

Kasuistik

Differentialdiagnostische Schwierigkeiten bei einer im Jugendalter diagnostizierten bipolaren Erkrankung¹

■ H. Koch-Weber

Klinik Meisenberg Zug, Psychiatrische und Psychotherapeutische Spezialklinik für Frauen, Zug

¹ Die redaktionelle Verantwortung für die Auswahl der publizierten Prüfungsarbeiten liegt bei der Prüfungskommission SGPP.

Summary

This case report demonstrates the differential-diagnostic process of a bipolar disorder in a young female patient. The specific difficulties due to influences of this age group are pointed out. In view of the great necessity of early recognition there remains a significant need for additional research into all aspects of juvenile-onset bipolar disorder.

Keywords: bipolar disorder; adolescence; diagnosis; differential

Zusammenfassung

Anhand des vorgestellten Fallberichts wird der differentialdiagnostische Prozess aufgezeigt, der bei einer jungen Patientin zur Diagnose einer bipolaren Störung führte.

Die besonderen Schwierigkeiten aufgrund der Einflüsse des jugendlichen Entwicklungsalters werden aufgezeigt. Angesichts der grossen Notwendigkeit einer Früherkennung dieser Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen besteht weiterer Forschungsbedarf.

Schlüsselwörter: bipolare Störung; Adoleszenz; Diagnose; differential

Einleitung

Als Assistenzärztin an einer psychiatrischen Klinik bin ich in meiner Funktion als Tagesärztin mit sehr unterschiedlichen Aufgaben konfrontiert. Neben Notfallsituationen in Zusammenhang mit hospitalisierten Patientinnen stellen die Aufnahmen notfallmässig eintretender Patientinnen Herausforderungen an fachliche Kompetenz und Entschlussfreudigkeit dar. Neben den häufigen und bekannten Krankheitsbildern kommt es in der Erwachsenenpsychiatrie immer wieder vor, dass auch Jugendliche notfallmässig eingewiesen werden. Nach Abklingen der Akutsymptomatik erfolgt oftmals auch die stationäre Weiterbetreuung in der gleichen Institution, wenn eine entsprechende kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtung nicht im entsprechenden Einzugsgebiet vorhanden ist.

Abgesehen davon, dass eine auch nur vorläufige Beurteilung eines psychopathologischen Zustandsbildes unter den Bedingungen eines Notfalles schwierig ist, so wird diese bei einem Jugendlichen durch gleichzeitig vorhandene entwicklungsbedingte Krisen (Pubertät) zusätzlich erschwert. Der nachfolgend beschriebene Fall handelt von einer jungen 16jährigen Frau, die notfallmässig wegen eines psychischen Ausnahmezustandes zugewiesen wurde. Die Differentialdiagnostik wurde weiter erschwert durch das Krankheitsbild an sich, das sowohl eine Diagnose aus dem affektiven als auch aus dem schizophreniformen Formenkreis zulies. Als weitere Möglichkeit war an eine exogene Ursache zu denken, in erster Linie an eine Alkoholintoxikation oder den Konsum illegaler Drogen.

Ich werde anhand des Fallberichts den differentialdiagnostischen Prozess aufzeigen.

In der Literatur finden sich nur wenige Berichte diese Thematik betreffend. Es wird dabei darauf hingewiesen, dass folgende Faktoren das Feststellen einer psychiatrischen Diagnose bei jugendlichen Patienten komplizieren: Symptomüberlappung, Komorbidität – wie beispielsweise juvenile Manie und Verhaltensstörung [1] –, widersprüchliche Informationsquellen und Einflüsse von seiten des Entwicklungsalters. Diagnosen werden dadurch verpasst oder falsch gestellt. Dazu gehört auch eine früh auftretende bipolare Störung [2, 3].

Über eine im Jugendalter beginnende bipolare Erkrankung existieren wenige Forschungsberichte. Noch weniger Daten gibt es über eine pharmakologische Behandlung von Jugendlichen mit einer bipolaren Erkrankung [4].

Einige Autoren weisen auf eine besondere Verlaufsform der Erkrankung bei frühem Beginn hin: Eine hohe Prävalenz wurde gefunden für psychotische Züge, Suizidalität, Hyperaktivität und «mixed mania» [5, 6], während andere Autoren [3] eine signifikant niedrigere Rate psychotischer Züge und höhere Rate depressiver Symptome als bei Erwachsenen beobachteten. Der Verlauf sei eher schleichend. Das Auftreten von aggressivem Verhalten und Hyperaktivität könnte zur Fehldiagnose einer Aufmerksamkeitsmangel-/Hyperaktivitäts- (ADHD) bzw. Verhaltensstörung führen [7]. ADHD wurde häufiger bei früh (Zwölfjährigen und jünger) als bei später (Dreizehnjährigen und älter) auftretender

bipolarer Erkrankung gefunden – möglicherweise signalisiert ADHD eine sehr früh auftretende bipolare Störung [8].

Eine Früherkennung dieser Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen kann durch frühzeitige Behandlung sowohl Kurz- als auch Langzeitmorbidity und Mortalität reduzieren [9].

Fallbeschreibung

Durch einen sonntäglichen Notfalldienst wird eine 16jährige junge Frau in eine psychiatrische Klinik eingewiesen. Als Einweisungsdiagnose wird «psychischer Ausnahmezustand» angegeben. Die junge Frau sei in den letzten Monaten bereits dreimal psychisch auffällig gewesen, jedoch noch nicht in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung gewesen. Weitere Angaben kann der einweisende Arzt, der die Patientin nicht kennt, nicht machen. Bereits bei der telefonischen Anmeldung ist im Hintergrund die laute, zeitweilig singende Stimme einer jungen Frau zu hören.

In Begleitung von zwei Sanitätern und ihrer Mutter trifft die Patientin in der Klinik ein. Sie wirkt nicht sehr gepflegt, läuft laut rufend oder singend ziellos in der ihr unbekannteren Umgebung umher, lässt sich durch vielerlei Gegenstände ablenken. Sie ist steuerbar, geht auf Aufforderung mit auf die Station in ihr Zimmer, wo sie unverändert laut und schnell spricht oder schreit. Der Inhalt ist kaum zu verstehen, es handelt sich hauptsächlich um ihren neuen, ausländischen Freund, den sie heiraten und mit dem sie zusammenziehen möchte.

Im Zimmer beschäftigt sie sich ausgiebig mit einer Rolle WC-Papier, wickelt ein Stück zu einem Haarkranz, steckt sich Papier in den Mund usw. Sie ist zur Person sowie zeitlich und örtlich orientiert. Die Stimmung wirkt insgesamt deutlich gehoben und unangemessen angesichts der vorliegenden Situation. Die Affekte schiessen häufig über, «alles ist so lustig hier». Es werden assoziative Lockerungen beobachtet. Gelegentlich finden sich Hinweise für Halluzinationen oder Wahn, wenn die Patientin vollkommen davon überzeugt ist, ihr Freund befinde sich im Schrank des Zimmers oder er laufe über den Hof der Klinik und könne ihr Zimmer daran erkennen, dass sie ein Herz auf das Fenster gemalt hat. Suizidalität lässt sich nicht beurteilen, es liegen jedenfalls keine fremdanamnestischen Hinweise oder ent-

Korrespondenz:
Dr. med. Heidi Koch-Weber
Luzernerstrasse 62
CH-6030 Ebikon

sprechende Äusserungen oder Verhaltensweisen der Patientin vor. Fremdaggessives Verhalten besteht nicht. Die junge Frau ist mit der Hospitalisation einverstanden und bereit, ein sedierendes Medikament einzunehmen. Die Patientin wird mit der Verdachtsdiagnose einer psychotischen Störung unklarer Ätiologie stationär aufgenommen, wobei der Ersteindruck an eine hebephrene Schizophrenie erinnert. Daneben kommt auch eine manische Episode mit oder ohne psychotische Symptome in Frage.

Angaben zur Vorgeschichte waren in den ersten Tagen von der Patientin aufgrund ihres psychopathologischen Zustandsbildes nicht zu erhalten. Wesentliche Informationen erhielten wir von der Mutter, im späteren Verlauf auch von weiteren Familienangehörigen.

Über den weiteren Hospitalisationsverlauf erhielt ich Informationen durch direkte Gespräche mit der Patientin, durch Rapporte des Pflegepersonals sowie der mitbetreuenden Therapeuten, teils in mündlicher, teils in schriftlicher Form.

Zur *Anamnese* war zu erfahren, dass die Patientin als ältestes von drei Kindern auf dem Bauernhof ihrer Eltern aufgewachsen ist. Über Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit wurde nichts Auffälliges berichtet. Die Patientin sei schüchtern und sehr zurückhaltend gewesen, habe innerhalb der Familie und zu Nachbarkindern einen guten Kontakt gehabt. Die Schule habe sie nach neun Jahren mit durchschnittlichen Leistungen abgeschlossen. Nach verschiedenen Schnupperlehren habe sie zuletzt im Rahmen einer Praktikumsstelle als Haushaltshilfe in einer Familie gearbeitet. Derzeit sei sie auf der Suche nach einer Lehrstelle. Seit zwei Jahren sei sie in der Pubertät. Es sei aufgefallen, dass sie in letzter Zeit weniger zuverlässig und ehrlich als früher gewesen sei und dass sie mehr in der Familie gestritten habe. Da die Patientin sich kurz vor der Einweisung mit Jugendlichen auf einem Volksfest aufgehalten hatte, war der Gebrauch illegaler Drogen nicht auszuschliessen und daher eine organische Störung differentialdiagnostisch ebenfalls möglich.

Ergebnisse

Die *körperliche Untersuchung* ergab bis auf eine nahezu abgeheilte, bekannte Rippenfraktur, die in Zusammenhang mit einem starken Atemwegsinfekt vor einigen Wochen aufgetreten war, keinen pathologischen Befund.

Die routinemässig durchgeführte *Labor Diagnostik* einschliesslich Schilddrüsenparameter war unauffällig. Ein Screening auf Drogen-/Medikamenten-Abusus (Amphetamine, Barbiturate, Benzodiazepine/Tranquillanzien, Cannabiol, Cocain, LSD, Methadon, Methaqualon, Morphin-Derivate) war ebenfalls insgesamt negativ. Da auch die bisherige somatische Anamnese unauffällig war, gingen wir davon aus, dass eine organische Störung als Ursache des psychischen Zustandsbildes nicht anzunehmen war.

Wie sich in mehreren *Gesprächen mit Familienangehörigen* zeigte, hatte es bereits innerhalb von fünf Monaten vor dem Spitaleintritt drei weitere Episoden mit auffälligem Verhalten der Patientin gegeben:

Die erste Episode trat im Anschluss an eine intensive sportliche Betätigung (Marathonlauf) auf und hielt drei Tage an. Die Patientin habe sich merkwürdig verhalten, habe viel gegrübelt, auf Fragen langsamer als sonst geantwortet. Man habe sich das Verhalten durch die körperliche Überforderung (Sport) erklärt. Die Patientin selbst erklärte rückblickend, sie habe damals Liebeskummer gehabt und sei depressiv gewesen.

Zwei Monate später habe sich die Patientin nach Auskunft der Familie erneut auffällig verhalten, als sie nach Schulabschluss und mehreren Schnupperlehren keine Lehrstelle gefunden habe. Sie habe wieder viel gegrübelt, sei ganz durcheinander gewesen, habe verzweifelt gewirkt und sich nicht mehr gepflegt. Ihre Bewegungen seien wieder verlangsamt gewesen, ebenso ihre Antworten. Eine Woche lang habe sie nicht bzw. kaum noch geschlafen. Nach Kontaktaufnahme mit einem Arzt habe die Patientin die durch diesen verordneten Medikamente nicht genommen und sich heftig gegen den Versuch gewehrt, ihr diese gegen ihren Willen einzugeben. Sie habe sich jedoch spontan wieder von dieser zweiten Episode erholt.

Als sie jedoch einen Monat vor dem Spitaleintritt eine Praktikumsstelle im Tessin habe antreten wollen, habe sie sich erneut gleich nach Ankunft am neuen Arbeitsplatz auffällig verhalten und musste daher von den Eltern nach Hause geholt werden. Dort fielen wieder Schlafstörungen auf, wobei die Patientin auch von Alpträumen berichtete, in denen sie böse Gestalten in ihrem Zimmer sah. Sie habe alles um sich herum als «komisch» erlebt und sich wie in einer anderen Welt gefühlt. Wegen des Abbruchs des Praktikums habe sie Schuldgefühle entwickelt.

Kurz vor dem Spitaleintritt, als sie bei einer Familie als Haushaltshilfe arbeitete, sei aufgefallen, dass sie im Vergleich zu früher sehr viel länger im Ausgang blieb, für grössere Summen telefonierte und in den Tagen vor dem Eintritt mit einer Freundin wiederholt auf einem örtlichen Volksfest war. Die Eltern seien in dieser Zeit in den Ferien gewesen. Wegen des zunehmend auffälligeren Verhaltens habe man die Eltern informiert, die daraufhin vorzeitig aus den Ferien zurückkehrten und die Einweisung der Tochter veranlassten.

Zur familiären Belastung mit psychiatrischen Erkrankungen war zu erfahren, dass der Grossvater väterlicherseits zu Depressionen geneigt habe, eine Tante und eine Cousine der Mutter seien vermutlich depressiv bzw. manisch-depressiv erkrankt gewesen.

Hospitalisationsverlauf: In den ersten Tagen konnte die Patientin ihr Schlafdefizit gut abbauen, da sie eine gute Medikamenten-Compliance aufwies und auf Lorazepam (Temesta®) gut ansprach. Das psychische Zustandsbild blieb zunächst unverändert. Die Patientin fiel durch ein antriebsloses,

teilweise enthemmtes Verhalten auf, das überwiegend mit einer inadäquaten, hebe-phren anmutenden Stimmungslage einherging, die jedoch gelegentlich abrupt in eine depressive Stimmung wechseln konnte. Inhaltlich äusserte die Patientin wahnhaft anmutende Gedanken, plante die Hochzeit mit einem erst vor kurzem kennengelernten jungen Mann, sah die Feier bereits vor sich, die sie in der Klinikkapelle abhalten wollte. Es schien, als würde die Patientin diesen Freund in ihrem Zimmer sehen und mit ihm Kontakt aufnehmen. Angesprochen auf Halluzinationen verneinte sie diese jedoch.

Unter Gabe von Clonazepam (Rivotril®) und Clozapin (Leponex®) kam es zu einer ungenügenden Beeinflussung des Zustandsbildes. Erst unter Behandlung mit Lithiumcarbonat (Quilonorm ret®) und Zuclopenthixol (Clopixol®) kam es zu einer anhaltenden deutlichen Besserung, so dass nach Verlegung auf eine offene Station und unter Einsatz weiterer therapeutischer Angebote wie Ergo-, Bewegungstherapie und Nähstube eine vollständige Rückbildung der Krankheitsperiode zu beobachten war. Vom Spital aus hatte die Patientin sich einen neuen Praktikumsplatz organisieren können sowie im Anschluss daran eine neue Lehrstelle. Aus den Beobachtungen des Stationsalltags und den Therapien kamen Rückmeldungen, dass die Patientin inzwischen wieder in der Lage war, konzentriert, mit Ausdauer und mit gutem Ergebnis die an sie gestellten Aufgaben zu erledigen. Es war daher damit zu rechnen, dass die Patientin die im Rahmen des Haushaltspraktikums an sie gestellten Forderungen bewältigen wird.

Vor dem Austritt wurde der Kontakt zu einer ambulanten psychiatrischen Institution hergestellt, die die Nachbetreuung übernahm.

Diskussion

Eine junge Patientin wurde wegen eines psychischen Ausnahmezustandes eingewiesen. Angesichts der Tatsache, dass die junge Frau sich in den letzten Tagen in Gesellschaft anderer Jugendlicher auf einem Volksfest aufgehalten hatte, war in erster Linie an einen *Intoxikationszustand* zu denken, sei es durch Alkohol, sei es durch illegale Drogen. Das auffallende Verhalten konnte man mit einiger Grosszügigkeit als angemessen bezeichnen. Wir fanden auch keine Anhaltspunkte für eine *organische Hirnerkrankung* oder ein *Abhängigkeits- oder Entzugssyndrom*.

Vom psychopathologischen Zustand erinnerte das Erscheinungsbild einerseits an eine Hebephrenie, andererseits an ein maniformes Zustandsbild. Erst bei weiterer Verlaufsbeobachtung und Einholung fremdanamnestischer Informationen konnte eine bessere differentialdiagnostische Abgrenzung erfolgen. Im Vordergrund der jetzigen Episode standen eine Antriebssteigerung, ausgeprägte Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen und eine inadäquat gehobene Stimmungslage. Psychotische

Züge fanden sich in einigen Wahnideen und in nicht ganz sicheren Hinweisen auf optische oder akustische Halluzinationen, die die Patientin nach Abklingen der Krankheitssymptome als solche verneinte.

Bei der Patientin fanden sich folgende der unter ICD10 F30.1 [10] beschriebenen klinisch-diagnostischen Leitlinien einer *Manie* ohne psychotische Symptome: situationsinadäquat gehobene Stimmung von sorgloser Heiterkeit, vermehrter Antrieb, Überaktivität, Rededrang und vermindertes Schlafbedürfnis, gestörte Aufmerksamkeit, starke Ablenkbarkeit. Die früher eher als gehemmt beschriebene Patientin hatte in den letzten Monaten wechselnde Beziehungen zu jungen Männern, erlebte sich selbst als verliebt und hatte Hochzeitspläne. Durch ihr Verhalten war ihre Praktikumsstelle als Haushaltshilfe gefährdet.

Bei Eintritt waren Ideenflucht und Rededrang in einem Ausmass vorhanden, dass die Patientin nicht mehr verstanden werden konnte. Die persönliche Hygiene war vernachlässigt worden. Im Verlauf wurden Wahngedanken geäußert, die als *synthym* bezeichnet werden können. Somit finden sich zusätzlich Symptome, die den Leitlinien einer *Manie mit psychotischen Symptomen* entsprechen (ICD10 F30.2). Für das Vorliegen einer *Schizophrenie* (ICD10 F 20) waren die betreffenden grundlegenden und charakteristischen Störungen von Denken und Wahrnehmung zu wenig ausgeprägt, die Affektivität war trotz häufiger Inadäquatheit nicht als insgesamt verflacht zu bezeichnen.

Wegen der bis vor wenigen Monaten unauffälligen Krankheitsanamnese kam eine *Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung* nicht in Betracht, da diese Störungen immer früh in der Entwicklung (gewöhnlich in den ersten fünf Lebensjahren) auftreten und gewöhnlich durch die Schulzeit bis in das Erwachsenenalter persistieren.

Bipolare affektive Störungen sind durch wiederholte (d.h. wenigstens zwei) Episoden charakterisiert, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört sind. Aufgrund der fremdanamnestischen Angaben waren bei der Patientin

bereits drei Episoden beobachtet worden, die mit Stimmungstief, vermindertem Antrieb und reduzierter Aktivität (Depression) einhergegangen waren. Zwischen diesen Episoden war es jeweils zu vollständiger Besserung gekommen. Der Grund für die jetzige Hospitalisation war nunmehr eine manische Episode, so dass insgesamt die Diagnose einer bipolaren Störung gestellt wurde. In der Familienanamnese fanden sich Hinweise auf eine familiäre Häufung depressiver bzw. manisch-depressiver Erkrankung.

Schlussfolgerungen

Im geschilderten Fall wurden die Schwierigkeiten einer differentialdiagnostischen Abklärung bei einer Jugendlichen mit einem auffälligen psychischen Verhalten gezeigt. Wie sich in letzter Zeit bei Untersuchungen herausgestellt hat [6], beginnt eine bipolare Erkrankung früh und hat einen merklichen Einfluss auf die psychosoziale Entwicklung. Gerade in der verletzlichen Entwicklungsphase eines pubertierenden Jugendlichen ist es notwendig, eine Diagnose frühzeitig zu stellen, um die entsprechende Therapie einleiten zu können. Nicht erkannte Krankheitsbilder können in dieser Zeit dazu führen, dass schwerwiegende Folgen im sozialen Bereich auftreten, beispielsweise durch das Scheitern einer schulischen oder beruflichen Laufbahn.

Neben den unbedingt notwendigen fremdanamnestischen Auskünften sind in der Literatur mehrfach DSM-diagnostische Kriterien [11] und diagnostische Interviews erwähnt, die eine diagnostische Abgrenzung erleichtern.

Obwohl eine bipolare Störung bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren zunehmend besser charakterisiert und folglich besser diagnostiziert wird, gibt es nur sehr wenige Daten über die pharmakologische Behandlung in der Jugend Erkrankter. Daraus ergibt sich die dringende Notwendigkeit weiterer klinischer Untersuchungen.

Literatur

- 1 Biedermann J, Faraone SV, Chu MP, Wozniak J. Further evidence of a bidirectional overlap between juvenile mania and conduct disorder in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:468–76.
- 2 Berenson CK. Frequently missed diagnosis in adolescent psychiatry. *Psychiatr Clin North Am* 1998;21:917–26, viii.
- 3 Mc Elroy SL, Strakowski SM, West SA, Keck PE Jr, McConville BJ. Phenomenology of adolescent and adult mania in hospitalized patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1997;154:44–9.
- 4 Sanchez L, Hagino O, Weller E, Weller R. Bipolarity in children. *Psychiatr Clin North Am* 1999;22:629–48.
- 5 Geller B, Sun K, Zimmerman B, Luby J, Frazier J, Williams M. Complex and rapid-cycling in bipolar children and adolescents: a preliminary study. *J Affect Disord* 1995;34:259–68.
- 6 Scott A. West. Adolescent Mania and Bipolar Disorder. *Medscape Mental Health* 2(10), 1997.
- 7 Reddy YC, Girimaji S, Srinath S. Clinical profile of mania in children and adolescents from the Indian subcontinent. *Can J Psychiatry* 1997;42:841–6.
- 8 Faraone SV, Biedermann J, Wozniak J, Mundy E, Mennin D, O'Donnell D. Is comorbidity with ADHD a marker for juvenile-onset mania? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1046–55.
- 9 Robb AS. Bipolar disorder in children and adolescents. *Curr Opin Pediatr* 1999;11:317–22.
- 10 Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Geneva: WHO; 1992.
- 11 DSM III R / IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. American Psychiatric Association; 1987.

Courrier des lecteurs

A propos d'Auguste Tissot

Suite à la publication du numéro spécial consacré à l'histoire de la Société suisse de psychiatrie, le Pr K. Karbowski nous a transmis les remarques suivantes concernant la biographie consacrée à Auguste Tissot (1728–1797):

1. C'est une question d'appréciation au sujet de l'appellation «psychiatre» pour le célèbre Dr Samuel-Auguste Tissot. Il était, en effet, généraliste, précurseur en matière d'hygiène médicale et neurologue, auteur du premier manuel exhaustif suisse de cette spécialité. Ses activités purement psychia-

triques se situaient, semble-t-il, au quatrième rang seulement.

2. Dans la biographie rédigée par M. Jacques Gasser, manquent trois données importantes:

- Le 30 janvier 1766, Tissot était nommé par les autorités bernoises professeur de médecine de l'Académie de Lausanne.
- De fin novembre 1781 jusqu'à juin 1783, il a occupé la chaire de médecine théorique et pratique de l'Université de Pavie.
- Son œuvre scientifique la plus importante était le «traité de l'épilepsie, faisant le tome troisième du traité des nerfs et de leurs maladies», publié en 1770. Cette

œuvre a gardé jusqu'à nos jours, en de nombreux points, toute sa validité. Elle contient des descriptions claires et précises d'à peu près toutes les formes de crise épileptique. Son auteur peut être considéré comme l'un des fondateurs – si ce n'est comme le fondateur – de l'épileptologie moderne.

Référence

- Karbowski K. Samuel-Auguste Tissot (1728–1797): Zum 200. Todestag. *Schweiz Med Wochenschr* 1997;127:1161–7.