erbrechen, Sedierung, Leukopenie; seltenst Agranulozytose, aplastische Anämie
- Die Dosierung richtet sich nach dem Serumcarbamazepinspiegel, der zwischen 4 und 12 mg/ml liegen soll. (Dieser Richtwert wurde für die Behandlung von Anfallsleiden definiert, Richtlinien für die Behandlung der akuten Manie liegen noch nicht vor.)
- Monitoring: Serumblutspiegel, Blutbild, Leberwerte im ersten Behandlungsmonat wöchentlich, in den nächsten 5 Monaten 1x monatlich, dann 4x jährlich.

Valproat

Bei Unverträglichkeit oder fehlendem Ansprechen auf Lithium kann Valproat als Alternative zu oder in Kombination mit den Standardtherapien zur Behandlung der akuten Manie, von Mischbildern oder bei rascher Episodenabfolge (Rapid cycler) (III Jugendliche; V Kinder) wie auch zur Phasenprophylaxe erwogen werden (V Jugendliche; V Kinder). Anwendung auch bei Kindern mit EEG-Abnormalitäten.

- Kontraindikationen: Überempfindlichkeit gegen die Wirksubstanz, Leber- und Pankreasfunktionsstörungen, hämorrhagische Diathese
- Voruntersuchungen: Blutbild, Differenzialblutbild, Leberwerte, Gerinnung
- Unerwünschte Wirkungen: Sedierung, Übelkeit, Erbrechen; Panzytopenien, Blutgerinnungsstörungen; seltenst akutes Lebersversagen (größte Gefahr bei Kindern unter 2 Jahren)
- Die Dosierung richtet sich nach dem Valproatspiegel im Serum, der zwischen 50 und 100 mg/ml liegen soll. (Dieser Richtwert wurde für die Behandlung von Anfallsleiden definiert, Richtlinien für die Behandlung der akuten Manie liegen noch nicht vor, im Falle guter Verträglichkeit sind auch höhere Spiegel zu tolerieren.)

- Neue Antiepileptika (Trileptal, Lamotrigin, Topiramate) stellen möglicherweise - bei noch ungesicherter Datenlage - eine Alternative in der Behandlung manischer Syndrome und als Phasenprophylaxe im Jugendalter dar.

Benzodiazepine

Sie stehen zur Behandlung von Agitation und Schlaflosigkeit für das Management der akuten Manie zur Verfügung (z.B. Lorazepam, Clonazepam) und werden in Kombination mit Stimmungsstabilisatoren zur Behandlung der akuten Manie eingesetzt (IV Jugendliche; V Kinder).

Neuroleptika

Dem Vorteil einer raschen Sedierung stehen häufig unerwünschte Wirkungen gegenüber, sodass vor ihrem Einsatz die oben angeführten Kombinationen zu überlegen wären!

- Gabe hochpotenter Neuroleptika bei Manie mit psychotischen Symptomen (IV Jugendliche; V Kinder)
- Gabe niedrigpotenter, sedierender Neuroleptika bei Antriebssteigerung (IV Jugendliche; V Kinder); ggf. deren Kombination (V Jugendliche; V Kinder)
- Das Nebenwirkungsspektrum erfordert engmaschige Labor- und Therapieverlaufskontrollen
- Kontraindikationen: Überempfindlichkeit, akute Intoxikationen, komatöse Zustände, relative Kontraindikation bei Agranulozytose und epileptischen Anfällen
- Voruntersuchungen: Blutbild, Differenzialblutbild; BUN, Kreatinin, GOT, GPT, Elektrolyte, CPK; Urinstatus; Temperatur; EKG; EEG.

Unerwünschte Wirkungen:

- Extrapyramidale Syndrome (akute dystone Reaktionen, Parkinsonoid, Akathisie)
- Anticholinerge Wirkungen (Mundtrockenheit, Akkomodationsstörungen, Obstipation, Blasenfunktionsstörungen)
- Vegetative Symptome (Schwitzen, Hypersalivation)
- Blutbildveränderungen (Leukozytopenie, Agranulozytose)
- Kardiovaskuläre Störungen (Blutdruckveränderungen, EKG-Veränderungen)
- Malignes neuroleptisches Syndrom (erhöhtes Risiko bei Kombinationstherapie mit Lithium)
- Spätsymptome (tardive Dyskinesien)
- Atypische Neuroleptika (Risperidon, Olanzapin, Clozapin) stellen eine mögliche, in dieser Indikation aber wenig untersuchte Alternative dar.

Aufklärung und Beratung des Patienten/der Angehörigen

Information über Art und Verlauf der Erkrankung: Dabei ist einerseits die prinzipielle Reversibilität der Symptomatik zu beachten, andererseits die Rezidivneigung der Episoden. Ziel einer umfassenden Information, auch über die Therapiemöglichkeiten, ist eine gute Kooperation.

Rehabilitative Maßnahmen

Ziele sind die Senkung des Aktivitätsniveaus in der Manie, die Wiederherstellung einer Tagesstruktur und der Konzentrationsleistung, Reduktion von unerwünschten Wirkungen der medikamentösen Therapie, das Wiedererlangen sozialer Kompetenz mittels eines klaren therapeutischen Programms. Ein unkritisches Überangebot kann die Symptomatik eher anfachen.

Prinzipiell kommen zur Anwendung:

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Stützende Psychotherapie
- Gruppentherapie

Reintegrative Maßnahmen

- Familienberatung (fokussierend auf Stressreduktion, Copingstrategien, Kommunikation und Interaktion)
- Kontaktaufnahme mit Lehrern/Arbeitgebern (mit Einverständnis der Erziehungsberechtigten) zur Wiedereingliederung in Schule und Beruf, z.B. Besprechen von Maßnahmen wie stundenweiser Schulbesuch oder Schulbesuch als außerordentlicher Hörer. Information über das Krankheitsbild mit dem Ziel der Früherkennung einer neuen Episode.
- Therapie komorbider Störungen und Komplikationen.

4.3 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

- Akute Phase: Die ärztliche Erreichbarkeit, z.B. bei Auftreten von unerwünschten Medikamentenwirkungen, wie auch die Möglichkeit einer stationären Aufnahme (z.B. bei gravierender sozialer Beeinträchtigung, Selbst- und/oder Fremdgefährdung) muss gegeben sein.
- Bipolare Störung, Intervall: Regelmäßige ambulante Termine zur Kontrolle von psychopathologischem Befund, Medikation und unerwünschten Wirkungen, sozialen Bedingungen
- Psychotherapeutische Maßnahmen können den Umgang mit der Erkrankung günstig beeinflussen (V Jugendliche; V Kinder)
- Bei problematischen sozialen Verhältnissen und Interaktionsschwierigkeiten in der Familie muss eventuell die Fremdunterbringung in eine betreute Einrichtung (z.B. therapeutische Wohngemeinschaft) erwogen werden.

4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

Ein teilstationäres Setting kann, z.B. zur Durchführung reintegrativer Maßnahmen, als Übergangslösung nach stationärem Aufenthalt oder beim Bestehen eines subklinischen Syndromes nützlich sein.

4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

Die Einführung einer stufenweisen realistischen Belastung nach der Akutbehandlung (z.B. mit allmählich einsetzendem Schulbesuch) ist vor der Entlassung anzustreben.

4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

- Phasenprophylaxe
- Regelmäßige ambulante Kontrollen auch im Intervall zwecks Früherkennung einer neuerlichen Episode, Sicherstellung der effizienten Durchführung der Phasenprophylaxe, Durchführung rehabilitativer und reintegrativer Maßnahmen sowie der Therapie komorbider Störungen.

Jugendhilfemaßnahmen dienen dem Wiedererlangen und Erhalten sozialer Kompetenz sowie der Minimierung von Folgeschäden der Erkrankung. Prinzipiell kommen zur Anwendung:

- Therapeutische Wohngemeinschaften
- Arbeits- und Ausbildungsfördermaßnahmen
- Serviceeinrichtungen der Jugendämter
- Jugendgericht.

4.7 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

- ECT (Elektrokrampftherapie). In einer Studie mit 16 an einer bipolaren Störung erkrankten Jugendlichen konnte die stationäre Verweildauer im Vergleich zu 6 pharmakologisch behandelten deutlich verkürzt werden. Eine Anzahl von Fallgeschichten mit Anwendung im Jugendalter liegt vor. Systematische Forschungsergebnisse zu Sicherheit und Effizienz liegen nicht vor, sodass eine unkritische Anwendung der Therapiemethode vor Ausschöpfung aller anderen Therapiemethoden abzulehnen ist (IV Jugendliche).
- Alleinige Psychotherapie ist nicht wirksam.

Literatur:

1. American Psychiatric Association (1996) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: DSM-IV (übers. nach der 4. Aufl. des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; dtsh. Saß H, Wittchen HU, Zaudig M). Hogrefe, Göttingen
2. McClellan J, Werry J, Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Bipolar Disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997), 36, 138-157
3. Nottelmann ED et al., Special Section: Bipolar Affective Disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1995), 34, 705-763
4. Remschmidt H (1992) Psychiatrie der Adoleszenz, Georg Thieme, Stuttgart, New York
5. Steinhausen HC (1993) Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore
6. Weltgesundheitsorganisation (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien (dtsh. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH). Huber, Bern

Verfahren zur Konsensbildung:

Autoren dieser Leitlinien:

Dr. med. K. Steinberger, Dr. med. Ch. Wagner-Ennsgraber, Univ.-Prof. Dr. med. M. H. Friedrich

Korrespondenz an:

Dr. med. Karl Steinberger
Kinder- und Jugendpsychiatrisches Ambulatorium mit Tagesklinik
Psychosoziale Dienste Wien
Akazien-gasse 44 - 46
A - 1230 Wien

Redaktionskomitee:

federführend

Martin H. Schmidt, Mannheim
Fritz Poustka, Frankfurt/Main

Bernhard Blanz, Jena
Joachim Jungmann, Weinsberg
Gerhard Lehmkuhl, Köln
Helmut Remschmidt, Marburg
Franz Resch, Heidelberg
Christa Schaff, Weil der Stadt
Andreas Warnke, Würzburg

Erstellungsdatum:

01/1999

Letzte Überarbeitung:

11/2006

Nächste Überprüfung geplant:

k. A.

Zurück zum [Index Leitlinien Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: 11/2006

©: Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 16.01.2008; 12:43:53

Gültigkeit abgelaufen, LL wird nicht überprüft