Gunilla Olsson, dr med sci, leg läkare, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, institutionen för neurovetenskap, barn- och ungdomspsykiatri, Uppsala universitet; överläkare, barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Centrallasarettet, Västerås *(gunilla.olsson@bupinst.uu.se)*

Bipolär sjukdom hos barn och tonåringar – en diagnos under debatt

Sammanfattat

Bipolär sjukdom förekommer hos tonåringar och även hos barn. Diagnosen är inte helt lätt att ställa, eftersom sjukdomsbilden ofta skiljer sig från den klassiska med tidsmässigt klart avgränsade längre episoder av mani och depression.

Tonåringar har ofta mycket snabba växlingar mellan depressiva och hypomana faser, ofta kortare än de fyra dagar som är minimitid för hypoman episod och de 14 dagar som krävs för depressiv episod. Tillståndet är svårt att skilja från borderline personlighetsstörning och uppförandestörning. När det föreligger psykotiska symtom är det svårt att skilja från schizofreni.

Hos barn förekommer till synes kontinuerliga tillstånd av manisk karaktär med viss fluktuation i symtomens allvarsgrad. Som regel företer barnen samtidigt bilden av ADHD (uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet). De symtom som hör till en manisk bild, men inte till ADHD, är förhöjd sinnesstämning, grandiositet, minskat sömnbehov, tankeflykt och ökad sexuell upptagenhet.

Det tog lång tid innan man inom psykiatrin kunde enas om vad som skulle betecknas som depression hos barn och tonåringar. Det ansågs länge att barn inte hade tillräcklig psykologisk mognad för att en egentlig depression skulle kunna komma till uttryck. Inte förrän 1980 bestämdes att man skulle använda samma kriterier som för vuxna, och detta skrevs in i den amerikanska psykiatriklassifikationen DSM, det diagnostiska system som används i psykiatrisk forskning världen över (Fakta 1). Dessförinnan hade det pågått en livlig debatt om symtomen och diagnosen. Nu befinner vi oss mitt i en motsvarande debatt om de maniska tillstånden hos barn och tonåringar.

Redan 1921 hade Kraepelin skrivit att mani förekom hos barn. Därefter publicerades först 1960 en beskrivning av mani hos barn [1]. I Uppsala startade Anna-Lisa Annell redan 1965 framgångsrika behandlingar med litium mot maniska och depressiva symtom hos tonåringar [2]. Hon visade att litium även hade effekt på lite olika former av episodiska symtom som debuterat före puberteten, och hon misstänkte att det var förelöpare till manodepressiv sjukdom [3].

I USA kom på 1970-talet flera artiklar om bipolär sjukdom hos tonåringar. Man hade funnit att det var relativt vanligt att deprimerade tonåringar senare även fick hypomana eller maniska episoder och att den antidepressiva behandlingen kunde behöva förstärkas med litium (Fakta 2). Man började misstänka att ett tillstånd präglat av affektlabilitet, irritabilitet och explosiva utbrott hos barn var av bipolär karaktär. Mani hos barn ansågs av vissa forskare vara underdiagnostiserat, och det kom rapporter om att barn med ADHD (uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet) i förvånande stor utsträckning verkade ha maniska tillstånd. Man hade också sett att depression hos barn under behandling med tricykliska antidepressiva slagit om till maniska tillstånd.

Dessa fynd ledde till att man i amerikansk barnpsykiatri samlade forskarna på området till en konferens 1992, från vilken redovisades en rad artiklar 1995 [4]. Där påtalades att mani hos unga inte fick rätt diagnos och att det fanns stor risk för att depression i mycket tidiga år utgjorde första episoden av en bipolär sjukdom. Man hade också sett exempel på extremt snabbt växlande bipolära tillstånd hos tonåringar och dessutom funnit att bipolära tillstånd ofta var kombinerade med uppförandestörning. Nu hade man också färdiga studier med en skattningsskala för mani hos barn. Forskargruppen enades om att det var brådskande att samla in kunskap för att bättre förstå vilka uttryck bipolär sjukdom tar sig i unga år och hur sjukdomen skall behandlas.

Två år senare publicerades riktlinjer för bedömning och behandling av bipolär sjukdom hos barn och tonåringar. Behandlingsförslagen var huvudsakligen baserade på erfarenheter från behandling av vuxna, eftersom det ännu fanns få studier av farmakologisk behandling av barn och tonåringar [5].

Förekomst

En stor undersökning av tonåringar i USA har funnit en livstidsprevalens av bipolär sjukdom på knappt 1 procent, medan punktprevalensen var 0,5 procent. Det handlade framför allt

Fakta 1

Egentlig depressionsepisod hos barn och unga enligt DSM-IV

A. Sammanlagt fem av följande symtom under två veckor och större delen av tiden. Något av de två första måste ingå:
   1. nedstämdhet eller överdriven irritabilitet
   2. påtagligt minskat intresse eller oförmåga att känna glädje
   3. dålig eller ökad aptit, nedgång eller uppgång i vikt
   4. sömnlöshet eller ökad sömn utöver det normala
   5. psykomotorisk agitation eller hämning
   6. trötthet, minskad energi
   7. känslor av värdelöshet eller inadekvata skuldkänslor
   8. svårighet att koncentrera sig, tänka eller fatta beslut
   9. återkommande tankar på döden eller på självmord

1. Får ej uppfylla kriterierna för blandad episod depression–mani
2. Försämrad funktionsförmåga i arbete, sociala aktiviteter eller relationer
3. Tillståndet är inte en direkt effekt av någon form av drog
4. Tillståndet går inte att beskriva som normal sorg

Fakta 2

Hypoman/manisk episod enligt DSM-IV

1. Förhöjd, expansiv eller irritabel sinnesstämning under minst sju dagar för mani och fyra dagar för hypomani

B. Under sjukdomsperioden minst tre av nedanstående symtom (fyra om enbart irritabel sinnesstämning):
   1. ökad självkänsla eller storhetsidéer
   2. minskat sömnbehov
   3. pratar mer än vanligt
   4. tankeflykt eller upplevelse att tankarna går för fort
   5. lättdistraherad, svårt koncentrera sig
   6. ökad målinriktad aktivitet
   7. ger sig in i allt lockande utan tanke på följder, omdömeslös sexuellt

C. Fyller inte kriterierna för blandad episod

D. Försämrad funktionsförmåga i arbete, sociala aktiviteter eller relationer vid mani och klart förändrad funktion vid hypomani. Om sjukhusvård krävts blir diagnosen alltid mani

E. Tillståndet är ej en direkt effekt av någon form av drog

Fakta 3

Bipolär sjukdom och dess olika former enligt DSM-IV

Bipolär I
En manisk episod har förekommit
Egentlig depression eller dystymi kan ha förekommit, men krävs inte
Blandtillstånd av depression och mani räknas hit
Försämrad funktionsförmåga i arbete, sociala aktiviteter eller relationer har funnits

Bipolär II
Minst en episod av egentlig depression har förekommit
Minst en episod av hypomani, men ingen episod av mani har förekommit
Försämrad funktionsförmåga i arbete, sociala aktiviteter eller relationer har funnits

Blandad episod
Fyller kriterierna för mani och depression samtidigt under minst en vecka

»Rapid cycling«
Under ett år har minst fyra episoder av förändrad sinnesstämning förekommit
Kan gälla både bipolär I och II

om bipolär II, dvs hypomana tillstånd omväxlande med depressioner (Fakta 3). Dessutom fann man i samma studie maniska symtom utan att kriterierna för diagnos var uppfyllda hos 5,7 procent av tonåringarna [6]. Dessa ungdomar hade dock som regel inte utvecklat bipolär sjukdom under de närmast följande åren. De företedde i en uppföljande undersökning vid 24 års ålder snarare en bild av kronisk depression än av bipolärt syndrom [7]. I en annan amerikansk omfattande epidemiologisk studie av barn, 9, 11 och 13 år gamla, har man inte funnit några fall av bipolär sjukdom [8]. Båda dessa studier baserar sig på skolundersökningar, och barn och ungdomar med kraftig funktionsnedsättning kan tänkas undgå upptäckt eftersom de inte befinner sig i skolan.

I ett kliniskt material av 6–10 år gamla pojkar remitterade för emotionella och beteendemässiga störningar uppfyllde 9 procent kriterierna för mani [9]. I ett annat material med barn 5–12 år gamla inlagda på klinik, rapporterade föräldrarna att hälften av barnen hade maniska symtom utan att ha fullt utvecklad manisk bild. Detta bekräftades också av beskrivningar från deras lärare [9].

Bipolär depression

Det första skovet av en bipolär sjukdom i unga år har vanligtvis formen av en depression, och det är oftast under en depressiv episod föräldrarna söker hjälp [10]. Tonåringar som vårdats inneliggande för depression utvecklade i 20 procent av fallen bipolär sjukdom inom fem år [11]. Det är i synnerhet djup depression med akut debut som predicerar bipolär utveckling [12]. Barn med allvarlig depression före puberteten har vid uppföljningar redan efter några år visat sig utveckla maniska eller hypomana tillstånd i så stor utsträckning som 30–40 procent [13]. I en tioårsuppföljning hade en tredjedel fått nya depressioner, en tredjedel hade utvecklat bipolär sjukdom med maniska skov, och ytterligare 15 procent hade någon form av bipolär eller cyklotym sjukdom [14].

Den vanligaste åldern för debut av symtom på bipolär sjukdom är övre tonåren, och sammanlagt har 60 procent daterat debuten före 20 års ålder enligt retrospektiva undersökningar [15]. Detta betyder dock inte att diagnosen blivit ställd och behandling insatt. Från studier av vuxna med bipolär sjukdom framgår att två tredjedelar från början fått fel diagnos och att det för en tredjedel dröjt tio år innan korrekt diagnos ställts [16].

Definition och klinisk bild

Bipolär sjukdom hos barn och tonåringar kan fylla gängse DSM-kriterier och te sig som klara episoder av depression och mani eller hypomani. I sådana fall uppstår inget problem

Fakta 4

Maniska symtom som differentierar tidig bipolär sjukdom från ADHD

Minst ett av de två första bör krävas för diagnos [23]:

1. Förhöjt stämningsläge
2. Grandiositet
3. Minskat sömnbehov
4. Tankeflykt
5. Översexualiserat beteende

med diagnosen. Problemet uppstår med de till synes maniska tillstånd vi möter hos barn och tonåringar och som inte fyller gängse DSM-kriterier. Tonåringar har en lite annorlunda symtombild vid mani med mer irritabilitet och affektlabilitet, och de har oftare inslag av depression och psykos [17].

Hos tonåringar möter vi emellanåt en bild med hypomani och depression som växlar snabbt, i vissa fall så gott som dagligen eller till och med flera gånger om dagen. Det betyder att de maniskt präglade episoderna blir kortare än de fyra dagar som krävs för diagnosen hypoman episod. Tillståndet kan inte med nuvarande definitioner kallas »rapid cycling«, men man har använt termer som »ultradian rapid cycling« eller har klassat det som bipolärt blandtillstånd, »mixed mania«. Det är svårt att få fram om tonåringen vid något tillfälle haft en tillräckligt lång episod på fyra dagar för att uppfylla DSM-kriterierna. Så kan vara fallet trots att de flesta hypomana svängningarna är kortare.

Åtminstone hälften av tonåringarna med bipolär sjukdom företer just sådana snabba växlingar [18]. De beskriver ibland de maniskt präglade dagarna som mer plågsamma än de depressiva. Ibland är bilden snarare att beskriva som ett blandtillstånd och klassas då som bipolär I. Vissa forskare hävdar nu att man inte bör ha en tidsgräns för hypomana tillstånd, eftersom karaktären av sjukdomen även med extremt korta episoder är densamma [19].

Fullt utvecklade manier med psykotiska symtom under tonåren har alltid varit svåra att skilja från schizofreni. Det faktum att tonåringar med beteendestörning och bipolär sjukdom ofta dessutom har ett missbruk av alkohol eller droger har gjort diagnosen ännu mer komplicerad. De snabbt växlande tillstånden är också mycket svåra att skilja från borderline personlighetsstörning. Vid de snabbt växlande tillstånden har problemen ofta betraktats som vanlig tonårsproblematik komplicerad med uttalade inslag av trotssyndrom eller uppförandestörning. Det krävs ofta en längre period, under vilken man följer tonåringen regelbundet, innan diagnosen står helt klar.

Den mest intensiva debatten handlar dock om hur man skall betrakta vissa tillstånd av affektlabilitet hos barn. Flera forskare anser nu att bipolär sjukdom före puberteten oftast ter sig som ett mer kontinuerligt snarare än episodiskt tillstånd präglat av maniska symtom med samtidig ADHD-bild. Ibland är kriterier för både mani och depression uppfyllda, och diagnosen blir bipolärt blandat tillstånd.

Andra barn har liknande kontinuerliga tillstånd med uttalad affektlabilitet, intensiva vredesutbrott och maniska inslag utan att fylla kriterierna för mani. Även dessa symtombilder börjar man nu misstänka vara av bipolär karaktär. Det skulle kunna handla om ett lite annorlunda uttryck för samma sjukdom beroende på ålder och mognad och därmed vara en prodromal form av bipolär sjukdom. Alternativt kan det vara en speciell fenotyp [20]. Samtidigt är symtomen på mani och ADHD svåra att skilja åt. Flera forskare anser att det förhöjda stämningsläget och grandiositeten är de enda otvetydiga tecknen på mani hos barn med ADHD [21].

En forskargrupp har föreslagit en uppdelning av bipolärdiagnosen hos barn och ungdom i tre grupper. Den första gruppen har symtom som uppfyller nuvarande kriterier i DSM-IV inklusive tidskriterierna. Dessutom föreslås en mellangrupp med två varianter. En företer symtomkriterierna men har kortare maniska episoder på 1–3 dagar. Den andra har irritabilitet som maniskt huvudsymtom men har inte klar eufori eller grandiositet. Den definitionsmässigt bredaste gruppen har kroniska, icke-episodiska symtom med svår irritabilitet och det man kallar »hyperarousal« [22]. En sådan indelning skulle vara till nytta för uppföljande studier över lång tid, vilka är nödvändiga för att vi skall kunna veta om de speciella symtombilderna hos barn är förelöpare till klassisk bipolär sjukdom i vuxenlivet. Dessutom skulle indelningen vara till nytta vid behandlingsstudier. Behandlingarna kan tänkas behöva ha olika utformning vid de olika varianterna av sjukdomsbild.

Differentialdiagnosen mot ADHD

Som en uppföljning av den första amerikanska konferensen 1992 hölls en ny sådan fem år senare. Vid den konferensen presenterades några behandlingsstudier, och man granskade differentialdiagnosen gentemot ADHD [23]. Efter det att man i de tidiga definitionerna av hyperkinetiska tillstånd hos barn har räknat in affektlabiliteten har man med nuvarande definition inkluderat enbart uppmärksamhetsstörning, impulsivitet och överaktivitet. Den viktiga frågan är alltså om affektlabiliteten skall anses höra till ADHD eller till ett affektivt syndrom.

Barn som har det mer kontinuerliga maniskt präglade tillståndet fyller i 90 procent av fallen kriterierna för ADHD [24]. Av barn med ADHD har 12 procent bedömts även ha diagnosen mani [25]. Barn med dessa dubbla diagnoser har svängningar i humöret som är intensiva och täta. De har ofta stora svårigheter med självkontrollen, vilket kan leda till kraftiga emotionella utbrott även på bagatellartade frustrationer. Barnen kommer ibland att tas in på sjukhus efter att totalt ha misslyckats i skolan och kan då förete en allvarlig bild av mani och depression, ibland med psykotiska inslag [26].

De båda diagnoserna mani och ADHD är svåra att säkert skilja åt, eftersom flera av symtomen är gemensamma. Dit hör överaktivitet, pratsamhet, distraherbarhet och bristande koncentration. Även barn med ADHD är ofta lättfrustrerade och får ofta känsloutbrott. För att få en gränsdragning och på sikt komma till klarhet i dessa frågor har en jämförande studie mellan ADHD och bipolär sjukdom hos barn genomförts [27]. Fem symtom faller då ut som väsentliga för diagnosen bipolär sjukdom, nämligen symtom som inte kan hänföras till diagnosen ADHD (Fakta 4).

Samtliga forskare verkar vara ense om att den förhöjda sinnesstämningen uteslutande är ett maniskt symtom och så även den grandiosa självbilden. Det man anser vara ett normalt barnsligt grandiost tänkande skall vara försvunnet vid 8–9 års ålder. Antingen grandiositet eller förhöjd sinnesstämning måste finnas för att man skall överväga bipolär diagnos.

Tankeflykt hör likaså enbart till den bipolära diagnosen men är svårare att bedöma hos barn. Barnen uttrycker det ibland konkret som att »tankarna kommer för fort« eller att »det blir alldeles för mycket tankar i huvudet«. Ett minskat sömnbehov innebär att barnen är pigga trots mycket kort nattsömn. Barn med ADHD däremot blir trötta av att de sover för lite beroende på att de har svårt att komma till ro på kvällen ➡

ANNONS

ANNONS

och ibland även vaknar tidigt. För att räkna det femte symtomet – överdriven upptagenhet av sexualitet – som ett maniskt symtom förutsätts att barnet inte har varit utsatt för sexuella övergrepp. Samtidigt vet man idag att mycket allvarliga trauman kan vara bidragande orsak till att en bipolär sjukdom utlöses [28].

Det blir viktigt att ställa båda diagnoserna i de fall då de verkligen är för handen. Barn med den dubbla diagnosen har i jämförelse med barn med enbart ADHD oftare psykotiska symtom, ångest och beteendestörning, och de har sämre funktion psykosocialt [29]. I avvaktan på ytterligare kunskap har man i amerikansk barnpsykiatri efter ett stort forskarmöte bestämt sig för att betrakta dessa tillstånd som bipolära och ställa diagnosen bipolär sjukdom UNS samt behandla som om de vore maniska tillstånd [30].

Viktigt är att betona att ADHD med dagens definition inte i sig är en affektiv sjukdom. Däremot är det mycket vanligt att barn med ADHD får episoder av egentlig depression eller långvariga dystyma tillstånd. Det kan då te sig som om ADHD-symtomen förvärras. Enligt en studie utvecklar 15–30 procent någon gång en allvarlig depression, och 10–12 procent får bipolär sjukdom [31].

Samsjuklighet

Barn med bipolär sjukdom har således ADHD i upp till 90 procent av fallen. Lika stor del har trotssyndrom, och en tredjedel har uppförandestörning. Mer än hälften har ångest och/eller depression förutom de maniska symtomen, och 30 procent har psykotiska symtom. Ingen enda har visat sig vara helt utan samsjuklighet. Den totala funktionen är kraftigt nedsatt [32].

Tonåringar med bipolär sjukdom utvecklar missbruk i så stor utsträckning som en fjärdedel [33]. Vid bipolär debut före pubertet fann en studie att risken för missbruk är lägre och i nivå med risken vid ADHD [34]. I en retrospektiv studie hade de med sjukdomsdebut i tonåren ett missbruk i 50 procent av fallen, medan siffran var bara 20 procent om debuten skett efter 30 års ålder [35]. I ett svenskt material fann man dock inget missbruk bland unga vuxna som vårdats inneliggande för bipolär I under tonåren [36].

Frekvensen uppförandestörning har varierat från 5 till 50 procent beroende på hur materialen samlats in. Det verkar vara så att det i stort är samma grupp som har missbruk och uppförandestörning, och den gruppen har den sämsta prognosen [10]. När bipolariteten åtföljs av uppförandestörning, i synnerhet i de fall där uppförandestörningen debuterat före en klar manisk period, blir funktionsnedsättning och prognos avsevärt förvärrade [37]. Vissa verkar kunna ta sig ur missbruket, och medicinering med litium har visat gynnsam effekt på både den bipolära sjukdomen och missbruket [38]. Liksom hos vuxna har man även hos tonåringar påvisat en samvariation med panikångest [39].

Suicidalitet

Risken för suicid är kraftigt ökad vid bipolär sjukdom i tonåren och är dubbelt så hög som vid depression (oddskvot 9,2 respektive 4,2). I den tidigare nämnda stora amerikanska epidemiologiska undersökningen hade 44 procent gjort självmordsförsök [6]. Tidigare har man räknat med att 20 procent gör allvarliga suicidförsök. Blandtillstånden utgör den allvarligaste risken för suicid, och risken förvärras ytterligare om missbruk tillkommer [40-42].

Ärftlighet

Bipolär sjukdom har starka ärftliga inslag. Tonåringar med bipolär sjukdom har i hälften av fallen en familjehistoria med affektiv sjukdom. I en tredjedel av fallen är den affektiva sjukdomen bipolär. Barn till en förälder med bipolär sjukdom har nio gånger förhöjd risk att få bipolär sjukdom och fyra gånger förhöjd risk att få någon affektiv sjukdom. Barnen har bipolär sjukdom i 15–20 procent av fallen och egentlig depression i 20 procent [43, 44].

Dessutom har 25–30 procent av barn till föräldrar med bipolär sjukdom diagnosen ADHD [45]. Utifrån det har man föreslagit att det kan finnas en subgrupp med gemensam ärftlighetsgång för ADHD och affektiv sjukdom. Man kan också tänka sig att ärftligheten snarare rör sig om en dimensionell faktor. Det har nämligen visat sig att föräldrar och barn verkar ha liknande sjukdomsbilder med antingen klassisk episodisk bipolär sjukdom eller med mer komplicerad form inkluderande beteendestörning [46].

Barn och tonåringar med bipolär sjukdom har kraftigt ökad förekomst av släktingar med drog- och alkoholmissbruk, och missbruket har som regel debuterat redan under tonåren. Denna bakgrund av missbruk hos släktingar är inte lika uttalad hos tonåringar med beteendestörning utan bipolär sjukdom, och missbruket har då utvecklats hos släktingarna först i vuxen ålder. Det förefaller alltså finnas en klar koppling mellan bipolär sjukdom och tidigt missbruk som inte går via beteendestörning [47].

Farmakologisk behandling

Eftersom barn och ungdomar med episodisk affektiv sjukdom oftast söker i en depressiv fas är det vanligt att diagnosen bipolär sjukdom inte kan ställas och att behandling inleds med selektiv serotoninåterupptagshämmare (SSRI). Dessa farmaka har ofta effekt på bipolär depression men medför också risk för omslag till maniskt tillstånd. Den öppna frågan är nu hur vi skall betrakta depression hos barn till en förälder med bipolär sjukdom: Skall den ses som depression eller som första episod av bipolär sjukdom? Enligt diskussioner vid APA(the American Psychiatric Association)-kongressen 2002 ansågs det trots allt vara rimligt att starta med SSRI även i de fall där hereditet för bipolär sjukdom föreligger. Det verkar också vara vad man tänker enligt en psykofarmakologisk översikt [48].

Den akuta farmakologiska behandlingen vid klassisk mani hos ungdomar är densamma som hos vuxna: litium, neuroleptika eller bådadera [49-51]. Trots att ytterligt få öppna prövningar ännu hunnit genomföras med de nya s k atypiska neuroleptika används de redan. En placebokontrollerad studie av tilläggsbehandling till valproinsyra med quetiapin har publicerats och visat bättre effekt än enbart valproinsyra [52]. Elterapi används till tonåringar i stort sett bara vid livshotande tillstånd [53].

Vad gäller profylaktisk behandling är rekommendationen att hos ungdomar använda valproinsyra vid de snabbt svängande tillstånden och litium vid de rent euforiska [48]. Om respons uteblir bör man lägga till den andra typen av preparat. Öppna studier av valproinsyra tyder på att medlet är effektivt. En mindre jämförande studie av litium, valproinsyra och karbamazepin har visat måttlig effekt av alla tre utan större skillnader [54]. Vad gäller unga flickor finns ett stort bekymmer med risken för utveckling av polycystiska ovarier under behandling med valproinsyra [55]. Andra forskare hävdar från översiktliga studier att orsaken inte säkert ligger hos valproinsyra [56]. De nyare antiepileptika har ännu inte testats för bruk till tonåringar på indikationen bipolär sjukdom men används för barn och ungdom på indikationen epilepsi och anses där vara tillräckligt säkra vad avser biverkningar.

När tillfredsställande effekt av en »mood-stabilizer« nåtts, men ett ADHD-syndrom kvarstår, kan centralstimulantia smygas in försiktigt [57]. Som underhållsbehandling bör den i det aktuella fallet effektiva behandlingen fortsätta. Inga stu-

dier finns som pekar på att man skulle kunna gå tillbaka till monoterapi om kombination krävts från början.

Psykosocialt stöd och familjeterapi

Även om farmokoterapin är den primära och den helt nödvändiga behandlingen måste vikten av stöd till barn och familj starkt betonas, liksom vikten av det som idag kallas psykoedukation. Vid APA-kongressen 2001 hävdade ledande forskare att familjesamtal skall erbjudas till alla familjer där en medlem har bipolär sjukdom. Detta gäller för vuxna familjemedlemmar med sjukdomen, och i ännu högre grad för barn.

Dessa barn behöver också omfattande stöd i skolan och ofta placering i specialklass. Erfarna lärare känner igen barns ADHD-problematik, men när de maniska inslagen dyker upp blir lärarnas bild av barnet förbryllande och samarbete mellan skola och barnpsykiatri än mer påkallat. Lärare behöver få förklaringar och uppbackning för att orka bemöta och undervisa barnen. Förhoppningen är att tidig diagnos och tidigt insatt farmakologisk behandling tillsammans med gott stöd till barn, föräldrar och skola på sikt skall leda till att barnen får en bättre framtid än vad som annars skulle blivit fallet.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Författaren är medlem i »medical advisory board« för svenska Organon och har skrivit och undervisat för svenska Organon, skrivit och föreläst för svenska Pfizer, deltagit i läkemedelsprövning och föreläst för Lundbeck samt föreläst för Eli Lilly.

Referenser

4. Nottelmann E, guest editor. Bipolar affective disorder in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995;34: 705-63.
5. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. AACAP Official Action. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36(10 Supplement):157S-176S.
6. Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR. Bipolar disorder in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34:454-63.
10. Suppes T, Dennehy EB, Gibbons EW. The longitudinal course of bipolar disorder [review]. J Clin Psychiatry 2000;61(Suppl 9):23-30.
14. Geller B, Zimerman B, Williams M, Bolhofner K, Craney JL. Bipolar disorder at prospective follow-up of adults who had prepubertal major depressive disorder. Am J Psychiatry 2001;158(1):125-7.
15. Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RM. The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. J Affect Disord 1994; 31(4):281-94.
18. Geller B, Williams M, Zimerman B, Frazier J, Beringer L, Warner KL. Prepubertal and early adolescent bipolarity differentiate from ADHD by manic symptoms, grandiose delusions, ultra-rapid or ultradian cycling. J Affect Disord 1998;51(2):81-91.
20. Geller B, Luby J. Child and adolescent bipolar disorder: A review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998;36: 1168-76.
21. Carlson GA. Bipolar disorder in children and adolescents. A critical review. In: Shaffer D, Waslick BD, editors. The many faces of depression in children and adolescents. Review of Psychiatry. Vol 21. Washington, DC, London, England: American Psychiatric Publishing Inc; 2002. p.105-28.
22. Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE, Bhangoo RK, Pine DS. Defining clinical phenotypes of juvenile mania. Am J Psychiatry 2003;160:430-7.
23. Proceedings of the 1997 Conference on childhood bipolarity. Bethesda, Maryland, USA. J Affect Disord 1998;51:75-208.
27. Geller B, Zimerman B, Williams M, DelBello M, Frazie J, Beringer L. Phenomenology of prepubertal and early adolescent bipolar disorder: Examples of elated mood, grandiose behaviors, decreased need for sleep, racing thoughts and hypersexuality. J Child Adolesc Psychopharmacol 2002;12:3-9.
30. National Institute of Mental Health Research Roundtable on Prepubertal Bipolar Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40:871-8.
34. Wilens TE, Biederman J, Millstein RB, Wozniak J, Hahesy AL, Spencer TJ. Risk for substance use disorders in youths with child- and adolescent-onset bipolar disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999;38(6):680-5.
41. Osby U, Brandt L, Correia N, Ekbom A, Sparen P. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. Arch Gen Psychiatry 2001;58(9):844-50.
43. DelBello MP, Geller B. Review of studies of child and adolescent offspring of bipolar parents. Bipolar Disord 2001;3(6):325-34.
48. Kusumakar V, Lazier L, MacMaster FP, Santor D. Bipolar mood disorder: diagnosis, etiology, and treatment. In: Kutcher S, editor. Practical child and adolescent psychopharmacology. Cambridge: Cambridge University Press; 2002. p.106-33.
49. Kafantaris V, Coletti DJ, Dicker R, Padula G, Pollack S. Are childhood psychiatric histories of bipolar adolescents associated with family history, psychosis, and response to lithium treatment? J Affect Disord 1998;51:153-64.
50. James ACD, Javaloyes AM. Practitioner review: The treatment of bipolar disorder in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry 2001;42:439-49.
56. Ernst CL, Goldberg JF. The reproductive safety profile of mood stabilizers, atypical antipsychotics, and broad-spectrum psychotropics [review]. J Clin Psychiatry 2002;63(Suppl 4):42-55.

I Läkartidningens elektroniska arkiv
http://ltarkiv.lakartidningen.se
är artikeln kompletterad med fullständig referenslista.

= artikeln är referentgranskad

SUMMARY

The present state of knowledge about bipolar disorder in childhood is reviewed. Adolescent bipolar disorder with ultradian rapid cycling, irritability, dysphoria and psychotic features, and the frequent complication of substance abuse and conduct disorder, is described. The pre-pubertal, more continuous, manic disorder and its differentiation from ADHD is discussed. The paper ends with a description of treatment and studies of different mood stabilizers.

Gunilla Olsson

Läkartidningen 2004;101:1182-7

Correspondence: Gunilla Olsson, Säbacka, Noor, SE-741 44 Knivsta, Sweden *(gunilla.olsson@bupinst.uu.se)*