

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.