

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

MANIE

Teil 10: Im Kindes- und Jugendalter

Scheinbar selten, meist schwer zu erkennen, ggf. jedoch folgenschwer: Die Manie im Kindes- und Jugendalter. Kurz meist, aber dann oft jeden Rahmen sprengend.

Schwierig - vor allem in diesem Alter - die Abgrenzung zwischen grenzwertigem Fehlverhalten und krankhaftem manischen Zustand. Was also gilt es zu wissen und was sollte man nach entsprechender fachärztlicher Diagnose tun?

Erwähnte Fachbegriffe:

Manie im Kindes- und Jugendalter – Krankheitsbild – Auslöser – Häufigkeit – Geschlecht – erste Symptome – erbliche Belastung – Verlauf – Dauer – Prognose – Differentialdiagnose – seelisches und vor allem psychosoziales Krankheitsbild – Erfahrungsberichte von Eltern, Lehrern, Ärzten, Sozialarbeitern etc. – Akutbehandlung – Aufklärung – familiäre Konsequenzen – drohende Rest-Symptomatik u. a. .m.

MANIE IM KINDES- UND JUGENDALTER

Die *Manie im Kindes- und Jugendalter* ist in ausgeprägter Form wohl selten, vor allem aber schwer erkennbar. Dabei wurde sie schon zu Beginn des letzten Jahrhunderts sehr treffend beschrieben: übermütig, ausgelassene Stimmung,

Selbstüberschätzung, z. T. „perverse Begehungen und Strebungen“, im Extremfall „Zornmütigkeit“.

Dass sie dennoch bis heute so häufig verkannt wird, ist eine traurige Erfahrung (Verwahrlosungsgefahr!) und geht u. a. auf folgende Ursachen zurück:

1. Das Beschwerdebild affektiver Psychosen (Gemütskrankheiten wie Depression und Manie) ist alters- und entwicklungsabhängig. In jungen Jahren kann es sich vom erwachsenen-typischen Erscheinungsbild deutlich unterscheiden und ist vor allem nicht so „lehrbuchmäßig“ wie im mittleren Lebensalter. Deshalb ist es so wichtig, dass man sich über das depressive oder manische Syndrom im Kindes- und Jugendalter ausreichend informiert.
2. Bei Jugendlichen mit manischen Phasen finden sich häufig bestimmte Auslöser (und nicht Ursachen - s. u.), die zunächst als Erklärung für die Verhaltensänderungen herangezogen werden: Schul- und Ausbildungsprobleme, Pubertäts- oder Reifungskrisen, Ablösungskonflikte, Beziehungsschwierigkeiten mit Gleichaltrigen, so genanntes Norm- bzw. Wertesuchverhalten u. a.

Das alles sind jedoch alterstypische Belastungen, die besonders bei einem phasenhaften Verlauf, d. h. einer plötzlichen Verhaltensänderung bei zuvor eher angepasster Persönlichkeitsentwicklung hinterfragt werden sollten.

3. Am häufigsten werden manische Phasen als Hyperaktivität, dissoziale Störung, Trotzreaktion usw. interpretiert. Bei Verdacht auf Rauschdrogen-Missbrauch werden manische Zustandsbilder oft irrtümlich auf den Drogenkonsum zurückgeführt. Dabei kann dieser jedoch bereits eine Folge der manischen Phase sein und nicht umgekehrt. Daran ist vor allem dann zu denken, wenn die Persönlichkeitsstruktur des Betroffenen vor dem manischen Syndrom eher angepasst war.

Epidemiologische Aspekte: Der Ausbruch depressiver und manischer Gemütsstörungen vor dem 20. Lebensjahr ist selten. Oder besser: Er wird relativ selten rechtzeitig erkannt, vor allem bei mittelschweren oder leichteren Verlaufsformen. Denn nur die schweren und damit stationär behandlungsbedürftigen Krankheitsfälle kommen in die Fachklinik und können deshalb auch konkret erfasst werden. Man vermutet aber, dass etwa 15 %, nach anderen Untersuchungen bis zu einem Drittel der manisch-depressiven Erkrankungen erstmals zwischen 15 und 20 Jahren ausbrechen. Deshalb ist an eine hohe Dunkelziffer zu denken.

Geschlecht: Das männliche Geschlecht soll häufiger betroffen sein.

Alter: Affektive Psychosen, also manische und depressive Gemütskrankheiten können schon um das 10. Lebensjahr und früher auftreten.

Eine *erbliche Belastung* lässt sich umso häufiger feststellen, je konsequenter nachgefragt wird. Besondere Vorsicht ist geboten, wenn eine manisch-depressive Erkrankung in der familiären Vorgeschichte in zwei oder drei Generationen erkennbar ist.

Verlauf und Dauer: Die Manie im Kindes- und Jugendalter kann - wie die Erwachsenen-Manie - in ganz unterschiedlicher Form ausbrechen: zum einen plötzlich, aber auch mit mehrtägigen, manchmal mehrwöchigen Vorposten-Symptomen. Die Dauer erstreckt sich von wenigen Tagen über einige Wochen, bisweilen auch Monate hinweg. Es kommen schnelle und langsame Genesungs-Verläufe mit und ohne Rückschläge vor, mitunter auch jähe Stimmungs-Umschläge.

Eine Manie im Kindes- und Jugendalter äußert sich oftmals in auffällig kurzen Phasen. Dabei können sich manische und depressive Zustände rasch abwechseln, manchmal sogar innerhalb von Tagen, bisweilen Stunden, z. B. vom Vormittag auf den Nachmittag.

Prognose: Die Heilungsaussichten sind gut. Meist kommt es zur völligen Wiederherstellung ohne Schädigung der geistigen Fähigkeiten oder seelischen Verfassung. Eine chronische Manie im Jugendalter ist selten. Gehäufte manische Episoden können aber ein ernstes Hindernis für die geistige und psychosoziale Entwicklung werden. Bei sehr frühem und unbehandeltem Krankheitsbeginn drohen verstärkt kognitive Ausfälle (vorn Lat.: cognoscere = erkennen).

Sichere Prädiktoren (Vorhersage-Kriterien) gibt es nicht. Immerhin zeichnen sich - rein erfahrungsmäßig - einige Hinweise auf einen ungünstigen Heilungsverlauf ab: 1. früher Beginn, vor allem mit einer oder gar mehreren manischen Phasen schon in den ersten Erkrankungsjahren (manisch-depressive Psychosen mit Beginn im Jugendalter fangen öfter mit manischen Episoden an, nach einigen Untersuchungen 3-mal häufiger als depressive). 2. Wiederholte Suizidrohungen oder gar suizidale Handlungen (Vorsicht: bei Kindern ist die Selbsttötung noch sehr selten, bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen jedoch bereits nach Unfällen die häufigste Todesursache!). 3. Ausgeprägte hypomani-sche (leichtere manische) bis aggressive Stimmung trotz konsequenter medikamentöser Behandlung. 4. Gleichzeitig vorliegende Persönlichkeitsstörung. 5. Schneller Phasenwechsel (rapid cycling). 6. Mangelhafte Therapietreue und geringe Einnahmezuvverlässigkeit bei den verordneten Arzneimitteln. 7. Überkontrollierendes Erziehungsverhalten der Familienmitglieder (s. u.). 8. Unbefriedigende geistige Entwicklung oder gar intellektueller Rückgang, ggf. durch gestörte Gehirnfunktionen.

Eine besondere Vorsicht und konsequente Psycho- und Pharmakotherapie empfiehlt sich also bei frühem Beginn, vor allem noch mit einer oder mehreren manischen Episoden mit erblicher Belastung.

Differential-diagnostische Aspekte: Die Frage, mit was kann eine Manie verwechselt werden, ist besonders im Kindes- und Jugendalter von Bedeutung (s. o.). Schon früher wurde darauf hingewiesen, dass „Verhaltensmerkmale, die besonders in den so genannten Flegeljahren ins Üppige schießen, etwas Verwandtes mit der Manie hätten“, was die rechtzeitige Unterscheidung erschwere. Was die Manie aber von der normalen „Jugendtollheit“ trenne, sei der Umstand, dass bei der manischen Überdrehtheit eine normale Müdigkeit und der gesunde Schlaf ausblieben. Das ist auch heute noch ein gutes Unterscheidungsmerkmal. Und: Stimmungsschwankungen sind in der Pubertät an der Tagesordnung. Tritt aber bei einem jahrelang unauffälligen und ausgeglichen dahinlebenden Kind die Neigung zu unmotivierten Stimmungsausschlägen zutage, muss auch an eine krankhafte Gemütsveranlagung gedacht werden.

Unterscheidungsschwierigkeit mit konkreten Krankheitsbildern gibt es bei Störungen des Sozialverhaltens (dissoziales Syndrom), dem hyperkinetischen Syndrom und gelegentlich bei schizoaffektiver Psychose oder paranoider (wahnhafter) Schizophrenie. Tatsächlich kann die Abgrenzung gegenüber einer schizophrenen Psychose im Kindes- und Jugendalter schwierig werden. Nicht selten wird eine Schizophrenie diagnostiziert, wo eigentlich (noch) eine Manie vorliegt. Deshalb spricht man in kinder- und jugendpsychiatrischen Fachkreisen lieber von einer „endogenen Psychose“ (dem Überbegriff), und nicht von einer Schizophrenie oder Manie (den konkreten Diagnosen), bis man sich sicher ist. Dabei helfen vor allem die Symptome: grundlos gehobene Stimmung, Größenideen, Gereiztheit, Schlaflosigkeit und Antriebsüberschuss weiter, die meist von kurzer Dauer sind und im raschen Phasenwechsel mit depressiven Zuständen abwechseln.

Außerdem muss man zwischen einer echten Manie und der in diesem Alter häufigeren „maniformen Abwehr von Konflikten“ unterscheiden. Darunter versteht man ein manie-ähnliches Verhalten, mit dem bestimmte innerseelische bzw. zwischenmenschliche Probleme vom Bewusstsein und damit von einer - vielleicht schmerzlichen - Lösung ferngehalten werden soll. Diese psychologisch ausgelöste Umtriebigkeit ist in der Tat öfter anzutreffen.

Das manische Krankheitsbild im Kindes- und Jugendalter

Das manische Krankheitsbild in dieser Altersspanne ist vor allem durch folgende Verhaltensauffälligkeiten charakterisiert:

- Allmählich oder plötzlich zunehmende uneinfühlbare Aktivität bzw. Rast- und Ruhelosigkeit mit überbordender Betriebsamkeit, zielloser Umtriebig-

keit, gesteigerter Impulsivität, kräftezehrender Hektik („auf vollen Touren“) und sprunghaften Handlungen bis hin zu sinnlosem Weglaufen („Abhauen“).

- Grundlos oder übertrieben heiter und ausgelassen mit inhaltslosem Glücksgefühl, Fröhlichkeit, „Schweben“ und Unfähigkeit, die anstehenden Probleme zu realisieren.
- Neigung zu ungewöhnlicher Albernheit und Blödelei, zu Schabernack und derben Späßen.
- Gelegentlich missgestimmt, unkonzentriert-unruhig-gespannt, gereizt, aggressiv, „ungezogen“, „aufsässig“, „frech“, sich in alles einmischend. Im Extremfall kann sich dieses Verhalten bis zur nackten Rücksichtslosigkeit oder gar Zerstörungswut aufschaukeln.
- Ideenflucht mit ausgeprägtem Rededrang und auffallender Sprunghaftigkeit (ohne festes Gedankenziel, sich in Nebensächlichkeiten verlierend) bis zu lockeren Verknüpfungen von Wort- und Klangassoziationen; im Extremfall völlig verworren („sinnloses Geplapper“).
- Unverständlicher Schreib- und Bewegungsdrang: Denkschriften (in plötzlich großartigem Schriftbild) an Schulbehörden mit Reformvorschlägen, distanzlose Kontaktversuche zu allen erdenklichen Persönlichkeiten - bekannt oder unbekannt usw.
- Schlaf scheint nicht nötig, und wenn, dann zu unüblichen Schlafzeiten.
- Ggf. unrealistische Größenideen bis hin zum Größenwahn (Fußball-, Pop- oder Filmstar).

Erfahrungsberichte

Bei den Hinweisen, Klagen oder Eintragungen von Eltern, Lehrern, Ärzten usw. häufen sich immer wieder folgende Bemerkungen: rastlos, schlaflos, enthemmt, Selbstüberschätzung, unverständliche Ausgelassenheit, Flegelhaftigkeit, Einreißen von Tabu-Schranken, Selbstüberschätzung, Wutausbrüche, krankhafte Heiterkeit, Beschleunigung des Vorstellungsablaufs, ungewöhnlich gesteigerter Bewegungsdrang, Ideenflucht mit unaufhörlichem schnellem Sprechen: Eltern und Lehrer kommen nicht mehr zu Wort, das Kind schwatzt beim Unterricht fortwährend dazwischen und kommt vom Hundertsten ins Tausendste.

Ferner Faden-Verlieren, Sätze und Worte ohne Zusammenhang oder ganz oberflächlich nach Klangähnlichkeiten verbunden, vorlautes Gebaren, Auflehnung gegen die Autorität von Eltern und Lehrern, phantastische Zukunftspläne,

unrealistische Größenideen, wie aufgezogen, in der Schule unerzogen und frech, „große Klappe“, fällt völlig aus dem Rahmen, verändertes Schriftbild, habe sich „total verliebt“, mit anderen sexuell eingelassen, sei schwanger (gynäkologisch untersucht: stimmt nicht). Angesichts dieser Schwangerschaft sei alles andere unerheblich, tanzt verzückt umher, hemmungslos, beschleunigtes Denken, keinerlei Distanz mehr zur Umwelt, verminderte Gesamtschlafzeit, besonders in der ersten Nachthälfte.

Beglückungsideen, außergewöhnlicher Tatendrang, schneidet sich die Haare ab, färbt sie in Schockfarben, kleidet sich verrückt ein, schneidert sich eine eigene Garderobe, entwendet Süßigkeiten, beißt sie an, legt sie wieder angebissen zurück.

Trotz guter Mathematik-Kenntnisse kann keine Aufgabe mehr zu Ende gerechnet werden, läppisch, distanzlos, unausstehlich, vorlaut, dreht ständig den Fernsehapparat lautstark an oder bestimmt selbstherrlich das Programm. Ungezügelt, lacht, schwatzt, geltungssüchtig, macht ständig Theater, impulsiv, wechselhaft, durch Ermahnungen nicht zu beeindrucken, oberflächlich, liederlich, fast ununterbrochen in Bewegung, clownhafte Übertreibungen, lacht anhaltend los, fast schon unangenehm gehobene Stimmung.

„Vergewaltigt“ jedermann allein durch sein dominierendes Auftreten, lässt sich nur bei peinlichen Fragen kurzfristig beeindrucken, nimmt keinerlei Probleme ernst oder zumindest zur Kenntnis, blödeln den ganzen Tag umher, peinliche Späße, kritischschwach.

Plötzlich gereizt oder niedergeschlagen, rücksichtslos, zerstört gezielt Lieblingsgegenstände anderer, blinde Wut, plappert sinnlos drauf los, entwickelt eine „größenwahnsinnige Schrift“, schreibt endlose Briefe, die eine Mischung aus Schrift und Zeichnungen darstellen, belästigt damit die (Schul-)Behörden, ruft dauernd an, hält sich für eine Pop-Star und nervt alle mit lauten Gesangsdarbietungen und miserabler Gitarrenbegleitung u. a. m.

Am häufigsten finden sich folgende Kennzeichen einer Manie im Kindes- und Jugendalter: inadäquat-gehobenes Gefühl im Sinne von Fröhlichkeit, Gutgehen, Schweben oder Neigung zu übertriebener Albernheit und Blödelei. - Reizbarkeit, unruhig-gespanntes, vor allem aber ungezogenes bis frech-aufsässiges, sich in alles einmischendes Verhalten. - Überaktivität, Rededrang, manchmal unverständliches Geplapper. - Vermehrte Ablenkbarkeit bis zur Sprunghaftigkeit oder gar Ideenflucht. - Kein „normales“ Schlafbedürfnis. - Ggf. unrealistische Größenideen.

Abwarten oder handeln?

Sicherlich kann es gerade im Kindes- und Jugendalter schwer werden, zwischen einem noch tolerierbaren (Fehl-)Verhalten in diesem Altersabschnitt mit seinen spezifischen Schwierigkeiten und Problemen und einer beginnenden manischen Gemütskrankheit zu unterscheiden. Gerade hier sollte man es ja vermeiden, junge Menschen vorschnell zu „psychiatrisieren“, wie die begründete Warnung lautet. Andererseits haben seelische Krankheiten in der Regel umso nachhaltigere Folgen, je früher sie ein junges Leben beeinträchtigen, das ja mitten in einem vielschichtigen und damit empfindlichen Entwicklungsprozess steht, von den psychosozialen Folgen (Schule, Lehre, Prüfungen, Freundschaften) ganz zu schweigen.

Auf die immer wieder gestellte Frage: Handelt es sich um eine (negative) Persönlichkeitsentwicklung, die das ganze Leben beschweren wird, oder um eine Manie im Kindes- und Jugendalter? gibt es die schon mehrfach erwähnte Antwort bzw. Frage an den Beobachter: Sind es mehr oder weniger lange, meist aber kürzere Episoden, nach denen der Betroffene wieder zu einer „normalen“ Wesens- und Lebensart zurückfindet, oder liegt ein weitgehend kontinuierliches (Fehl-)Verhalten vor, was keine Normalisierung mehr signalisiert?

Die Entscheidung ist allerdings schwer zu treffen und wahrscheinlich nirgends so schwierig wie in dieser Altersstufe. Daraus resultiert auch die häufig abwartende, d. h. nach außen unsicher erscheinende Haltung aller Beteiligten einschließlich der konsultierten (Fach-)Ärzte und Psychologen. Hier einen vertretbaren Mittelweg zu finden, ist in der Tat mühsam. Deshalb gilt die immer wiederholte Empfehlung: sich gezielt informieren, aber nicht überreagieren. Und bei Unklarheit lieber einmal den Arzt bzw. Kinderpsychiater zu viel konsultieren.

Allgemeine Hinweise zur Behandlung im Kindes- und Jugendalter

Die *Akutbehandlung* manischer und depressiver Gemütsleiden im Kindes- und Jugendalter wird vom klinischen Bild bestimmt. Im Zentrum stehen Psychotherapie, physiotherapeutische, beschäftigungstherapeutische und heilpädagogische Maßnahmen, dazu eine gestufte Belastung in Schule und Ausbildung sowie die Elternberatung. Häufig muss der junge Patientin einer kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilung behandelt werden: bei manischen Phasen wegen unzureichender Krankheitseinsicht mit allen Folgen, bei ausgeprägten depressiven Phasen wegen der drohenden Selbsttötungsgefahr.

Bei den psycho- und soziotherapeutischen Aspekten wird der hinzugezogene Kinder- und Jugendpsychiater auf folgende Schwerpunkte achten:

- *Aufklärung*: Viele Eltern mit einem manischen Kind haben erhebliche Schuldgefühle, was sie alles falsch gemacht hätten. Das ist kein Wunder, wenn man sich das manische Krankheitsbild noch einmal vor Augen hält. Hier

wirkt die Aufklärung über die wirkliche Natur des Leidens entlastend. Auch birgt sie die Möglichkeit des vernunftgesteuerten Umgangs mit allen Problemen und Missverständnissen, die durch das immer neue „Fehlverhalten“ ständig angeheizt werden.

Wichtig ist auch eine vorbehaltlose und umfassende Aufklärung über Früherkennungsmerkmale bei einem drohenden Rückfall. Diese Aufklärung gilt nicht nur den Eltern und sonstigen Angehörigen, sondern auch dem Kranken selber. Gerade hier ist es besonders wichtig, einen guten therapeutischen Zugang zum Patienten aufzubauen, damit dieser in den noch nicht kritisch erlebten ersten Tagen eines sich ankündigenden Rückfalls aus eigenem Antrieb den Arzt aufsucht.

Im positiven Falle ist dies der größte Erfolg, den man sich wünschen kann. Im negativen drohen gehäufte und immer schwerere Rückfälle, die schließlich nicht einmal mehr durch eine konzentrierte medikamentöse und psycho- sowie soziotherapeutische Dauer-Vorbeugung in den Griff zu bekommen sind. Gerade in jungen Jahren sind also Aufklärung und tragfähiger persönlicher Kontakt die wichtigsten Grundlagen.

- Die *familiären Konsequenzen* einer oder gar mehrerer manischer Episoden mit allen Folgen sind ein weiterer, belastender Faktor, der gezielt neutralisiert werden muss. Wieder gilt es sich das manische Syndrom im Kindes- und Jugendalter vor Augen zu halten, um zu verstehen, dass sich das familiäre Bezugssystem radikal ändern kann, sogar in den gesunden Intervallen zwischen den manischen (und depressiven) Phasen.

Für das Verhalten der Angehörigen, besonders bei jung erkrankten Patienten, wurde hier ein Fachbegriff geschaffen, den man „expressed emotions“ (EE) nennt. Er bezieht sich ursprünglich auf das Verhältnis zwischen Eltern (vor allem Mutter) und schizophrenen Jugendlichen (am häufigsten dem Sohn). Damit wird ein überkontrollierendes, überkritisches, einengendes und ggf. ablehnendes Verhalten der Familienmitglieder mit eingeschränkten Bewältigungsmöglichkeiten bei normalen Lebensereignissen (z. B. Schulmisserfolg) und vor allem bei außergewöhnlichen Belastungen beschrieben. Im Allgemeinen nimmt sich der hinzugezogene Kinder- und Jugendpsychiater neben der medikamentösen Langzeitbehandlung vor allem dieses Problems an und versucht durch intensive psychotherapeutische Behandlung während und zwischen den Phasen unter Einschluss der ganzen Familie die daraus erwachsenden Gefahren abzumildern.

- *Rest-Symptomatik*: Die Heilungsaussichten einer manisch-depressiven Erkrankung, selbst wenn sie im Kindes- und Jugendalter ausgebrochen ist, sind an sich gut, eine rechtzeitige Diagnose und konsequente Therapie vorausgesetzt. Es gibt aber auch so genannte affektive Residualzustände, also nicht oder nur schwer ausheilende gemütsmäßige Restbeschwerden.

Auch im Jugendalter kann es bei mangelnder Therapietreue und Einnahmeverlässlichkeit der verordneten Medikamente, noch mehr natürlich bei unerkannten, unbehandelten oder inkonsequent mitmachenden Patienten zu einem abgestumpften Gemütszustand, geminderter emotioneller Mitbeteiligung und reduzierter Reaktionsfähigkeit kommen, kompliziert durch gelegentlich überschießende Gefühlsreaktionen. Dies und die Neigung zum Verdrängen der unangenehmen Erfahrungen und Erinnerungen erschweren eine Betreuung erheblich. Kommen dazu noch schwere oder ungern tolerierte Nebenwirkungen durch die medikamentöse Phasen-Vorbeugung, ist die Therapietreue in Frage gestellt - mit allen Folgen. Auch das bedarf einer geduldigen kinder- und jugendpsychiatrischen Mitbehandlung in Zusammenarbeit mit Hausarzt und Angehörigen.

Pharmakotherapie: Die medikamentöse Akuttherapie und Rückfall-Prophylaxe im Kindes- und Jugendalter unterscheidet sich nicht wesentlich von der von erwachsenen Patienten mit einer manisch-depressiven Erkrankung. Einzelheiten siehe die dafür zuständigen Kinder- und Jugendpsychiater.

Schlussfolgerung

Die Manie im Kindes- und Jugendalter ist scheinbar selten, auf jeden Fall aber schwer zu erkennen. Vor allem leichtere (hypo-)manische Hochstimmungen treten wahrscheinlich öfter auf, werden allerdings zumeist fehlinterpretiert oder hingenommen. Charakteristisch sind relativ kurze Krankheits-Episoden, rascher Phasenwechsel, manchmal innerhalb von Tagen, bisweilen Stunden umschlagend sowie eine Vielfalt der Ausdrucksformen im psychosozialen Bereich. Auf erbliche Belastung achten.

Krankheitsbild: allmählich oder plötzlich zunehmende uneinfühlbare Aktivität bzw. Rast- und Ruhelosigkeit mit überbordender Betriebsamkeit, zielloser Umtrieblichkeit, gesteigerter Impulsivität, kräftezehrender Hektik und sprunghaften Handlungen bis hin zu sinnlosem Weglaufen. Grundlos oder ungewöhnlich („unnormale“) heiter und ausgelassen mit inhaltlosem Glücksgefühl, Fröhlichkeit, übertriebener Albernheit und Blödelei, derben Spaßes und Größenideen. Gelegentlich auch missgestimmt, unkonzentriert-unruhig-gespannt, gereizt, aggressiv, „ungezogen“, „frech“, „aufsässig“. Ausgeprägter Rededrang mit thematischer Sprunghaftigkeit. Unverständlicher Schreib- und Beschäftigungsdrang. Distanzlose Kontaktversuche zu allen erdenklichen Persönlichkeiten - bekannt oder unbekannt.

Sicherlich sind die Grenzen bisweilen fließend zwischen einem - in diesem Alter nicht so seltenen - angetrieben-distanzlose Fehlverhalten und einem krankhaften manischen Zustand. Deshalb soll man zwar nicht überreagieren, sich aber bei wiederholtem Auftreten gezielt informieren und lieber den Arzt bzw.

Kinderpsychiater einmal zu viel als Zuwenig konsultieren. Denn im unbehandelten Krankheitsfalle sind die Heilungsaussichten ohne konsequente psycho-, sozio- und ggf. Pharmakotherapie nicht so günstig.

Wichtig ist vor allem eine umfassende Aufklärung und der konsequente Einbezug der Angehörigen.