

Bipolare lidelser hos barn og ungdom

Sammendrag

Bakgrunn. Bipolare lidelser debuterer ofte i barne- og ungdomsårene. Til tross for at de fører til høy sykkelighet og dødelighet, diagnostiseres de sjelden før pasienten er i voksen alder. Vi gir her en oversikt over symptomer, komorbiditet og diagnostikk.

Materiale og metode. Artikkelen er basert på Medline-søk supplert med andre aktuelle publikasjoner.

Resultat og fortolkning. Bipolare lidelser kjennetegnes av alvorlige svingninger i energinivå og stemningsleie. Diagnostikk av bipolare lidelser hos barn og ungdom er krevende fordi symptomene farges av hjernens modning og utvikling. Det er mange overlappende symptomer og stor komorbiditet med blant annet Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (AD/HD), atferdsforstyrrelser og angstlidelser. AD/HD-symptomer kan være prodromalsymptomer hos noen av de yngste barna. Prepubertale depresjoner er ofte prebipolare.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter:
Se til slutt i artikkelen

Anne Helseth Udal

anne.udal@ssshf.no
Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling
Sørlandet sykehus
4809 Arendal

Berit Grøholt

Senter for mental helse, barn og ungdom
Psykiatrisk institutt
Universitetet i Oslo

Bipolare lidelser er alvorlige sykdommer med høy sykkelighet og dødelighet (1–3). Sykdommene debuterer tidlig, halvparten før 19 års alder (3). Diagnosen stilles gjennomsnittlig ti år etter symptomdebut (4).

Stemningsstabiliserende medikasjon synes å redusere funksjonssvikt og selvmordsatferd (4). Formålet med denne artikkelen er å spre kunnskap som muliggjør tidligere diagnose og behandling.

Medline-søk med søkeordene «bipolar disorder», «child», «adolescent» (begrensninger 1985–2005, engelsk) gav 556 svar, hvorav 171 aktuelle for vår artikkel. Vi har supplert med enkelte publikasjoner om bipolar lidelse generelt og artikler om aktuelle komorbide lidelser.

Bipolare lidelser

Bipolare lidelser kjennetegnes av alvorlige svingninger i energinivå og stemningsleie; maniske og (eventuelt) depressive episoder. Depresjonssymptomer er energitap, interesse- setap, tristhet og tretthet. Manisymptomer er ekstremt økt mengde energi, pratsomhet, ukritisk oppførsel og redusert søvnbehov. Man skiller ofte mellom typene bipolar I og bipolar II, sistnevnte karakteriseres av lettere maniske symptomer. Blandet episode med samtidige maniske og depressive symptomer er vanlig. Angst, irritabilitet, konsentrasjonsvansker, søvnforstyrrelser og suicidalitet ses i alle faser. Bipolar spektrum-lidelser er en samlebetegnelse for bipolare lidelser og enkelte typer depresjoner som skal behandles som bipolar lidelse. Prevalensen av bipolar I- og II-sykdom er 3–5 % hos voksne. Prevalensen av bipolar spektrum-lidelser anslås til minst det dobbelte.

Diagnosekriteriene for bipolare lidelser er laget på bakgrunn av studier av voksne og passer dårligere på barn hvor symptomene farges av hjernens modning og utvikling; oppmerksomhets- og affektregulering utvikles til vel 20 års alder. Det er ofte felles symptomer og komorbiditet med andre barnepsykiatriske lidelser (5). Dette vanskeliggjør utredning, behandling og forskning. Det finnes ikke prevalensundersøkelser hos barn. Blant amerikanske skoleelever (14–18 år) fant man bipolare lidelser hos 1 % og sub- terskel bipolare lidelser hos 4,5 % (1).

Familie

Bipolare lidelser anses som primært arvelige. Barn av foreldre med bipolar lidelse har overhyppighet av psykiske lidelser, oftest AD/HD, depresjon, bipolare lidelser og angst (6). Disse synes å respondere på stemningsstabiliserende medikasjon (1). Responderer foreldrene på litium, har barna mindre komorbiditet og bedre prognose (7).

Tidlige tegn

Foreldre til barn med bipolare lidelser beskriver symptomer hos barna før tre års alder – søvnvansker, humørsvingninger, sinne, uro og angst (8). Selv om symptomene synes uspesifikke, skiller disse barna seg fra barn med annen psykisk lidelse og fra friske barn. I alderen 1–6 år har de mer sinneanfall, irritabilitet, impulsivitet, større oppmerksomhetsproblemer og hyperaktivitet (9). Dette kan lett feiltolkes som AD/HD og samspills- vansker. Først fra sju års alder rapporteres mer klassiske symptomer som depresjon, mani, suicidalitet og psykose (9).

Dette indikerer at dyskontrollsymptomer kan være prodromer for bipolare lidelser; AD/HD-liknende symptomer representerer en aldersspesifikk manifestasjon av denne dyskontrollen.

I kliniske studier utviklet opp til halvparten av deprimerte barn bipolar lidelse, avhengig av familiebelastning (10, 11). Bipolar utvikling kan være vanskelig å predikere, men disse depresjonene karakteriseres ofte av psykomotorisk retardasjon, psykosesymptomer, medikamentindusert mani og bipolare lidelser i familien (11).

Klinisk bilde

ved utviklet bipolare lidelser

Klassisk bipolar I-sykdom forekommer relativt sjelden hos barn og ungdom, men har lite komorbiditet og bedre prognose enn de mer sammensatte formene (7).

Tidlig debuterende bipolare lidelser er ofte alvorligere varianter av sykdommen, med mer blandet mani, irritabilitet, psykosesymptomer og komorbiditet samt dårligere effekt av litiumprofylakse (1, 5, 12). Gradvis utvikling og hyppige svingninger er typisk (13). Svingningene kan komme opptil flere ganger daglig (1). Forløpet er ofte nærmest kronisk,



Hovedbudskap

- Bipolare lidelser debuterer ofte i barne- og ungdomsårene og medfører mye funksjonssvikt og suicidalitet
- Kjennskap til tilstanden muliggjør tidligere diagnostikk og behandling
- Prodromalsymptomene hos de yngste kan være AD/HD-liknende
- Depresjoner hos barn med bipolar lidelse i familien er ofte prebipolare

Ramme 1**Undergrupper av bipolare lidelser:**

- Klassisk bipolar lidelse som responderer på litium,
- «Psykospektrum» med interepisodisk labilitet, psykose, kognitiv svikt og komorbiditet
- Karakterologisk bipolar II-lidelse: raske svingninger med interepisodisk irritabilitet og angst

Ramme 2**Anamnese**

- Detaljert om psykiske lidelser i familien:
 - Affektive lidelser eller periodisk rus, irritabilitet, sinneanfall, angst, adferdsproblem.
- Tenk alltid differensialdiagnose bipolart spektrum ved:
 - Familieanamnese på bipolart spektrum lidelse/periodisk psykisk lidelse
 - Irritabilitet, sinneanfall, humørsvingninger.
 - Periodiske angst- eller adferdsforstyrrelser
 - Spontane svingninger (uten utløsende årsak)
 - Manglende eller varierende effekt av medikamenter ved AD/HD
- Hvordan har symptomene utviklet seg? Debut, forløp, svingninger, behandlingseffekt
- Dagbokregistrering av humørsvingninger og søvn

med få eller korte stemningsnøytrale faser (1, 8). Hyperseksualitet synes å være et nærmest spesifikt symptom ved mani (1). Suicidale handlinger opptrer ofte tidlig i sykdomsforløpet, i depressive og blandede faser (2).

Undergrupper

Hos barn og ungdom skiller man ofte mellom klassisk og juvenil (atypisk) bipolar lidelse, men det er noe uenighet om diagnosekriteriene for sistnevnte (1, 5, 14). Det er enighet om at episodevarighet er uvesentlig, uenigheten går på hvorvidt hevet stemningsleie og periodisk forløp er nødvendige diagnosekriterier. Et kanadisk forskningsmiljø finner tre klinisk nyttige subtyper ved bipolar lidelse uavhengig av alder (15) (ramme 1).

Komorbiditet og differensialdiagnoser

AD/HD er karakterisert av oppmerksomhetssvikt, motorisk uro og impulskontrollsvikt – symptomer som også er vanlige ved bipolare

lidelser. De raske svingningene hos barn og ungdommer med bipolare lidelser gjør at tilstanden oppfattes som kronisk og lett forveksles med AD/HD. I USA fant man komorbid AD/HD hos rundt 90 % (1). Det er usikkert om dette er uttrykk for reell komorbiditet. Ved ren AD/HD finner man imidlertid ikke manisymptomene hyperseksualitet, økt tankeaktivitet, redusert søvnbehov og økt målrettet aktivitet. Grensen mellom grandiositet og normalitet hos barn er derimot kontroversiell. Maniliknende symptomer forekommer ved andre barnepsykiatriske lidelser, blant annet AD/HD, uten at det predikerer senere bipolar diagnose (16).

Komorbid angstlidelse forekommer hos vel 75 % av barn og ungdommer med bipolare lidelser, særlig ved bipolar II-sykdom. De hyppigste er tvangslidelser, sosial fobi og panikkilidelse. Angstsymptomene kommer vanligvis flere år før debut av bipolar lidelse (17).

Komorbid atferdsforstyrrelser forekommer svært hyppig, og er assosiert med bipolar I-sykdom og dårlig prognose (18). Også her blir differensialdiagnostikken vanskelig gjort av de raske svingende, blandede symptomer med irritabilitet, regelbrytende atferd og til dels voldelige sinneanfall som man ofte ser ved bipolare lidelser hos barn og ungdom. Det er uenighet om dette er reelt komorbide tilstander (19) eller om de opptrer sekundært til irritabilitet og psykose hos unge (20).

Veksling mellom rusindusert mani og abstinensindusert dysfori er vanskelig å skille fra bipolare episoder. Komorbid rusmisbruk er rapportert ved 80 % av tidlig debuterende (< 19 år), og 20 % ved sent debuterende bipolare lidelser (13), uavhengig av komorbid atferdsforstyrrelse (21). Rusmisbruk kan representere et forsøk på selvmedisinering. Litiumbehandling reduserte rusatferd hos ungdommer med bipolar lidelse (1).

Posttraumatisk stressyndrom kan gi affektlabilitet og angstpreget uro/irritabilitet som lett forveksles med bipolare sykdommer eller AD/HD. Flere studier har vist at traumatisering er en risikofaktor for tidlig debut og alvorlig forløp av bipolare sykdommer (22). Omvendt kan den seksualiserte atferd som ses ved mani hos barn, forveksles med seksualisert atferd hos seksuelt misbrukte barn. Blant 97 maniske barn fant man hyperseksualitet hos nær halvparten, men kun 1 % hadde vært utsatt for misbruk (2).

Tourettes syndrom, kjennetegnet av motoriske og vokale tics, ledsages ofte av rigiditet, sinneanfall, humørsvingninger og dårlige sosiale ferdigheter (23). Komorbid bipolart spektrum lidelser er funnet hos 30 av 90 pasienter med dette syndromet. Komorbid bipolart lidelse var assosiert med milde tics og hyppige komorbide psykiske lidelser (24).

Klinisk praksis

Bipolart spektrum-lidelser er vanskelige å oppdage hos barn og ungdom, avgrensningen mot andre psykiske lidelser er til dels

uklar. Ubehandlete bipolart spektrum-lidelser har imidlertid såpass alvorlige komplikasjoner at en vente-og-se-holdning er etisk betenkelig. Fastlegen bør ha tilstanden i mente ved en rekke problemer hos barn og ungdom som depresjon, AD/HD, adferdsproblemer, irritabilitet, sinneanfall, tics, traumatisering og angst, særlig hvis det er affektiv lidelse eller rusmisbruk i familien. En grundig anamnese er vårt viktigste diagnostiske verktøy (ramme 2). Ofte må man følge pasienten over noe tid før sikker diagnose stilles, dagbok for humørsvingninger er da meget nyttig. Diagnostikk og behandling av disse lidelsene er en spesialistoppgave. En god behandlingsplan omfatter medisiner, dagbokregistrering av symptomer, informasjon om sykdommen, samtaletilbud ved behov, minst mulig stress, sunn livsførsel med nok søvn, et godt samarbeid mellom førstelinje- og annenlinjetjenesten.

Manuskriptet ble godkjent 29.9. 2005.

Oppgitte interessekonflikter: Anne Helseth Udal har mottatt honorar for forelesning fra GlaxoSmithKline og Lundbeck og reisestøtte fra GlaxoSmithKline. Berit Grøholt har mottatt honorar for forelesninger fra GlaxoSmithKline.

Vi takker Torunn Nøvik for nyttige kommentarer ved utarbeidingen av manuskriptet.

Litteratur

1. Geller B, Del Bello MP. Bipolar disorder in childhood and early adolescence. New York: Guilford Press, 2003.
2. Tondo L, Isacson G, Baldessarini R. Suicidal behaviour in bipolar disorder: risk and prevention. *CNS Drugs* 2003; 17: 491–511.
3. Kupfer DJ, Frank E, Grochocinski VJ et al. Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 120–5.
4. Goldberg JF, Ernst CL. Features associated with the delayed initiation of mood stabilizers at illness onset in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 985–91.
5. Biederman J, Faraone SV, Wozniak J et al. Further evidence of unique developmental phenotypic correlates of pediatric bipolar disorder: findings from a large sample of clinically referred preadolescent children assessed over the last 7 years. *J Affect Disord* 2004; 82 (suppl 1): 45–58.
6. Chang KD, Steiner H, Ketter TA. Psychiatric phenomenology of child and adolescent bipolar offspring. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 453–60.
7. Duffy A, Alda M, Kutcher S et al. A prospective study of the offspring of parents responsive and nonresponsive to lithium treatment. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 1171–8.
8. Faedda GL, Baldessarini RJ, Gloverinsky IP et al. Pediatric bipolar disorder: phenomenology and course of illness. *Bipolar Disord* 2004; 6: 305–13.
9. Fergus EL, Miller RB, Luckenbaugh DA et al. Is there progression from irritability/dyscontrol to major depressive and manic symptoms? A retrospective community survey of parents of bipolar children. *J Affect Disord* 2003; 77: 71–8.
10. Geller B, Zimmerman B, Williams M et al. Bipolar disorder at prospective follow-up of adults who had prepubertal major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 125–7.
11. Birmaher B, Arbelaez C, Brent D. Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder. *Child Adolesc Psychiatry Clin North Am* 2002; 11: 619–37.

>>>

12. Schurhoff F, Bellivier F, Jouvent R et al. Early and late onset bipolar disorders: two different forms of manic-depressive illness? *J Affect Disord* 2000; 58: 215–21.
13. Ernst CL, Goldberg JF. Clinical features related to age at onset in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2004; 82: 21–7.
14. Carlson GA, Kelly KL. Manic symptoms in psychiatrically hospitalized children – what do they mean? *J Affect Disord* 1998; 51: 123–35.
15. Alda M. The phenotypic spectra of bipolar disorder. *Euro Neuropsychopharmacol* 2004; 14 (suppl): 94–9.
16. Hazell PL, Carr V, Lewin TJ et al. Manic symptoms in young males with ADHD predict functioning but not diagnosis after 6 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42: 552–60.
17. Masi G, Toni C, Perugi G et al. Anxiety disorders in children and adolescents with bipolar disorder: a neglected comorbidity. *Can J Psychiatry* 2001; 46: 797–802.
18. Masi G, Toni C, Perugi G et al. Externalizing disorders in consecutively referred children and adolescents with bipolar disorder. *Compr Psychiatry* 2003; 44: 184–9.
19. Biederman J, Mick E, Wozniak J et al. Can a subtype of conduct disorder linked to bipolar disorder be identified? Integration of findings from the Massachusetts General Hospital Pediatric Psychopharmacology Research Program. *Biol Psychiatry* 2003; 53: 952–60.
20. Dilsaver SC, Akiskal HS. High rate of unrecognized bipolar mixed states among destitute Hispanic adolescents referred for «major depressive disorder». *J Affect Disord* 2005; 84: 179–86.
21. Wilens TE, Biederman J, Kwon A et al. Risk of substance use disorders in adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 1380–6.
22. Leverich GS, McElroy SL, Suppes T et al. Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biol Psychiatry* 2002; 51: 288–97.
23. Lindback T, Strand G. Tourettes syndrom hos barn. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 2248–51.
24. Berthier ML, Kulisevsky J, Campos VM. Bipolar disorder in adult patients with Tourette's syndrome: A clinical study. *Biol Psychiatry* 1998; 43: 364–70.