

## **Bipolar lidelse hos barn - en introduksjon**

Tormod Rimehaug og Oddrun Bjerkan

## Bipolar lidelse hos barn - en introduksjon

Mange norske psykologer er ikke fortrolige med å tenke på bipolar lidelse som aktuelt hos barn; andre er direkte negative til at det bør og kan diagnostiseres. Opplevelsene til barn og foreldre som lever på en følelsesmessig berg-og-dal-bane, utfordrer oss til å bli kjent med og delta i internasjonal fagdebatt og forskning på problematikken.

Oppfatningen av bipolare lidelser hos barn har endret seg mye blant forskere og klinikere i de siste tjue årene. Denne endringen har skjedd som resultat av forskning, klinisk utprøving og debatt, mest i USA, men også internasjonalt. Problematikken fikk medieoppmerksomhet for eksempel i Time Magazine 19. august 2002 (Kluger & Song) etter at bruk av diagnosen bipolar lidelse hos barn hadde økt sterkt i løpet av 1990-årene i USA (Mohr, 2001). Samtidig settes diagnosen nesten aldri på barn i England, men noe oftere i en del andre europeiske land (Soutullo et al., 2005). Diskusjonene og forskningen har blant annet fokusert på hvorvidt bipolar lidelse i det hele tatt forekommer hos barn, differensiering og komorbiditet, hvor tidlig lidelsen kan debutere, om symptomene har en annen utforming hos barn, og om diagnosekriteriene må justeres overfor barn. I en oversiktsartikkel fra 2005 (Pavuluri, Birmaher & Naylor) påpekes det at ulike klinikere og forskere beskriver den typiske kliniske utformingen av bipolar lidelse hos barn ganske forskjellig. Dessuten viser forekomststudier på barn fra kliniske utvalg og i befolkningen svært ulike tall i ulike land - forskjeller som ikke samvarierer med forekomsten av bipolar lidelse blant voksne (Soutullo et al., 2005).

Noen har etter hvert blitt bekymret for overdiagnostisering i USA (Weller, Weller & Vo, 2004), og er kritisk til at en baserer seg på uklare kliniske beskrivelser (Harrington & Myatt, 2003), diagnostiserer i førskolealder og bruker flere psykofarmaka samtidig (Olfman, 2007). Andre har vært bekymret for at utvikling av virksom ikke-psykofarmakologisk behandling for barn med bipolar lidelse skal forsømmes i forhold til medikamentell behandling (Fristad, Gavazzi & Mackinaw-Koons, 2003).

I Norge har interessen for bipolar lidelse hos barn vært nesten fraværende fram til omkring tusenårsskiftet. Det mangler systematisk kartlegging, men inntrykket er en langsom og stille økning av at barn får en bipolar diagnose. Dette tidsskriftet har ikke berørt temaet tidligere, og en kort oversiktsartikkel i legetidsskriftet i 2006 (Udal & Groeholt, 2006) er et av få de kjente oppslagene i fagtidsskrift på norsk. I norske media har oppslagene stort sett vært basert på amerikansk mediefokus på medisinerer av bipolar lidelse hos barn. I klinisk praksis har vi møtt barn og familier som lever med disse tilstandene under et betydelig lidelsestrykk. Foreldrene har gjerne vært belastet av

moraliserende eller bagatelliserende fortolkninger fra omgivelsene. Særlig inntrykk gjør det å møte barn som har hatt hyppige selvmordstanker lenge: Ett av tre barn med bipolar lidelse har forsøkt på selvmord i løpet av oppveksten (Olfman, 2007).

Det er sannsynlig at barn som debuterer tidlig med bipolar lidelse, ikke blir forstått adekvat i norsk hjelpeapparat. Atferden vil heller bli tolket og feilbehandlet som ADHD, manglende styring og omsorg fra foreldre, eller reaksjoner på traumatisering, men bipolar lidelse bør heller ikke bli en ny bortforklaring av omsorgssvikt. Samtidig er det også fare for at barn med emosjonell labilitet og atferdsproblemer på bakgrunn av omsorgssvikt, traumatisering og kontaktsvakheter kan være i fare for å bli feilvurdert som bipolar lidelse (Leverich et al., 2007). En retrospektiv engelsk studie fant i gjennomsnitt 16 års forsinkelse fra debut til diagnose når bipolar lidelse hadde debutert i barndommen, og at tidlig debut predikerer alvorligere mani og depresjon, og mindre gode perioder i voksen alder (f.eks. Weller, Weller & Fristad, 1995).

Bipolare lidelser hos barn og ungdom før puberteten er tilstander hvor det har vært uenighet om forekomst og kjennetegn. Tidligere gikk en ut fra at lidelsen først kunne debutere sent i tenårene (Geller & Luby, 1997), selv om Kraepelin (1920) omtalte mani hos barn ned til fire år, og både DSM-IV (APA, 2000) og ICD-10 (WHO, 2000) inkluderer at debut kan skje i barndommen. Først på 1990-tallet begynte mange å anse bipolar lidelse som en aktuell lidelse også hos barn og unge under 16 år, og flere forskere og klinikere hevdet at mani hos barn og unge antakelig var underdiagnostisert (f.eks. Geller & Luby, 1997).

Diagnosesystemene krever ingen spesiell symptomutforming knyttet til alder. Dette anser flere som en alvorlig svakhet fordi barns utviklingsmessige forutsetninger og barns fenomenologiske særtrekk gjør det vanskelig å slutte fra voksenkriterier og til barns atferd (f.eks. Lewinsohn, Klein & Seeley, 1995). Barns maniske atferd kan bli oppfattet som festlig, slem eller uoppdragen. For eksempel vil alvorlige grandiose vrangforestillinger fra en barnemunn kunne bli oppfattet bare som tøys, ønskedrømmer og fantasifullhet. Tilsvarende kan psykotisk eufori hos en femåring bli oppfattet bare som vanlig oppskrudd fjollet og kreativitet. Det er dessuten lite aktuelt for barn å oppta lån og sløse bort store pengesummer, bli sagt opp fra jobben eller dømmes til fengsel.

Vår hensikt med denne artikkelen er å gjøre norske psykologer oppmerksomme på en viktig faglig diskusjon som knapt er i gang hos oss. I denne introduksjonen til temaet vil vi konsentrere oss om *barn* (før puberteten), selv om mange av de samme problemstillingene og publikasjonene er relevante også for ungdom. Vi har også valgt å *ikke* gå inn på nevroperspektiver (Kyte, Carlson &

Goodyer, 2006) og bare omtale medikamentell behandling generelt og kort. Vi vil presentere noen hjelpemidler og rutiner som kan være til nytte i å gjenkjenne og diagnostisere - eller avkrefte - bipolar lidelse hos barn både for kliniske formål og forskningsformål. Vi vil fokusere primært på temaer som har vært debattert, vært gjenstand for forskning, eller som håndteres og beskrives forskjellig mellom forfattere, fordi vi anser spørsmålsteget og debatten som viktig. Kunnskapen om barn med bipolar lidelse må anses mer som foreløpig og i utvikling enn for en del andre tilstander.

For å gjøre levende og gjenkjennbart hvordan mani og bipolaritet kan arte seg hos barn, har vi oversatt noen symptomillustrasjoner fra barn, og tatt med en kasusillustrasjon (se ramme 1). Dette er en mors anonymiserte beskrivelse fram til datteren var 14 år - veien mot en bipolar diagnose.

### **RAMME 1**

#### **En mors historie om datteren fram til hun var 14 år (Basert på virkelige kasus)**

Fra starten var hun mors «sol-unge». Hun gikk allerede da hun var ti måneder, tidligst av barna. Vi har en video fra jenta var ca. 1½ år. Hun roper pågående og insisterende: «Pappa, pappa, pappa, pappa!» På den samme videon går hun geskjeftig rundt sin litt eldre søster og rydder og rydder. Slik var alle dager fra morgen til kveld: Hun ville styre og bestemme over oss alle sammen, men hele tiden i sprudlende humør. Hun holdt på med noe hele tiden; var flink til å leke; satt ikke i en krok og sturte. Var blid og engasjert i det hun selv fant på. Hun syntes alt nytt var spennende.

Hun hadde et godt sovehjerte; hadde aldri vanskelig for å sovne: Da formiddagsluren ble tatt fra henne, gjemte hun seg de merkeligste steder for å sove: i sandkassen, under bilen, og flere ganger måtte jeg bokstavelig talt fange henne i luften fordi hun sovnet mens hun satt oppå kjøkkenbenken. Hun sov halve natten mellom meg og far til hun var fem år. Som regel lå hun urolig - det var som å ligge sammen med en torpedo! Men i lange perioder kom hun inn til oss ikke for å sove, men for å leke klokka fire om morgenen og sov ikke mer den dagen. Det ble så slitsomt for oss at vi søkte hjelp for det hos helsesøster.

I barnehagen ble hun kalt propellen: Hun regisserte opplegg; hadde så masse ideer, men på en måte de syntes var altfor dominerende, og noen ganger var hun uvanlig vrang.

Hun ble operert i hoftene også på den tiden som førskolebarn. Mens hun lå der med alle ledningene på overvåkingen, før hun hadde våknet opp igjen, sa jeg fra til personalet og

gikk fem minutter ut for å røyke. Da jeg kom tilbake lå hun på gulvet, skrek og var veldig redd. Etter dette var hun lenge svært engstelig for å bli forlatt.

Som 10-åring forandret hun seg fra å være en ærekjær og flink jente til å bli veldig urolig, ukonsentrert og fikk problemer med leksegjøringen. Hun hadde ingen tro på seg selv lenger. Da hun kom i puberteten, tok problemene helt av, hun ble aggressiv og utagerende - alt skulle testes og prøves. Hele familien fikk store problemer, og det resulterte i både melding til barnevernet og henvisning til BUP. Først 16 år gammel fikk hun en bipolar diagnose.

### Bipolare lidelser - særtrekkene og diagnosene

Begrepet bipolar innebærer en to-fase-lidelse - svingninger mellom maniske og depressive faser. Likevel inkluderer ICD-10 gjentatte maniske episoder uten depresjoner som en bipolar tilstand, selv om *en* enkeltstående hypoman eller manisk episode er plassert utenfor den bipolare gruppen. DSM-IV har derimot plassert også en enkeltstående manisk, hypoman eller blandet episode under de bipolare diagnosene. De maniske/hypomane symptomene blir uansett hovedgrunnlaget for diagnosene i den bipolare gruppen. Vurdering av symptomer på mani har derfor fått spesiell oppmerksomhet, og debatten om bipolare lidelser hos barn har fokusert mer på maniske enn på depressive symptomer.

Felles for mani og hypomani er hevet stemningsleie og økt ytre og mental aktivitet. I en manisk episode kan en se raseriutbrudd, svært høye tanker om seg selv (grandiositet), redusert søvnbehov, beskrivelse av tanker som er kaotiske og/eller raser av sted, at en er distraherbar, har økt energi og målrettet aktivitet, overdrevet risiko- eller nytelsesatferd. Psykotiske symptomer og suicidalitet kan også inngå i alvorlig mani. I den noe mildere hypomanien kan en være kreativ, produktiv og offensiv med økt seksuell energi, men overoptimistisk, irritabel eller overdrevent oppstemt, aggressiv overfor motforestillinger og bagatelliserende til fare og regelbrudd. Likevel er hallusinasjoner eller vrangforestillinger ikke aktuelle i hypomani.

Vansker med å fokusere, organisere og fullføre ideer og aktiviteter kan følge episoden uten å kjennetegne personen generelt, eller kognitiv funksjonssikt kan være tyngre og mer vedvarende assosierte symptomer. Det er påvist overforekomst av kognitive funksjonsforstyrrelser hos personer i alle aldre med bipolar lidelse med hensyn til både oppmerksomhet, hukommelse, verbal flyt, tolkning

av ansiktsuttrykk og eksekutive funksjoner uavhengig av symptomfase (Dickstein & Leibenluft, 2006)

Selv om de diagnostiske underkategoriene og atferdseksempelene er noe forskjellige i de to diagnosesystemene ICD-10 og DSM-IV, er kjernetrekkene like, og variasjonene mellom diagnosekategoriene i begge systemene handler om ulike kombinasjoner av episodetyper, om alvorlighetsgrad og varighet på de maniske og depressive episodene, og om innslaget av psykotiske symptomer. Den klassiske varianten med alvorlig mani og alvorlig depresjon (BP-I i DSM-IV) er best kjent, men kombinasjon av dyp depresjon og hypomani (BP-II i DSM-IV) er kanskje både mer utbredt og mer underdiagnostisert. Mindre kjent er blandet tilstand med både maniske og depressive symptomer, og syklotymi - som er vedvarende situasjonsuavhengig svingning mellom mild depresjon og mild oppstemthet. Begge diagnosesystemene har kategorier for syklotymi og blandet tilstand, men kriteriene er noe forskjellige for blandet tilstand. DSM-IV krever at både mani- og depresjonskriteriene er oppfylt nesten hver dag, mens ICD-10 fokuserer på at symptomtypene kan veksele fra dag til dag eller fra time til time. Det er derfor noe mer rom i ICD-10 for det varierende og hurtigvekslende bildet som hevdes å være den vanligste utformingen hos barn.

For full beskrivelse av diagnosekriterier vises det til DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) og ICD-10 (WHO /Helsetilsynet, 2000). Dessuten bør man lese de ulike anbefalingene og konsensusrapportene fra ulike organisasjoner som er referert senere (Carlson et al., 2003; Coyle et al., 2003; Kowatch et al., 2005; NIMH, 2001; AACAP, 2007).

## **Kunnskap og debatt**

### **Forekomst og debut**

Livstidsforekomst av bipolar lidelse er anslått til noe over 1 % for Bipolar I og 3 - 5 % for hele det bipolare spekteret (Soutullo et al., 2005). Reell forekomst hos barn må fortsatt anses som ukjent (Birmaher & Axelson, 2006), selv om noen indikasjoner finnes: Lewinsohn et al. (1995) beregnet 1 % forekomst for hele spekteret (mest bipolar II og blandet tilstand) fram til slutten av tenårene og subkliniske symptomer blant 5,6 %. Ut fra retrospektive rapporter er det ulike anslag for i hvilken grad voksne med bipolar lidelse har debutert allerede i løpet av oppveksten: Birmaher har rapportert at 40 % debuterer før 20 år, Egeland at 40 % hadde debutert før 17 år og Goodwin og Jamison at 10 % hadde debutert før ti år (alle referert av Birmaher, 2005). Blant barn henvist til psykisk helsevern

(klinisk populasjon) er det funnet fra 6,3 % (Geller et al., 2002b) via 22 - 25 % (Wilens et al., 2003) og opp til over 80 % forekomst av *enkelte* mulig maniske symptomer uavhengig av diagnose (Carlson, 1998).

En viktig kilde til usikkerhet i disse tallene er uenigheten om avgrensning og diagnosekriterier for barn, og mangel på etablerte spesifikke diagnostiske verktøy. Dette bidrar også til usikkerhet når det gjelder rapportert komorbiditet med andre tilstander. Det kliniske bildet som er vanligst hos barn ut fra flere konsensusrapporter i USA, er at barn har de samme grunnsymptomene som voksne, men med en noe annen utforming og debut og annet forløp (se f.eks. AACAP, 2007).

### **Forskjeller mellom voksne og barn**

Tidligere ble eufori ansett uaktuelt som manisymptom hos barn (Biederman et al., 2000). Det kan være kulturelt vanskelig å anse eufori hos barn som et problem: Det er vanskelig å tenke at glade barn skulle være uttrykk for alvorlig psykopatologi (Geller & Luby, 1997); barna beskrives heller som «... herlige, men ofte slitsomme... (egen overs.)» (Hellander & Burke, 1999). Grensene for hva som må anses normalt hos barn, er ikke vel etablert, og Geller (2002a) konkluderer med at en må konkretisere symptombeskrivelsene tilpasset barns aldersrelaterte fungering og sosiale posisjon, og redusere kravet til en episodes varighet. Craney og Geller (2003) konkretiserte kriteriene i forhold til alder og demonstrerte i en påfølgende studie at dette muliggjorde stabil diagnostisk vurdering ved seks måneders og ved 1 - 2 års longitudinell oppfølgende undersøkelse. Tilpasningen besto i å beskrive konkret og kvalitativt tilpasset hvordan de voksne symptombegrepene kan uttrykke seg hos barn, redusere alle krav til episodevarighet til en uke, og spesifisere frekvensforventningene til superhurtig svingende tilstand som symptomer *innenfor en episode* som ble lansert av Kramlinger & Post (1996): hyppige svingninger i løpet av dager («ultrarapid cycling») og raske svingninger i løpet av en dag («ultradian cycling»). De kvalitative beskrivelsene av manisymptomer hos barn er oversatt og gjengitt senere i denne artikkelen. Men Gellers vektlegging av grandiositet og oppstemthet som kjernesymptomer har blitt kritisert som utilstrekkelige (Pavuluri et al., 2005), og superhurtige svingninger har vært kritisert for å kunne være forløpere til emosjonell ustabilitet og personlighetsforstyrrelse heller enn bipolare lidelser (AACAP, 2007).

### **Komorbiditet og differensiering**

Komorbiditet synes å være regelen for barn med bipolar lidelse, men alle estimater for komorbiditet må anses usikre, fordi det ikke er enighet om avgrensning og kriterier for bipolar lidelse hos barn, og rapportert komorbiditet varierer da også sterkt mellom studier (Pavuluri et al., 2005). Det er

rapportert høy komorbiditet særlig med ADHD eller trekk av ADHD, spesielt hos yngre barn (Geller & Luby, 1997; Wozniak et al., 1995). Det er også rapportert hyppig komorbiditet med angsttilstander, atferdsforstyrrelser, angst, rusmisbruk og traumatisering (Biederman et al., 2000; Fristad, Weller & Weller, 1995; Kim & Miklowitz, 2002; West et al., 1996). Dette har bidratt til debatt om avgrensbarhet og identitet for bipolar lidelse i forhold til disse tilstandene, særlig mellom bipolar lidelse og ADHD.

ADHD og bipolar lidelse har flere symptomer felles: Av syv DSM-III-R-kriterier for mani er tre delt med DSM-III-R kriterier for ADHD, nemlig distraherbarhet, motorisk hyperaktivitet og snakkesalighet. Dette øker faren for feildiagnostisering og overdrevne anslag for komorbiditet. Barn med *bare* ADHD kan også variere noe i symptomnivå over tid, men med mindre ekstreme ytterligheter: De vil kunne vise oppblussing av eufori, men med kortere varighet, i mindre ekstrem grad og i noe mer adekvat forhold til situasjon og kontekst (Geller et al., 2003; Wozniak et al., 1995). Anslagene for komorbiditet mellom ADHD og bipolar lidelse er svært høye under ca. 10 år, men betydelig lavere etter 10 år, noe som kan tolkes som at bipolar lidelse uttrykker seg mer likt ADHD hos små barn, og er vanskeligere å differensiere da (Biederman, Klein, Pine & Klein, 1998; Mohr, 2001). Et annet synspunkt er at komorbid ADHD/bipolar lidelse kan utgjøre en egen undergruppe med viktige kvalitative særtrekk (Biederman et al., 1998; Wozniak et al., 1995), med en egen genetisk disposisjon og med fare for tidligere debut og mer alvorlig funksjonssvikt enn den klassiske senere debuterende og langsomt svingende «manisk-depressiv lidelse» (Biederman et al., 1998; Stein, Roizen & Leventhal, 1999).

Weckerly (2002) påpeker at flere primærkjennetegn for mani, som idéflukt (tankeskred), eufori, grandiositet, minsket søvnbehov eller psykose, verken er forbundet med ADHD, angst eller atferdsforstyrrelser. I forhold til schizofreni kan den maniske løse omgangen med realiteter og forekomsten av klare psykotiske symptomer gjøre det vanskelig å skille mellom tilstandene. Pavuluri, Herbener og Sweeney (2004b) legger vekt på at psykotiske symptomer ved bipolar lidelse bare forekommer innenfor de affektive episodene, mens psykotiske symptomer hos personer i risiko for schizofreni derimot kan være til stede også utenfor klare sykdomsepisoder. Noen hevder også at området fra affektive episoder til tilstander beslektet med schizofreni er et kontinuum heller enn tilstander egnet for kategorisering (Lake & Hurwitz, 2007).

Komorbiditet med angst er betydelig, med anslag fra 22 % og opp til 77 % i henholdsvis epidemiologiske og kliniske sampler, og over 50 % hos dem med tidlig bipolar debut (Wagner,



2006). Likevel har dette fått mye mindre oppmerksomhet enn komorbiditet med ADHD og aggresjon/irritabilitet. Angstproblemene er typisk til stede flere år tidligere i utviklingsløpet, og panikkangst kan være en tidlig indikator på utvikling av en bipolar lidelse. Det kan være en fare for å overse tvang, sosial angst og PTSD når irritabilitet og maniske atferdsproblemer er framtreddende (Wagner, 2006). Komorbide angstproblemer er assosiert med større funksjonssvikt og er kompliserende ved medikamentell behandling.

Hyperseksuell atferd forekommer hos 43 % av barn med bipolar lidelse, men dette hevdes å kunne differensieres fra seksualisert atferd etter seksuelle overgrep - i en studie kunne det bare hos et mindretall sikkert bekreftes seksuelle overgrep blant barn med mani og hyperseksuell atferd (Geller et al., 2000). Biederman et al. (2000) hevder at manisk atferd hos barn like gjerne kan være en forløper og risiko for traumatisering som en konsekvens av den. Barn med en reaktiv tilknytningsforstyrrelse og bakgrunn med voldelig eller seksuell traumatisering kan vise lignende raseri, voldelige fantasier og seksualisering som barn med bipolar lidelse (Weckerly, 2002).

Barn med atferdsforstyrrelse og opposisjonell atferd kan vise samme aggressivitet, respektløshet for normer og autoriteter og eksponering for fare som maniske barn (Kim & Miklowitz, 2002), men disse overlappende symptomene er bare en liten del av bildet ved bipolar lidelse. Hos barn med bipolar lidelse ser en mer spontan, ikke planlagt, regelbrytende atferd, og mer anger og skyldfølelse når de har gjort noe galt, mens barn med atferdsforstyrrelse oftere handler planlagt, kan ha kalkulert med skade og har lite skyldfølelse (Weller et al., 1995). En grundig utviklingshistorie, vurdering av oppvekstvilkår og familieføremster, samt bipolare særsymptomer som eufori og grandiositet, kan gi holdepunkter i differensiering mellom tilknytningsproblemer, atferdsforstyrrelser og bipolar lidelse, men komorbiditet er også aktuelt og kan være vanskelig å ta stilling til.

Det også viktig å undersøke somatiske faktorer som kan gi symptomer som ligner mani, deriblant skader eller epileptogen aktivitet i temporal- og frontallappene, hypertyreose, multippel sklerose, hjernesvulst og andre nevrologiske tilstander. Dessuten er mani utløst av medikamenter og rus, eller rusrelatert atferd som ligner mani, også aktuelt (Kowatch et al., 2005; Weckerly, 2002).

Den viktigste differensieringen er likevel mot normal atferd, personlighetstrekk og temperament: Normale trekk av emosjonalitet, spenningssøking, skryt, kreativitet og dristig lekenhet skal ikke kvalifisere til en psykiatrisk diagnose hvis det ikke er betydelig grad av funksjonssvikt eller tilpasningsproblemer.

## Tidlig utforming

Det er rapportert opptil 13 % forekomst av maniske enkeltsymptomer (uten å oppfylle diagnosekravene) hos barn i normalbefolkningen (Lewinsohn et al., 1995). Chang et al. (2003) påpeker imidlertid at disse barna kan ha like store problemer med fungering i dagliglivet selv om de ikke har utviklet en bipolar lidelse.

I den tidlige utviklingshistorien er det grunn til å vente vansker med å regulere humøret, høyt aktivitetsnivå, liten utholdenhet og liten fleksibilitet (Chang et al., 2003; Egeland et al., 2003). Barn av foreldre med bipolar lidelse beskrives oftere som å ha «vanskelig temperament», selv om dette også kan forklares med dårligere forhold for å lære affektregulering under omsorg av foreldre med bipolar lidelse (Chang et al., 2003). Barn som diagnostiseres med bipolar lidelse, synes ofte å ha hatt både intrapsykiske trekk og atferdstrekk fra svært tidlig i oppveksten. Det som oppfattes som tidspunkt for debut, handler mest om å ha overskredet omgivelsenes grenser for toleranse i en gradvis økning av symptomene. Barn yngre enn ni år som får diagnosen bipolar lidelse, kjennetegnes med mer uro, irritabilitet og emosjonell labilitet, mens barn over ni år oftere viser mer klassisk eufori, paranoia og grandiositet (Mohr, 2001).

## Forløpsmønster

Et episodisk forløp er typisk for bipolar lidelse hos barn - i motsetning særlig til ved ADHD, men også til forskjell fra atferdsvansker. Episodene hos voksne er helst klart avgrenset og er klart maniske eller depressive (selv om episoder med blandede symptomer kan forekomme), og det kan være lengre perioder med normalfungering eller mellom episodene. Forløpet hos barn er gjerne mindre klart avgrensede episoder, eller et ikke-episodisk og mer kronisk forløp med hurtig svingning mellom ytterlighetene, blandede maniske og depressive symptomer side om side innenfor episoden er vanligere, og det er vanligvis ikke symptomfrihet mellom episodene (Geller & Luby, 1997).

Selv med blandede, superhurtigsvingende eller mindre klart avgrensede episoder er et episodisk tilbakevendende forløp også typisk hos barn: Et flertall (70 - 100 %) vil ha avsluttet episoden i løpet av 1 - 5 år, men svært mange (44 - 70 %) vil også ha hatt ett eller flere tilbakefall med samme utforming eller ha skiftet mellom BP-I, BP-II og blandet tilstand (Birmaher & Axelson, 2006). Det har vært uenighet om kravet til varighet for å kvalifisere til en episode, og forskjellen som skal kreves i kontrast til premorbid nivå. Carlson (1998) peker på at de siste tre versjonene av DSM ikke har forholdt seg til disse spørsmålene. Geller (2003) rapporterte fra en klinisk kohort av barn med bipolar lidelse at *ingen* hadde så lite som fire episoder pr. år. (Hos voksne har fire episoder pr. år

vært lansert som kriterium for hurtig svingning («rapid cycling»). Omkring 80 % av barna svingte flere ganger pr. dag («ultradian cycling» - minimum fire timer med symptomer pr. dag). Geller anså dette verken som korte episoder eller som en blandet tilstand, men som hurtige svingninger innenfor en uspesifisert affektiv episode. AACAP Practice Parameters (AACAP, 2007) foreslår et generelt episodekrav på 7 dager, med unntak av 4 dager for BP-II.

### **Alvorlighetsgrad**

Tidlig debut og hurtigsvingende blandet tilstand kan synes å gi en mer alvorlig utvikling av en bipolar lidelse. Førskolebarn med lidelsen synes å ha like stor funksjonssvikt og sosiale problemer som eldre barn, og en stor andel trenger ekstra ressurser og spesielle tiltak i barnehagen (Wilens et al., 2003). Selv hos barn som ikke fyller diagnosen fullt ut, er det funnet større reduksjon i funksjonsnivå på GAF enn hos alvorlig deprimerte voksne pasienter (Lewinsohn et al., 1995).

Barn med bipolar lidelse kan ha tanker om suicid fra tidlige barneår (Wilens et al., 2003), og en av tre forsøker suicid i oppveksten (Geller et al., 2003; Goldstein et al., 2005). Psykotiske episoder og symptomer er vanlig blant barn med bipolar lidelse; psykotiske symptomer; deriblant grandiose vrangforestillinger og maligne hallusinasjoner, er rapportert blant opptil 60 % av barn med bipolar lidelse (Geller et al., 2003).

### **Arvelighet og familiefokus**

Det antas at det er en sterk genetisk faktor i bipolar lidelse basert på tvilling- og adopsjons-studier (Pavuluri et al., 2005), og flere ganger har genetikere trodd at de har funnet et spesifikt gen som skulle være bærer av lidelsen. Studier av forekomst blant barn av foreldre med bipolar lidelse viser jevnt over 50 % psykiatrisk sykелighet og variasjon mellom 14 % og 50 % forekomst av bipolar spektrum lidelser (Chang et al., 2003). I oppvekstmiljøet til barn med bipolar lidelse har man funnet økt forekomst av både mani (20 %), depresjon (50 %) og alkoholisme (60 %) (Wilens et al., 2003). I utredning er derfor familiehistorien av stor verdi. Familieanamnese kan gi viktig informasjon for å vurdere både arvelighetsbelastning, familiekultur, belastning og traumatisering i oppveksten, og omsorgshistorie. Uten funn av affektiv lidelse og/eller assosierte symptomer og særtrekk i familien bør man være tilbakeholden med å sette diagnosen bipolar lidelse (Weckerly, 2002).

Barn av foreldre med bipolar lidelse bør tilbys vurdering av om de viser tidlige tegn til affektive problemer, samt rådgivning til foreldrene, og eventuelt følges prospektivt med tanke på tidlig intervensjon (Reichart, Wals & Hillegers, 2007b). Et familiefokus kan også bidra til å skaffe hjelp til familiemedlemmer med uoppdagede og ubehandlede affektive lidelser, angstproblemer

og rusproblemer. Å bidra til å skaffe andre familiemedlemmer adekvat hjelp kan også forbedre omsorgssituasjonen og prognosen for barn.

### **Miljøfaktorer**

Det er mulig at langvarig stress eller store enkeltbelastninger er viktig for å aktivere en genetisk disposisjon, og familiekonflikter, traumatisering og søvndeprivasjon er kandidater til å være utløsende faktorer (Kowatch et al., 2005). Det er funnet overforekomst av vold og traumatisering i oppveksten i retrospektive beretninger fra voksne med bipolar lidelse, og Tillman et al. (2003) fant overforekomst av de fleste typer belastende livshendelser hos barn med bipolar lidelse sammenlignet både med barn med ADHD og normale barn. Foreldre med bipolar lidelse kan i seg selv utgjøre en betydelig belastning for barna sine, og de kan representere en svakere beskyttelse og ivaretagelse. Særlig i kombinasjon med rusmiddelavhengighet kan de representere økt risiko for vold og traumatisering, utløse debut eller utbrudd av en episode, og redusere sjansene for remisjon hos barn som har utviklet bipolar lidelse (Tillman et al., 2003).

Sammenlignet med ungdommer flest opplever unge som selv har foreldre med bipolar lidelse, sine foreldre som mindre overbeskyttende, men de opplever sin mor (i motsetning til far) som mer varm (Reichart et al., 2007a). Men hvis de unge selv også har bipolare symptomer, opplever de foreldrene sine som mer avvisende. Foreldre som selv har erfart lidelsen og har selvinnsett, kan oppdage den lettere hos barna, og representere en ressurs gjennom å ha større forståelse og innsikt i hvordan problemene oppleves. Å ha omsorg for barn med bipolar lidelse kan være en vanskelig utfordring og en vesentlig belastning også for vanlige foreldre, og foreldre som selv har psykiske problemer, står i fare for å bli underkjent som foreldre basert på antakelser.

### **Hva er mest spesifikt og sentralt for mani?**

I diagnosekriteriene i DSM-IV heter det at hevet stemningsleie eller irritabilitet er hovedkriterier for mani (pluss minst tre andre av kriteriene; fire hvis bare ett av hovedsymptomene er til stede). Wozniak et al. (1995) fant høy grad av irritabilitet hos 77 % av barn som fikk en manidiagnose. Bipolart betinget irritabilitet hos barn kan også være utformet som dysfori og agitasjon, med eksplosive og uhåndterlige aggressive utbrudd som det kan ta flere timer eller være nesten umulig å «ta ned». De kan for eksempel komme med drapstrusler, true med våpen, eller forsøke å angripe eller

kvele personer både i og utenfor familien. Raseriet er uforholdsmessig eller uprovosert i omgivelsenes øyne (Biederman et al., 1998; Wozniak et al., 1995).

Likevel innvender flere forskere at irritabilitet er uegnet som hovedsymptom for mani, fordi det finnes i svært mange andre tilstander (Biederman et al., 2000; Geller et al., 2003). Kim og Miklowitz (2002) peker på en mulig kvalitativ forskjell ved at irritabiliteten i manier er mer voldsom (raseriutbrudd), og at atferden er mer grensebrytende, eller at aggressivitet er utløst av å møte motstand mot manisk atferd. Geller (2002a) foreslår hevet stemningsleie og/eller grandiositet (minst ett av disse) som kardinalsymptomer på mani fordi disse to symptomene begrepsmessig og statistisk er sentrale for mani og ikke overlapper med ADHD. Fem andre symptomer differensierte statistisk mellom bipolar lidelse og ADHD: oppstemthet, grandiositet, redusert søvnbehov, ideflukt/tankeskred, og hyperseksualitet. «Svekket vurderingsevne» var dårligere til å diskriminere, mens de symptomene som var felles med ADHD, akselerert tale, distraherbarhet, sosial innblanding og økt energi, som ventet ikke differensierte mellom ADHD og bipolarlidelse i Gellers studie (2002a). I differensieringen mellom ADHD og bipolar lidelse kan det synes som differensieringen er vanskeligst før 10 års alder, og at en ved tvil bør følge utviklingen over tid med fokus på hva som er kjernesymptomer for hver av dem og differensierende symptomer mellom dem (Biederman et al., 2000). Bostongruppen har foreslått to andre strategier enn kardinalsymptomer i forhold til å vurdere komorbiditet: subtraksjonsmetoden, der overlappende symptomer ikke telles med, og proporsjonsmetoden, der kravet om antall symptomer justeres proporsjonalt når en vurderer komorbiditet og differensiering (Biederman et al., 2000).

I Amish-samfunnet, der det pågår longitudinelle og genetiske studier av bipolar lidelse, viser studier av barn med bipolare symptomer et noe annet mønster enn i de mange andre studiene: En undergruppe med barn hadde blandede episoder eller episoder med rask svingning mellom symptomer innenfor episodene, mens flertallet av barn med bipolar lidelse lignet mer på det klassiske bildet av voksne med bipolar lidelse: langsomme vekslinger mellom klare maniske eller depressive faser (Egeland et al., 2003). Denne forskjellen kan handle om kulturelle faktorer i det religiøse, anti-teknologiske og rusfrie Amish-samfunnet, som har en sterk kollektiv kultur på oppdragelse av barn, men det kan også handle om en spesiell genetisk populasjon. Egeland (2003) har foreslått at subgrupper av barn som er forskjellige med hensyn til episodekjennetegn og hurtigsvingning, vil vise seg å ha ulik etiologi og/eller at disse forskjellene har prognostisk betydning i langtidsforløpet av bipolar lidelse.

Den høye komorbiditeten mellom bipolar lidelse og angst, og innslaget av irritabilitet/agresjon i bipolar lidelse, kan være forenlig med å anse emosjonell dysregulering som kjernen i bipolar lidelse. Men samtidig peker denne forskningen mot forskjeller mellom «stringent definert» bipolar lidelse og bredt definert emosjonell dysregulering (Dickstein & Leibenluft, 2006). Vi vil peke på at det inngår to ulike fenomener i beskrivelsene av bipolar lidelse hos barn: 1) En dominerende manisk eller depressiv tilstand som preger både den indre verden, opplevelser og reaksjoner. 2) En dysfunksjonell emosjonell hyperreaktivitet med unyanserte mønstre av tolkning, atferd og samspill. Hyperreaktiviteten kan se til forveksling lik ut enten den er betinget av en dominerende emosjonell tilstand eller den fungerer som en programmering av tankegang og atferd uten en dominerende emosjonell tilstand. Dette lar seg bedre skille hos voksne, som evner introspeksjon i og beskrivelse av sin egen fungering. Det kan være vanskeligere å finne ut av det hos barn, og voksnes beskrivelser og antagelser er ofte et dårlig grunnlag for å forstå et barns indre verden. En forståelse av barnets indre verden er nødvendig både for klinisk vurdering og for å utvide våre kunnskaper om bipolar lidelse hos barn.

### **Tilstand og symptomutforming hos barn med bipolar lidelse**

En av utfordringene med diagnostisering av *barn* med bipolar lidelse er at barn ikke har samme mulighet for å utfolde mani gjennom makt, penger og seksualitet. Barns symptomer må nødvendigvis bære preg både av barnets muligheter og barnets erfarings- og fantasiverden. På den annen side er våre forestillinger om den glade, lekne barndom et hinder for å se manisk sykелighet og skille den tydelig fra vilter lek, fantasi, glede, drømmer og ønsker om mestring.

Craney og Geller (2003) har publisert en samling med autentiske eksempler fra barn for fem utvalgte symptomer på mani: «hevet stemningsleie», «grandios atferd», «minsket behov for søvn», «hyperseksuell atferd» og «tankeskred». De fem er valgt ut fra evne til å diskriminere mellom bipolar lidelse og ADHD hos barn. Eksemplene er satt i kontrast til utformingen hos voksne og til normalatferd hos barn. Weckerly har også publisert kortere konkretiseringer av maniske og depressive symptomers utforming hos barn sammenlignet med voksne (Weckerly, 2002). Vi har med tillatelse fra Barbara Geller oversatt beskrivelsene, og tilpasset og supplert dem til norsk bruk som illustrasjoner i denne artikkelen (se tabell 1 og 2).

---

**Tabell 1. Normalatferd og utviklingsrelative symptomer på mani hos voksne og barn. (Basert på Craney & Geller (2002), oversatt språk- og kulturtilpasset ved O. Bjerkan og T. Rimehaug)**

---

| Symptom | Normalt barn | Barnemani | Voksen mani |
|---------|--------------|-----------|-------------|
|---------|--------------|-----------|-------------|

**Tabell 1. Normalatferd og utviklingsrelative symptomer på mani hos voksne og barn. (Basert på Craney & Geller (2002), oversatt språk- og kulturtilpasset ved O. Bjerkan og T. Rimehaug)**

|                        |   |  |  |
|------------------------|---|--|--|
| Hevet stemningsleie    | <p>Et barn kan være kjempeglad når familien drar til lekeland, på julaften, og ved besøk av besteforeldrene. Barnets glede passer til sammenhengen, atferden er ikke nedverdiggende.</p>  | <p>En 7-årig gutt ble gjentatte ganger sendt til rektor pga. klovneri og fnising i klassen (ikke oppmuntret av andre elevers respons) - foreldrene ble stadig bedt om å holde ham hjemme resten av dagen for fjollete bråk og uro. Han ble kastet ut av fotballaget pga. lignende oppførsel. En 9-årig jente hadde blitt utvist fra privatskolen hun tidligere hadde mast om å få gå på: Hun danset rundt hjemme hele dagen mens hun sang: «Jeg har det så kjempefint! Jeg har bare fri og er så glad!</p>   | <p>En 40 år gammel mann friste og lo på en smittende måte da han ble lagt i reimer i akuttavdelingen. En 50 år gammel mann på legevakten var svært morsom da han beskrev akutte innleggelse, tap av jobber og dødsfall i familien.</p>   |
| Grandios atferd        | <p>Barn på 7 kan leke de er brannmenn, dirigere andre barn i leken, og redde noen på liksom. Men de leker ikke med virkelige branner eller kontakter brannvesenet for å dirigere dem.</p> | <p>En 7-årig gutt stjal en gocart bare fordi han hadde lyst på den. Han visste at det er galt å stjele, men mente at det ikke gjaldt for ham. Da politiet kom hjem til familien, mente gutten at betjentene kom dit for å leke med ham. En 8-årig jente åpnet butikk for papirblomster i klasserommet. Hun ble irritert og nektet å gjøre skolearbeid da hun ble bedt om det av læreren. En 8-årig jente som var svak på skolen, tilbrakte kveldene med å øve seg på å holde taler til hun skulle bli statsminister - hun sa hun visste at hun kom til å bli det. Hun planla også å lære ektemannen sin opp til å gå på ball og middager på Slottet.</p> | <p>En mann satte familien i bunnløs privat gjeld pga flere urealistiske prosjekter med store utgifter. En mann på 21 år trodde han kunne begå et drap uten å bli arrestert, - loven gjaldt ikke ham En 18-åring oppsøkte en TV-journalist fordi hun «visste» de var forlovet. Det spilte ingen rolle at de aldri hadde møtt hverandre før.</p> |
| Minsket behov for søvn | <p>Vanlige barn sover omtrent 8 til 10 timer om natten og er trøtte neste dag hvis de sover færre timer enn vanlig.</p>   | <p>En 8-årig gutt var i lange perioder oppe til 0200 og ommøblerte rommet eller spilte spill, men sto opp kl. 0600 for å gå på skolen og var energisk gjennom hele dagen uten synlig tretthet eller slitenhet. En 7-årig jente ringte på daglig kl. 0600 hos en venninne for å leke, ble der iblant til sent på kvelden uten tegn til tretthet.</p>  | <p>En 25-årig kvinne har flere heltids jobber tilsynelatende uten å bli sliten. En far beskrev sin kone slik: «hun fester flere dager og netter på rad, og deretter sover hun flere dager»</p>   |

**Tabell 1. Normalatferd og utviklingsrelative symptomer på mani hos voksne og barn. (Basert på Craney & Geller (2002), oversatt språk- og kulturtilpasset ved O. Bjerkan og T. Rimehaug)**

|                                   |   |  |  |
|-----------------------------------|---|--|--|
| Hyperseksuell atferd              | 7 år gamle barn kan leke doktor med jevnaldrende. Barn kan være nysgjerrig på pornografi, særlig når puberteten nærmer seg. Vanlige barn masturberer, helst alene eller når de ikke er oppmerksomme på at andre er til stede. | En 8-årig gutt imiterte en rockestjerne ved å rotere hoftene og gni skrittet under et forskningsintervju. En 14-årig jente sendte lapper til guttene i klassen og foreslo at de skulle ligge sammen. Hun fakset også til den lokale politistasjonen og tilbød betjentene sex. En 7-årig jente berørte lærerens bryster og kom tilbud om sex til gutter i klassen. Et barn på 10 år ringte sex-telefoner daglig i flere uker, noe foreldrene oppdaget da telefonregningen kom ved slutten av måneden. | Voksne med flere enn to ekteskap på få år eller en rekke seksuelle forhold - samtidig eller på rad. Perioder med multiple/ ukritiske seksuelle initiativ/ forhold                                      |
| Tankeskred (tankeras, tankeflukt) | Vanlige barn og voksne gir ikke bekreftende svar når de blir spurt om tankeskred eller om de har opplevd at tanker raser gjennom hodet.   | Barn kan gi konkrete eller billedlige beskrivelser av «tankeskred» hvis de har opplevd det, men de kan ha vansker med å svare på mer generelle spørsmål om fenomenet: Ei jente pekte mot midten av pannen og sa: «Jeg trenger et stopplys der oppe». Andre barn kan si det slik: «Det er som om flere trekkopp- leker raser rundt i hodet mitt», «For mange saker flyr omkring der oppe», «Jeg vet ikke hva jeg skal tenke først», «Tankene mine brøt lydmuren i hjernen min».                       | Voksne forstår hva som menes med tankeskred eller tanker som raser gjennom hodet, hvis de har opplevd det. Voksne kan beskrive dem ved å bruke både disse begrepene og lignende egne ord eller bilder. |

**Tabell 2. Utviklingsrelative uttrykk for maniske og depressive symptomer i førpubertet og hos voksne. Basert på J. Weckerly, oversatt og tilpasset ved O. Bjerkan og T. Rimehaug).**

| Symptom                 | Barnemani  | Voksen mani  |
|-------------------------|--|--|
| Snakkesalighet          | Barnet prøver å «omvende» tilhøreren, er vanskelig å avbryte, holder vedvarende fast på et annet tema enn andre i situasjonen. | Den voksne er vanskelig å avbryte  |
| Distraherbarhet         | Barnet klarer ikke å holde på med vanlige aktiviteter over tid, men skifter fra en aktivitet til en annen.                     | Den voksne kan ikke holde seg til temaet for samtalen, kommenterer påkledning, forbipasserende, irrelevante hendelser etc                  |
| Økt målrettet aktivitet | Barnet vil ommøblere rommet etter leggetid; barnet sorterer fotballkort eller blader om igjen og om igjen                      | Den voksne begynner spontant med oppussing av hus uten planer og finansiering; den voksne skriver stadig brev til politikere og kjendiser; |



**Tabell 2. Utviklingsrelative uttrykk for maniske og depressive symptomer i førpubertet og hos voksne. Basert på J. Weckerly, oversatt og tilpasset ved O. Bjerkan og T. Rimehaug).**

|  |   |   |
|--|---|---|
|  |   | begynner i stadig nye foreninger og foreslår å bli leder  |
| Dårlig dømmekraft                        | Barnet prøver å hoppe ned fra høye tak og planlegger å hoppe fra et høyt fjell med selvlaget fallskjerm   | Den voksne gambler, går på rangel med alkohol eller narkotika, bruker alle pengene på forlystelser  |
| Irritabilitet og/eller raserianfall      | Barnet truer med å drepe foreldrene med kniv; prøver å kvele bror/søster med pute; barnet sparker hull i dører og vegger  | Den voksne havner i slagsmål på pub, eller kaster egne ting i veggen fordi det er så mye bråk fra naboen  |
| Psykotiske symptomer                     | Barnet tror stadig at kamerater prøver ønsker å lure det; ser slange komme ut av veggen; hører stemmer som kommanderer det til å gjøre «gale ting»; barnet forteller at det ser veggen bli rød. | Den voksne ser spøkelses om dagen; den voksne ser speilbildet sitt forandre seg til en annen person; den voksne hører stemmene til avdøde slektninger |
| Appetittendringer                        | Barnet viser store variasjoner i appetitten fra knapt å spise til å proppe i seg mat.   | Den voksne mister appetitten under en depressiv episode. (DSM-IV - også overspising)  |
| Mindreverdsfølelser                      | Barnet insisterer på at foreldrene aldri ønsket at det skulle bli født; barnet uttrykker følelse av å ikke «høre til»   | Den voksne har en vedvarende følelse av å være en fiasko; eller føler at det ikke er noe å leve for   |
| Tilbakevendende tanker på død / selvmord | Barnet snakker mye om døden; barnet kommer med klare trusler om å skade seg selv; snakker om at det ønsker det var død; barnet forbereder å henge seg   | Den voksne frykter døden, har tanker om brå død; den voksne uttrykker ønske om å dø, planlegger selvmord  |

## Mot en konsensus?

Det har vært en rekke konsensusdrøftinger og ekspertuttalelser etter år 2000 om bipolar lidelse hos barn og unge for å drøfte diagnostiske spørsmål, behandling og forskning. Disse har vært holdt i regi av NIMH (Kowatch et al., 2005; NIMH, 2001), CABF (Child and Adolescent Bipolar Foundation) (NIMH, 2001), DBSA i 2003 (Depression and Bipolar Support Alliance) (Coyle et al., 2003), AACAP i 2003 (The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) (Carlson et al., 2003), og AACAP i 2006 (AACAP, 2007). Det anbefales å sette seg inn i disse i detalj hvis en skal arbeide inngående med temaet; vi har valgt å nevne bare noen få av anbefalingene her.

Blant konklusjonene har vært anbefaling av å bruke velprøvde psykiatrisk diagnostiske redskaper som KSADS, CBCL og Young Mania Rating Scale, prospektiv symptomkartlegging og grundig familie- og utviklingsanamnese i utredning. Det ble videre anbefalt at en utredning bør inkludere intervju med barnet om internaliserte symptomer, psykose, tanke-/språkforstyrrelser og gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, og bygge på flere informanter og beskrivelser fra flere

arenaer. Det ble også foreslått å samarbeide om å operasjonalisere symptombeskrivelser tilpasset barn samt å utvikle nye diagnostiske redskaper i forhold til aggresjon/raseri og kognitiv funksjon. Bipolar lidelse NOS (Not Otherwise Specified) ble foreslått som diagnosekategori og arbeidshypotese for de barna som ikke helt ut oppfyller DSM-IV kriteriene for bipolar lidelse I, bipolar lidelse II eller blandet bipolar lidelse - ofte primært irritable eller aggressive i sine (ekstreme) humørsvingninger. Dette ble også anbefalt strategisk for å fremme forskningen på denne fenotypen, som er dårlig dekket av hovedkategoriene i DSM-IV.

Det er fortsatt forskjeller på hva som anses som de mest sentrale og relevante symptomene hos barn, og det er en rekke kritiske synspunkter på utviklingen i det siste tiåret i USA (se f.eks. Olfman, 2007). Samtidig kan det være like bekymringsfullt at bipolar lidelse hos barn benektes som mulighet i enkelte land. Å tenke ut fra dikotome ja/nei-beslutninger om hvorvidt et barn har ganske dramatiske livsløpsproblemer i vente, hever terskelen for å forholde seg seriøst og nøkternt til viktige signaler. Både dimensjonell forståelsen av psykiske problemer (Kent & Craddock, 2003) og en spektrumsmodell som favner mange subdiagnoser og alvorlighetsgrader (Angst & Cassano, 2005), kan være mer nyanserte modeller å tenke ut fra. De har også felles å forvente sårbarhetsfaktorer, subkliniske symptomer og gradvis personlighetsforming i oppveksten som basis for en debutrisiko. Diagnoser kan også graderes med en sannsynlighets-ratio eller indeksskårer som et alternativ til det dikotome «ja/nei» i forhold til atskilte kategorier (Youngstrom, Findling & Calabrese, 2003).

Den største usikkerheten i forhold til sikker avgrensning av bipolar lidelse hos barn er at det enda ikke foreligger prospektive studier som viser hvilke utviklingslinjer bipolare tilstandsbilder i barndommen følger inn i voksen alder (Strober et al., 2006). Det er blant annet ikke godt avklart hvilke varianter av emosjonelle reguleringsvansker og av hurtig svingende eller blandede tilstandsbilder som predikerer en tilbakevendende bipolar lidelse i livsløpsperspektiv eller er assosiert med utvikling mot en ustabil personlighetsforstyrrelse. Likevel bør en i klinisk praksis anse et hurtig svingende blandet tilstandsbilde som en mulig utforming i barndommen, men det er svakt fundert å bruke diagnosen i førskolealder (AACAP, 2007).

### **Målemetoder, diagnostiske instrumenter og informasjonskilder**

Knyttet til de andre diskusjonene har det fram til nå også vært store ulikheter i diagnostiske prosedyrer, verktøy og metoder (Wolf & Wagner, 2003). Stein et al. (1999) kritiserer Biederman et

al. (1995) sine data for å være basert på begrenset informasjon, fordi de består av bare opplysninger fra foreldre, og Stein hevdet at en multi-informant-tilnærming ville føre til at langt færre barn fikk en affektiv diagnose enn dagens praksis er i USA. Carlson (1998) understreker viktigheten av å undersøke barnet selv, ikke nøye seg med observasjonene fra andre informanter - selv om det er foreldrene. Foreldre har ikke nødvendigvis god kjennskap til en del av de indre, subjektive symptomene som skiller best mellom mani og ADHD hos barn mellom 7 og 14 år (Tillman et al., 2004).

Ett synspunkt er at standardiserte instrumenter ikke kan erstatte en direkte, klinisk vurdering av en ekspert (Morrison & Anders, 1999; Stein et al., 1999; Weller et al., 1995), mens andre mener at den subjektive og varierte bedømmingen til klinikere bør erstattes helt eller delvis av strukturerte intervjuer bygd på operasjonelle definisjoner av diagnosekriteriene (Ambrosini, 2000). Semistrukturerte intervjuer utført av kvalifiserte klinikere kan tilføre større pålitelighet i hvilke momenter som kartlegges, og hvordan (Geller et al., 2001). Erfarne klinikere vet mye om hvorfor spørsmålene er viktige, har direkte erfaring med tilstandene en spør om, kan bruke observasjoner under intervjuet som datakilde, og kan bedre vurdere validiteten i svarene som innhentes. Eksempler på intervjuer som inkluderer bipolare lidelser og som forutsetter og bygger på klinisk kompetanse, er Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA) (1978), og KSADS (se nedenfor), som finnes i flere utgaver - f.eks. KSADS-PL og WASH-U-KSADS (2002). Alle er basert på kriterier fra DSM-IV.

Et instrument som er ment brukt i intervjuform, er Mania Rating Scale (MRS eller Young-MRS) utviklet av Young et al. (1978). Dette kartleggings skjemaet er prøvd ut på barn og unge, men skjemaet er opprinnelig utviklet for voksne. Gracious et al. (1999) har utviklet en versjon av denne med elleve ledd beregnet på foreldreintervjuing.

KSADS-PL (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children - Present and Lifetime Version) (Kaufman, Birmaher, Brent, Ryan & Rao, 2000) er ifølge Morrison (2000) det mest brukte semistrukturerte intervjuet for barn og ungdom. Det har god reliabilitet, men kritiseres for svak validering i forhold til mani (Lewczyk, Garland, Hurlburt, Gearity & Hough, 2003). Kaufman (2000) anbefaler selv å supplere KSADS-PL i utredning av mani med andre kartleggingsmetoder og informasjonskilder, og peker på at det er vesentlige begrensninger ved vurderingsskalaer, beslutningsregler og kliniske intervjuer fokusert på symptomer. Han oppfordrer derfor til å inkludere både familiehistorie og longitudinelle symptomkartlegginger i utredningene.

WASH-U-KSADS (Geller et al., 2001) er en spesialisert og utvidet versjon av KSADS-PL som er spesielt utviklet for forskning på bipolare lidelser hos barn. WASH-U-KSADS har meget gode kappa-verdier for mani, bedre enn for de affektivt orienterte leddene i KSADS-PL. Geller anbefaler intervjuet primært i klinisk forskning, ikke i klinisk diagnostikk.

Det er grunn til å advare mot å basere seg bare på ett strukturert intervju (Wozniak et al., 1995) eller bare screeninginstrumenter (AACAP, 2007). Selv 97 % overensstemmelse mellom et strukturert klinisk intervju og klinisk vurdering, som f.eks. Wozniak et al. (1995) rapporterte, er ikke en sikker validering hvis begge er basert på de samme begrensningene med hensyn til informanter og kartlegging over tid. Weller et al. (2000) minner om at i disse familiene kan foreldrenes beskrivelser ofte være påvirket av egne psykiske problemer, og at både foreldre og lærere kan være påvirket av et negativt samspill med barnet over lang tid. På den annen side kan foreldre med bipolar lidelse ut fra sitt kjennskap til symptomene både korrekt gjenkjenne dem hos barna tidligere enn andre personer vil (Kowatch et al., 2005) eller være i fare for å tillegge barna å ligne dem selv. Generelle kognitive tester og kartlegging av skolefunksjon er også anbefalt som supplement, men velegnede spesifikke tester for de kognitive særtrekkene en kan se ved bipolar lidelse, finnes ikke tilrettelagt for diagnostisk bruk enda.

### **Nye forbedringer i KSADS-PL i forhold til mani**

Innenfor de nordiske landene er KSADS-PL det strukturerte diagnostiske intervjuet som brukes mest i psykisk helsevern for barn og unge, både klinisk og for forskning (Pedersen & Bilenberg, 2002). Norsk versjon er oversatt og bearbeidet av Løkke og Sund ([www.ntnu.no/inm/rbup](http://www.ntnu.no/inm/rbup)). Foreldre og barn (6 - 18 år) intervjues hver for seg når det er mulig. Sonderende spørsmål som tilpasses barnets alder, brukes i forhold til DSM-IV kriterier til å vurdere tidligere og nåværende episoder av psykopatologi. Enighet mellom intervjuere, enigheten på diagnosenivå, test-retest-reliabilitet og kriterievaliditet er gode. Det er mulig å komme frem til 32 ulike diagnoser, som til slutt skåres som definitive, sannsynlige eller ikke til stede. KSADS-PL skal gjennomføres av en erfaren og spesielt trent kliniker. Eldre norske versjoner av KSADS-PL bør byttes ut fordi det i 2003 kom endringer når det gjelder mani både i screeningintervjuet og i fordypningsheftet for affektive lidelser oversatt av forfatterne her i samarbeid med A. M. Sund, dessuten er det under arbeid en revisjon i forhold til gjennomgripende utviklingsforstyrrelser. Ny versjon distribueres nå i Norge av RBUP Midt-Norge ([www.ntnu.no/inm/rbup](http://www.ntnu.no/inm/rbup)).

## Godt nok diagnosegrunnlag?

Sikker diagnostisering av alvorlige og forventet kroniske tilstander hos barn, spesielt bipolar lidelse, krever langt mer enn en her-og-nå-vurdering av ytre symptomer basert på *en* informant. En diagnostisk utredning bør ikke ta sikte på å bare ta stilling til en lansert bekymring, men også formulere hypoteser for både alternative forklaringer og mulige komorbide tilstander. Både utvikling, samspill og ressurser er dessuten viktige perspektiver av interesse for habilitering og mestring selv for tilstander som har en vesentlig genetisk basis.

I utredning av bipolar lidelse hos barn er det påkrevd å forsøke på rekonstruksjon av hele utviklingshistorien, vurdering av familien med hensyn til genetikk, kultur og samspill, strukturert prospektiv observasjon av symptomenes endring over tid, og informasjon fra både barnet selv, omsorgspersoner samt skole- og helsepersonell. Skolefaglig/kognitiv vurdering samt oppmerksomhetstester som er relevant for ADHD, bør også inkluderes ved siden av medisinsk/nevrologisk differensialdiagnostikk. Dette innebærer at kvalitativt god nok diagnostisering av bipolar lidelse er vanskelig uten et tverrfaglig strukturert samarbeid.

En bipolar diagnose er sikrere på bakgrunn av historien enn ved vurdering av nåværende symptomer (Morrison & Anders, 1999), fordi et historisk forløp i episoder og faser er så sentralt for bipolare tilstander. Forløpet antas å starte med tidlige subsyndromale særtrekk i forhold til søvn, aktivitet og humørsvingninger hos mange av barna som etter hvert debuterer med bipolar lidelse. Dessuten vil tidlige episoder som i sin tid ikke vakte sterk bekymring, kunne passe retrospektivt inn i mønstre som fremtrer etter hvert. Derfor vil beskrivelser av særtrekk og rekonstruksjon av endringer i fungering før debut av alvorlige problemer være av vesentlig verdi. Men retrospektiv rekonstruksjon er beheftet med så mange svakheter at prospektive systematiske registreringer over lengre perioder er nødvendig for å feste lit til og få klarlagt forløpsmønstre. Subjektive retrospektive oppsummeringer gir ikke godt nok grunnlag alene.

### Hypoteselansering og screening

Grunnene til å lansere bipolar lidelse som hypotese kan være mangfoldige. Ett eller flere av følgende trekk kan være utgangspunktet: irritabilitet, raserianfall, tyrannisering, humørsvingninger, svak følelsesmodulering, høy aktivitet, overmot og farlige stunt, ekshibisjonisme, hysterisk tøys og tull, tilbakevendende depresjon, grenseløs energi, søvnvansker, reguleringsvansker, tankekaos, respektløshet og seksuallfokus. AACAP (2007) anbefaler å legge spesiell vekt på søvnforstyrrelser

og aktivitetsnivå, og på affektive lidelser i familiehistorien, samt symptomer i mer enn én kontekst i innledende beskrivelser.

Neste skritt bør være en strukturert screening både generelt og i forhold til de lanserte affektive hypotesene. En screening kan verken bekrefte eller sikkert avvise en diagnose, men kan gi noen holdepunkter for om sannsynligheten for diagnosen er høy eller lav. Vårt valg har vært ASEBA-skjemaene (Achenbach & Edelbrock, 1983) som generell screening med både foreldre og skole som informanter. Når bipolar lidelse er en av hypotesene, vil ADHD rutinemessig også være aktuelt for barn. Derfor anbefaler vi Barkleys foreldre- og skoleskjemaer (Barkley, 1990, norsk versjon kan skaffes fra Nasjonal kompetanseenhet for AD/HD, Tourette og narkolepsi), og Conners 10-punkts ADHD-skjema (Rowe & Rowe, 1997). Noen av spørsmålene i Conner-skjemaet har verdi som screening også i forhold til bipolar lidelse (Tillman & Geller, 2005). I tillegg kan P-YMRS brukes med foreldre eller YMRS med ungdom i en tidlig screeningfase.

### **Innledende familiesamtaler og anamnese**

De innledende samtaler med barn og unge bør vanligvis inkludere både foreldre og pasient og må ivareta etablering av samarbeidsrelasjon og en uformell kontrakt med alle parter for hva det er bruk for å få hjelp med og utrede. Det er dessuten viktig å legge grunnlaget for en felles prosess med pasienten og familien på veien mot en diagnostisk vurdering (Rimehaug & Helmersberg, 1995). I de videre samtaler bør det fokuseres bredt på familie, nettverk, kultur, helse og levekår og familiens og barnets historie og utvikling. Det anbefales å bruke familiekart og tidslinjer til å oppsummere og tydeliggjøre historier og relasjoner sammen med familien i slike samtaler med mye innhenting av informasjon.

I slektsgjennomgangen er det av interesse om det er forekomst av affektive lidelser eller personlig særpreg beslektet med mani, f.eks. om slektninger har hatt svingende eller uforutsigbart humør, har vært karismatiske, vist grandiose trekk og urealistisk foretaksomhet, hatt alkoholproblemer, etc.. Bipolar lidelse og særlig hypomani er trolig sterkt underdiagnostisert, og en eventuell diagnose vil ofte ikke være kjent selv for nære slektninger. Beslektet særpreg er usikre holdepunkter, men i et totalbilde med andre slektninger som er formelt diagnostisert, har slike beskrivelser en viss verdi. Selv om slektsforekomst av affektive lidelser kan styrke en sannsynlighet, kan det ikke brukes som et diagnosekriterium. I forhold til bipolar lidelse er tidlige utviklingstrekk som rytme- og reguleringsforstyrrelser, overfølsomhet, evne til å modulere følelser og trøste seg selv av spesiell interesse.

I tillegg til å gi informasjon til klinikerens vurderinger har en slekts- og historiegjennomgang ofte en terapeutisk verdi for barn ved å gi dem en narrativ oversikt og sammenheng og bringe opp temaer i nåtid og fortid som er emosjonelt viktige for dem, og kan ha betydning for de presenterte problemene.

### **Intervju om fenomenologi og differensialdiagnostikk**

Vi anbefaler KSADS-PL som strukturert diagnostisk intervju med barn og foreldre. Det er svært viktig å intervju barnet direkte, og gå videre enn standardspørsmålene om mani i KSADS-PL, med fokus på internaliserte symptomer, grandiositet, dødstanker, hat, «tankeskred», psykose osv. Foreldre har ofte mangelfull kjennskap til hva som foregår i barnas tanker og indre opplevelser, og det må spørres aktivt etter dette for å få god kjennskap til det.

KSADS-PL legger opp til å intervju *både* barn og foreldre, og frembringer dermed supplerende beskrivelser fra ulike informanter. Dette vil være av stor verdi, men å basere seg bare på foreldres beskrivelser er det grunn til å advare mot. Til foreldre-intervjuet bør det også høre å spørre om foreldrenes helse, problemer og ressurser, og opplevelsen av samspillet med barnet. Det kan ha verdi i forhold til både validering av foreldrenes beskrivelser og deres kapasitet til å ivareta barnets særlige behov.

*Samtaler direkte med barnet er helt avgjørende for å få tilgang til hvordan tilstand og situasjoner oppleves innenfra. Særlig tankekaos og psykotiske erfaringer kan være helt eller delvis ukjent for foreldre.* «The storm in my brain» ([www.bpkids.org](http://www.bpkids.org)) er tittelen på en god brosjyre/bok for barn på engelsk som illustrerer med tekst og autentiske barnetegninger hvordan det er å leve med bipolar lidelse, og hvordan kaotiske tanker, utmattende raseri og selvmordstanker kan gjøre tilværelsen vond og vanskelig. Illustrasjonene og teksten kan brukes som samtalegrunnlag selv om det ikke foreligger en offisiell oversettelse til norsk.

### **Prospektiv symptomregistrering over tid**

Dersom det er grunnlag for å beholde bipolar lidelse som hypotese etter screeningen og de innledende samtale, bør omfang og frekvens av symptomene kartlegges. Variasjonene i humør i og mellom dagene bør kartlegges prospektivt i minst fire uker, helst tre måneder, ved hjelp av strukturerte skjemaer, både hjemme og på skolen. En rekke slike skjemaer på engelsk kan finnes på nettstedet [www.bpkids.org](http://www.bpkids.org), mens gode offisielle norske oversettelser fortsatt er mangelvare. Detaljering og utforming av denne kartleggingen må tilpasses i hvert tilfelle til både problemutforming og evne og motivasjon til nitid strukturert kartlegging. I enkel form bør tilstandsendingen følges over enda

lengre tid både hvis en konkluderer med en bipolar diagnose og hvis hypotesen følges over tid uten sikker avklaring.

I vurderingen av symptomforekomsten er «FIND-kriteriene» (Harrington & Myatt, 2003) for barn med bipolar lidelse ut fra DSM-IV slik:

**Frekvens:** De fleste dagene i uka.

**Intensitet** i forstyrrelsen: Ekstrem på ett domene eller moderat på to eller flere områder.

Number - Antall: 3 - 4 symptomer pr. dag.

**Duration** - Varighet: Fire timer med symptomer i sum pr. dag.

### Behandlingstiltak

Anbefalingen i litteraturen er å kombinere medikamentell behandling med psykososiale behandlingstiltak rettet mot både pasient, foreldre og skole/nærmiljø, og et fokus på både forbygging av tilbakefall, individuell forståelse og mestring, samspill og strategier overfor lokalmiljøet (AACAP, 2007). Vi vil her ikke forsøke å oppsummere medikamentelle erfaringer og anbefalinger, men fokusere på psykososiale tiltak.

Det kan være behov for psykoedukativt arbeid med hele familien og skolen (Fristad et al., 2003), arbeid med sykdomserkjennelse hos pasienten og sykdomsgjenkjennelse hos omgivelsene - for eksempel i form av «FFT», en familiefokusert psykoedukativ behandling for ungdom 13 - 17 eller flerfamiliegrupper (Miklowitz et al., 2004). Et viktig behandlingsmål på langt sikt er omgivelsenes og etter hvert barnets egen evne til emosjonell modulering («selvtrøst»). Kognitiv terapi i familiekontekst kan være godt egnet til dette (Pavuluri et al., 2004a).

Når barn og unge endrer ressurstilfang, livsfaseutfordringer og symptomutforming med alder og utvikling, må en være forberedt på å gjenta mange av tiltakselementene etappevis flere ganger. Det er behov for at psykologer engasjerer seg spesielt i de psykososiale elementene i behandlingsopplegg for barn og unge med bipolar lidelse og bidrar til at det også satses på egen mestring og forståelse som virkemidler til å heve livskvalitet og redusere lidelsene deres.

Noen barn og unge med bipolar lidelse kan klare seg uten medisiner, spesielt i tidlige faser av en utvikling mot bipolar lidelse, hvis de har lite tilleggspolmer, innenfor godt fungerende familier, og når resiliens-faktorer danner en vesentlig ressursbasis for gode psykososiale tiltak. Andre vil få utilstrekkelig hjelp bare med psykososial behandling, og vil fortsatt være både sterkt



lidende og overbelaste sine omgivelser uten medikamentell behandling. Noen vil kunne klare seg uten vedlikeholdsmedikasjon, og bare ta i bruk medikamenter til å kupere begynnende episoder ved hjelp av godt innarbeidet sykdomserkjennelse. Medikamentell behandling er dessuten spesielt viktig for å redusere gjennombrudd av psykose og suicidalitet, som denne gruppen er i høy risiko for. Ofte vil det kreve intensive psykososiale tiltak å klare seg uten medikamenter, og etikk og helselovgivning forplikter oss til å legge avgjørende vekt på ønsker og verdivalg hos pasient og foresatte - uansett om de følger eller går mot våre eller andres faglige anbefalinger.

Selv om medikamentell behandling ikke er psykologers oppgave å vurdere, er noe kunnskap om det viktig i forhold til bipolar lidelse. For eksempel kan feilvurdering av en depressiv episode som uavhengig av en underliggende bipolar lidelse og følgende bruk av antidepressive medikamenter utløse mani.

### Konklusjon

Det er fortsatt en brytning i både klinisk praksis og forskning når det gjelder forståelse, diagnostisering og behandling av bipolar lidelse hos barn. Det er mulig at USA er i fare for over- eller feildiagnostisering. I andre land er det fare for at barn med svært alvorlige tilstander verken får godt nok tilpasset omsorg eller behandling som kunne ha hjulpet dem. Faren for å sykeliggjøre normale barn er til stede, men det beste holdepunktet ved denne grenselinjen er ikke hvor store problemer barnet påfører omgivelsene, men deres egen opplevelse av depressivt lidelsestrykk og indre manisk kaos. Samtidig kan hypomani oppleves ganske positivt av barnet selv. Når en er i tvil, kan det være riktigere å ha bipolar lidelse som en uavklart åpen hypotese i samarbeidet med foreldrene, men følge utviklingen aktivt over år til bildet forhåpentlig blir klarere for alle parter.

Tormod Rimehaug  
ormod.rimehaug@ntnu.no

## Referanser

- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. Burlington, VT, USA: University of Vermont.
- Ambrosini, P. J. (2000). Historical development and present status of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 49 - 58.
- Angst, J. & Cassano, G. (2005). The mood spectrum: improving the diagnosis of bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 7, 4 - 12.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR, 4th Sess. XXXVII, 943 s. (2000).
- Barkley, R. A. (1990). *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford.
- Biederman, J., Klein, R. G., Pine, D. S. & Klein, D. F. (1998). Resolved: mania is mistaken for ADHD in prepubertal children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1091 - 1096; discussion 1096 - 1099.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Spencer, T., Wilens, T. E. & Wozniak, J. (2000). Pediatric mania: a developmental subtype of bipolar disorder? *Biological Psychiatry*, 48, 458 - 466.
- Biederman, J., Wozniak, J., Kiely, K., Ablon, S., Faraone, S., Mick, E., et al. (1995). CBCL clinical scales discriminate prepubertal children with structured interview-derived diagnosis of mania from those with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 464 - 471.
- Birmaher, B. (2005). *Bipolar disorder in children and adolescents. Main lecture*. Paper presented at the Conference on The bipolar child».
- Birmaher, B. & Axelson, D. (2006). Course and outcome of bipolar spectrum disorder in children and adolescents: A review of the existing literature. *Development and psychopathology*, 18, 1023 - 1035.
- Carlson, G. A. (1998). Mania and ADHD: comorbidity or confusion. *Journal of affective disorders*, 51, 177 - 187.
- Carlson, G. A., Jensen, P. S., Findling, R. L., Meyer, R. E., Calabrese, J., DelBello, M. P., et al. (2003). Methodological issues and controversies in clinical trials with child and adolescent patients with bipolar disorder: Report of a consensus conference. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 13, 13 - 27.

- Chang, K., Steiner, H., Dienes, K., Adleman, N. & Ketter, T. (2003). Bipolar offspring: a window into bipolar disorder evolution. *Biological Psychiatry*, 53, 945 - 951.
- Coyle, J. T., Pine, D. S., Charney, D. S., Lewis, L., Nemeroff, C. B., Carlson, G. A., et al. (2003). Depression and bipolar support alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1494 - 1503.
- Craney, J. L. & Geller, B. (2003). A prepubertal and early adolescent bipolar disorder-I phenotype: review of phenomenology and longitudinal course. *Bipolar disorders*, 5, 243 - 256.
- Dickstein, D. P. & Leibenluft, E. (2006). Emotion regulation in children and adolescents: Boundaries between normalcy and bipolar disorder. *Development and psychopathology*, 18, 1105 - 1131.
- Egeland, J. A., Shaw, J. A., Endicott, J., Pauls, D. L., Allen, C. R., Hostetter, A. M., et al. (2003). Prospective study of prodromal features for bipolarity in well Amish children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 786 - 796.
- Fristad, M. A., Gavazzi, S. M. & Mackinaw-Koons, B. (2003). Family psychoeducation: an adjunctive intervention for children with bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 53, 1000 - 1008.
- Fristad, M. A., Weller, R. A. & Weller, E. B. (1995). The Mania Rating Scale (MRS): further reliability and validity studies with children. *Annual of Clinical Psychiatry*, 7, 127 - 132.
- Geller, B., Bolhofner, K., Craney, J. L., Williams, M., DelBello, M. P. & Gundersen, K. (2000). Psychosocial functioning in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1543 - 1548.
- Geller, B., Craney, J. L., Bolhofner, K., DelBello, M. P., Axelson, D., Luby, J., et al. (2003). Phenomenology and longitudinal course of children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. B. Geller & M. DelBello (Eds.), *Bipolar disorder in childhood and early adolescence*. New York: The Guilford Press.
- Geller, B. & Luby, J. (1997). Child and adolescent bipolar disorder: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1168 - 1176.
- Geller, B., Zimmerman, B., Williams, M., Bolhofner, K., Craney, J. L., DelBello, M. P., et al. (2001). Reliability of the Washington University in St. Louis Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (WASH-U-KSADS) mania and rapid cycling sections. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 450 - 455.

- Geller, B., Zimmerman, B., Williams, M., Delbello, M. P., Bolhofner, K., Craney, J. L., et al. (2002a). DSM-IV mania symptoms in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention-deficit hyperactive and normal controls. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, *12*, 11 - 25.
- Geller, B., Zimmerman, B., Williams, M., Delbello, M. P., Frazier, J. & Beringer, L. (2002b). Phenomenology of prepubertal and early adolescent bipolar disorder: examples of elated mood, grandiose behaviors, decreased need for sleep, racing thoughts and hypersexuality. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, *12*, 3 - 9.
- Goldstein, T. R., Birmaher, B., Axelson, D., Ryan, N. D., Strober, M. A., Gill, M. K., et al. (2005). History of suicide attempts in pediatric bipolar disorder: factors associated with increased risk. *Bipolar disorders*, *7*, 525 - 535.
- Gracious, B. L., Youngstrom, E. A., Findling, R. L. & Calabrese, J. R. (2002). Discriminative validity of a parent version of the Young Mania Rating Scale. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41*, 1350 - 1359.
- Harrington, R. & Myatt, T. (2003). Is preadolescent mania the same condition as adult mania? A British perspective. *Biological Psychiatry*, *53*, 961 - 969.
- Hellander, M. E. & Burke, T. (1999). Children with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *38*, 495; author reply 496.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D. A., Ryan, N. D. & Rao, U. (2000). K-Sads-Pl. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*, 1208.
- Kent, L. & Craddock, N. (2003). Is there a relationship between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder? *Journal of affective disorders*, *73*, 211 - 221.
- Kim, E. Y. & Miklowitz, D. J. (2002). Childhood mania, attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder: a critical review of diagnostic dilemmas. *Bipolar disorders*, *4*, 215 - 225.
- Kluger, J. & Song, S. (2002, Aug 19). Young and Bipolar. *Time Magazine*.
- Kowatch, R. A., Fristad, M., Birmaher, B., Wagner, K. D., Findling, R. L. & Hellander, M. (2005). Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *44*, 213 - 235.
- Kraepelin, E. (1920). Die Erscheinungsformen des Irreseins. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie Psychiatrie* LXII, 1 - 29. Oversatt til engelsk (1974) i: S. R. Hirsch & M. Shepherd (Eds.),

- Themes and Variations in European conventional nosologic boundaries. Psychiatry.* Bristol: John Wright.
- Kramlinger, K. G. & Post, R. M. (1996). Ultra-rapid and ultradian cycling in bipolar affective illness. *British Journal of Psychiatry, 168*, 314 - 323.
- Kyte, Z. A., Carlson, G. A. & Goodyer, I. M. (2006). Clinical and neuropsychological characteristics of child and adolescent bipolar disorder. *Psychological Medicine, 36*, 1197 - 1211.
- Lake, C. R. & Hurwitz, N. (2007). Schizoaffective disorder merges schizophrenia and bipolar disorders as one disease - there is no schizoaffective disorder. *Current Opinion in Psychiatry, 20*, 365 - 379.
- Leverich, G. S., Post, R. M., Keck, P. E., Altshuler, L. L., Frye, M. A., Kupka, R. W., et al. (2007). The poor prognosis of childhood-onset bipolar disorder. *Journal of Pediatrics, 150*, 485 - 490.
- Lewczyk, C. M., Garland, A. F., Hurlburt, M. S., Gearity, J. & Hough, R. L. (2003). Comparing DISC-IV and clinician diagnoses among youths receiving public mental health services. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*, 349 - 356.
- Lewinsohn, P. M., Klein, D. N. & Seeley, J. R. (1995). Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 454 - 463.
- Miklowitz, D. J., George, E. L., Axelson, D. A., Kim, E. Y., Birmaher, B., Schneck, C., et al. (2004). Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder. *Journal of affective disorders, 82 Suppl 1*, S113 - 128.
- Mohr, W. K. (2001). Bipolar disorder in children. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 39*, 12 - 23.
- Morrison, J. & Anders, T. F. (1999). *Interviewing children and adolescents. Skills and strategies for effective DSM-IV Diagnosis.* London: The Guilford Press.
- NIMH. (2001). National Institute of Mental Health research roundtable on prepubertal bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 871 - 878.
- Olfman, S. (Ed.). (2007). *Bipolar Children. Cutting-edge controversy, insights and research.* London: Praeger Publishers.

- Pavuluri, M. N., Birmaher, B. & Naylor, M. W. (2005). Pediatric bipolar disorder: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 846 - 871.
- Pavuluri, M. N., Graczyk, P. A., Henry, D. B., Carbray, J. A., Heidenreich, J. & Miklowitz, D. J. (2004a). Child- and family-focused cognitive-behavioral therapy for pediatric bipolar disorder: development and preliminary results. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 528 - 537.
- Pavuluri, M. N., Herbener, E. S. & Sweeney, J. A. (2004b). Psychotic symptoms in pediatric bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 80, 19 - 28.
- Pedersen, D. J. & Bilenberg, N. (2002). Dansk oversættelse af det diagnostiske børne- og ungdomspsykiatriske interview «Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-aged Children, Present and Lifetime Version». *Ugeskrift for Læger*, 164, 3433 - 3435.
- Reichart, C. G., van der Ende, J., Hillegers, M. H. J., Wals, M., Bongers, I. L., Nolen, W. A., et al. (2007a). Perceived parental rearing of bipolar offspring. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 115, 21 - 28.
- Reichart, C. G., Wals, M. & Hillegers, M. H. J. (2007b). *Bipolar offspring*: Tijdschrift voor Psychiatrie Vol 49(3) 2007, 179 - 188.
- Rimehaug, T. & Helmersberg, I. (1995). Barnepsykiatrisk utredning - fra produkt til prosess. Veien mot rollen som med-ekspert. *Fokus på familien*, 23, 145 - 156.
- Rowe, K. S. & Rowe, K. J. (1997). Norms for parental ratings on Conners» Abbreviated Parent-Teacher Questionnaire: implications for the design of behavioral rating inventories and analyses of data derived from them. *Journal of abnormal child psychology*, 25, 425 - 451.
- Soutullo, C. A., Chang, K. D., Diez-Suarez, A., Figueroa-Quintana, A., Escamilla-Canales, I., Rapado-Castro, M., et al. (2005). Bipolar disorder in children and adolescents: international perspective on epidemiology and phenomenology. *Bipolar disorders*, 7, 497 - 506.
- Stein, M. A., Roizen, N. M. & Leventhal, B. L. (1999). Bipolar disorder and ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1208 - 1209.
- Strober, M., Birmaher, B., Ryan, N., Axelson, D., Valeri, S., Leonard, H., et al. (2006). Pediatric bipolar disease: current and future perspectives for study of its long-term course and treatment. *Bipolar disorders*, 8, 311 - 321.

- Tillman, R. & Geller, B. (2005). A brief screening tool for a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 1214 - 1216.
- Tillman, R., Geller, B., Craney, J. L., Bolhofner, K., Williams, M. & Zimmerman, B. (2004). Relationship of parent and child informants to prevalence of mania symptoms in children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 1278 - 1284.
- Tillman, R., Geller, B., Nickelsburg, M. J., Bolhofner, K., Craney, J. L., DelBello, M. P., et al. (2003). Life events in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention-deficit hyperactive and normal controls. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, *13*, 243 - 251.
- Udal, A. & Groeholt, B. (2006). Bipolare lidelser hos barn og ungdom. *Tidsskrift for den norske lægeforening* *126*, 302 - 304.
- Wagner, K. D. (2006). Bipolar disorder and comorbid anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Psychiatry*, *67*, 16 - 20.
- Weckerly, J. (2002). Pediatric bipolar mood disorder. *J Dev Behav Pediatr*, *23*, 42 - 56.
- Weller, E. B., Weller, R. A. & Fristad, M. A. (1995). Bipolar disorder in children: misdiagnosis, underdiagnosis, and future directions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *34*, 709 - 714.
- Weller, E. B., Weller, R. A., Fristad, M. A., Rooney, M. T. & Schecter, J. (2000). Children's Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*, 76 - 84.
- Weller, E. B., Weller, R. A. & Vo, D. X. (2004). Defining subtypes of childhood bipolar illness. Letters to the ed.: Commentary. *Journal of the Psychiatry*, *43*, 4 - 5.
- West, S. A., Strakowski, S. M., Sax, K. W., McElroy, S. L., Keck, P. E., Jr. & McConville, B. J. (1996). Phenomenology and comorbidity of adolescents hospitalized for the treatment of acute mania. *Biological Psychiatry*, *39*, 458 - 460.
- WHO. (2000). *ICD-10* (10. rev., norsk utg., 3. oppl. ed.). Oslo: WHO / Statens helsetilsyn.
- Wilens, T. E., Biederman, J., Forkner, P., Ditterline, J., Morris, M., Moore, H., et al. (2003). Patterns of comorbidity and dysfunction in clinically referred preschool and school-age children with bipolar disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, *13*, 495 - 505.

- Wolf, D. V. & Wagner, K. D. (2003). Bipolar disorder in children and adolescents. *CNS Spectrums*, 8, 954 - 959.
- Wozniak, J., Biederman, J., Kiely, K., Ablon, J. S., Faraone, S. V., Mundy, E., et al. (1995). Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 867 - 876.
- Young, R. C., Biggs, J. T., Ziegler, V. E. & Meyer, D. A. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 133, 429 - 435.
- Youngstrom, E. A., Findling, R. L. & Calabrese, J. R. (2003). Who are the comorbid adolescents? Agreement between psychiatric diagnosis, youth, parent, and teacher report. *Journal of abnormal child psychology*, 31, 231 - 245.
- AACAP. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 107 - 125