

Le suicide chez les jeunes bipolaires

■ M. Macias, M. Bosshard, L. Calba, A. Camprubi

Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Nyon

Summary

Macias M, Bosshard M, Calba L, Camprubi A. [Suicide among bipolar children and adolescents.] Schweiz Arch Neurol Psychiatr. 2009;160:99–104.

According to recent studies, nearly half the attempted suicides of adolescent school children are connected with a child and adolescent bipolar disorder (CABD). A traumatic event leading to a suicide problem had occurred with half the adolescents interrogated, a third of them having already made previous suicide attempts. Consequently, the anticipation and an early diagnosis of CABD would be of capital importance in the prevention of suicide. In addition, it must be kept in mind that heteroaggressivity, love of dangerous pursuits and alcoholism are comorbidities most frequently associated with CABD. This is why detection and an early treatment of CABD constitute an essential tool in the prevention of suicide. In parallel to the factors of genetic vulnerability indispensable to the diagnostic of CABD, the clinician must pay particular attention when prodromal symptoms appear in children or adolescents from high-risk families, and even more so if abuse of alcohol or drugs and/or attempts at suicide are present in the family anamnesis. Accordingly, when children with family antecedents (genetic risk) and clear indications of vulnerability in the family anamnesis present prodromal symptoms, the clinician must be vigilant as to the possibility of a bipolar disorder in the child or adolescent, being thus more at risk of suicide. In such cases it is advisable to begin with a suitable psychopharmacological treatment, combined of course with psychotherapeutic and psychoeducative measures within the essential family support.

In this way, the early diagnostic of CABD constitutes a major element in the prevention of suicide and must be a primary and constant objective for any therapist who has to deal with this problem.

Keywords: suicide; bipolar disorder; impulsiveness; comorbidity; hyperactivity

Introduction

Le suicide demeure, aujourd'hui encore, l'une des premières causes de mortalité chez les jeunes. Il met en jeu des facteurs d'ordre psychologique en relation avec des déterminants d'ordre psychosocial. Parmi les troubles psychiatriques, certains se distinguent par la fréquence du risque suicidaire. C'est particulièrement le cas du trouble bipolaire de l'enfant et de l'adolescent (TBEA).

Depuis les premières mises en garde de Weller et al. [1] qui mirent en évidence l'insuffisance de reconnaissance et de diagnostic du trouble dans la population en général, le TBEA est maintenant bien reconnu et accepté par la communauté scientifique internationale. Son très haut degré de comorbidité avec le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) rend probablement plus complexe la démarche diagnostique, au point que de nombreux chercheurs alertent: le TDAH aurait été surdiagnostiqué au détriment du TBEA et donc nombre d'enfants désignés TDAH pourraient en réalité souffrir d'un TBEA.

Cette complexité du champ nosographique met en lumière que la psychopathologie infantile du XXI^e siècle ne ressemble plus à celle des années 70 ou 80. De même, une approche clinique centrée sur les troubles mentalisés et les conflits intrapsychiques ne suffit plus à rendre compte des manifestations psychopathologiques de cette nouvelle population de jeunes dont la vie fantasmatique paraît s'effacer sous la pression de l'action perpétuelle, du passage à l'acte et du poids des facteurs contextuels (influence de la télévision et de la violence véhiculée par les médias, des mouvements sociaux, de la défaillance des fonctions parentales,

Correspondance:
Dr Manuel Macias
Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
4, avenue Reverdil
CH-1260 Nyon
e-mail: Manuel.Macias@hospvvd.ch

etc.). On peut donc affirmer, sans risque de se tromper, que les enfants d'aujourd'hui agissent plus que ceux d'il y a une vingtaine d'années. Ils se développent dans le contact avec les autres, dans l'action immédiate, dans la satisfaction sans délai des besoins péremptaires.

C'est dans le contexte de cette mutation sociologique qui touche aussi aux mœurs, aux valeurs traditionnelles, famille et école, que le TDAH et le TBEA délimitent un nouveau champ psychopathologique: celui des troubles des affects et des conduites qui puisent leurs origines dans le dysfonctionnement neurophysiologique du cerveau et sont sous-tendus par un déterminisme à la fois familial, éducationnel et génétique.

Cet article met par ailleurs en évidence la corrélation du TBEA avec une morbidité suicidaire et parasuicidaire élevée. Par conséquent, le diagnostic précoce de ce trouble revêt un intérêt capital dans le domaine de la prévention du suicide, car les troubles bipolaires pédiatriques se situent au carrefour d'un *spectre psychopathologique* varié et polymorphe qui englobe les pathologies les plus fréquentes et les plus préoccupantes pour la santé mentale des jeunes [2–6]. Font partie de ces pathologies les conduites suicidaires, le TDAH, le trouble des conduites alimentaires, l'abus et dépendance de substances psychoactives, le trouble des conduites, les troubles anxieux, les conduites de risque et les troubles psychotiques [7].

Definition du trouble bipolaire de l'enfant et de l'adolescent

Il s'agit d'une affection psychiatrique sévère, à caractère essentiellement héréditaire, marquée chez l'enfant par une importante altération de son fonctionnement quotidien, tant à l'école qu'au domicile et dans ses relations avec ses pairs. Sa présentation clinique demeure polymorphe et peu spécifique, corrélée à une forte comorbidité. Ses symptômes diffèrent du trouble bipolaire de l'adulte principalement par leur aspect quantitatif [8]. La difficulté première, d'un point de vue clinique, relève de l'absence de catégories diagnostiques spécifiques dans les critères diagnostiques actuels des classifications DSM-IV et CIM-10.

Le trouble bipolaire pédiatrique, tel qu'il est désigné aux USA, est loin d'être rare, mais particulièrement difficile à diagnostiquer. Les symptômes les plus fréquents en sont: l'hyperactivité, la manie ou hypomanie, les idées de grandeur, l'humeur irritable, l'agressivité, les conduites à risque, l'abus de substances toxiques, la réduction

du sommeil non-accompagnée de fatigue diurne, la tachylalie, la tachypsychie, la difficulté de concentration, l'hypersexualité et, dans certains cas, les hallucinations auditives.

Nombre d'échelles diagnostiques peuvent être utilisées, la plus pertinente étant actuellement la *Mood Disorder Questionnaire – Version Adolescent (MDQ-A)* [9].¹ Très utile également: la version enfants et adolescents du *Tempérament Cyclothymique-Hypersensitif*, de Kochman et al. [10, 11], qui repose sur l'interrogatoire de l'enfant associé à la passation rapide et facilitée d'une échelle.

Certaines études mettent en évidence l'insuffisance du diagnostic de la manie prépubertaire allant jusqu'à 50% de diagnostics erronés [1]. Le pic d'incidence survient à l'adolescence, 25% des affections débutant avant l'âge de 19 ans [12].

Par ailleurs, on connaît de longue date la fréquence des tableaux maniaques à l'adolescence sans que ceux-ci constituent pour autant un tableau clinique complet [13, 14]. En effet, ceux-ci évoquent plutôt des présentations cliniques d'allure schizophrénique avec au premier plan des hallucinations auditives ou visuelles, des idées de référence et des symptômes maniaques [12], les erreurs diagnostiques pouvant alors atteindre 40% des cas [15].

En ce qui concerne les modes d'entrée dans la maladie, il est à noter que 85% des patients débute par des épisodes mixtes, 60% par des cycles rapides et 60% par des symptômes psychotiques [16, 17]. Quelles que soient les recherches, toutes soulignent *l'absence de spécificité clinique du TBEA*, 85% des symptômes inauguraux relevant du domaine de l'irritabilité, de l'impulsivité et de l'hyperactivité [18–20].

Suicide et trouble bipolaire de l'enfant et de l'adolescent

Des recherches menées sur le rapport entre TBEA et suicide affichent des résultats concordant sur plusieurs points:

Population adolescente scolarisée et suicide

Un pourcentage élevé de jeunes atteints de troubles bipolaires est retrouvé parmi les adolescents ayant effectué une tentative de suicide. Dans le cadre d'une étude réalisée auprès de lycéens, Lewinsohn et al. [21] ont montré que 44,4% des tentatives de suicide chez ces ado-

1 La version française est en cours de validation à Genève.

lescents étaient en rapport avec un diagnostic de TBEA, tandis qu'un diagnostic de dépression majeure était porté chez 22% de ces jeunes lycéens suicidaires [22–25].

Adolescents bipolaires et suicide

Les jeunes gens chez qui est posé le diagnostic de trouble bipolaire manifestent très fréquemment des conduites suicidaires, ainsi que des conduites à risque. Sur la base d'une étude portant sur 405 jeunes de 7 à 17 ans, Goldstein et al. [6] relèvent des antécédents de tentative de suicide chez 32% de sujets bipolaires. De plus, 50% des adolescents bipolaires rapportent des événements traumatiques dans leur enfance tels que des mauvais traitements, abus sexuels, de même qu'une problématique suicidaire [26]. Ainsi, un diagnostic précoce associé à une prise en charge adaptée constituerait très certainement un mode de prévention efficace contre le suicide.

Comorbidité et suicide

Des comorbidités associées au TBEA telles que l'abus de substances psychoactives et d'alcool, les conduites à risque, les troubles de la personnalité, les troubles dépressifs et anxieux et autres troubles des conduites alimentaires font redouter une augmentation du risque suicidaire. L'association du TBEA au trouble des conduites et abus de substances psychoactives est particulièrement fréquente, or le pronostic à l'adolescence du TBEA est justement déterminé par l'évolution clinique des tentatives de suicide et des abus de substances [27].

Par ailleurs, tant la dépression que la psychose adolescente peuvent entraîner des conduites suicidaires. L'insuffisance de diagnostic du TBEA trouve en partie son explication dans sa présentation inaugurale le plus souvent polymorphe, parfois trompeuse, à savoir sous la forme d'un épisode dépressif [28], de symptômes schizophréniques ou d'un trouble dyssocial (trouble grave des conduites, vandalisme) [1, 29].

La fréquence des cycles rapides chez les jeunes représente, là encore, un facteur d'aggravation du risque suicidaire. A cela s'ajoutent comme autres facteurs de risque: un épisode dépressif de début rapide, un retard psychomoteur, une symptomatologie psychotique, un vécu familial de trouble affectif, ainsi qu'un virage maniaque ou hypomaniaque survenu à la suite d'un traitement par antidépresseur.

On note chez les enfants souffrant d'un trouble bipolaire des symptômes plus durables et plus variables dans leurs manifestations que chez les adultes atteints du même trouble. Enfin, un épisode dépressif à l'adolescence est associé à un risque trois fois plus élevé de développer un trouble bipolaire que dans la population adulte (20 à 30 vs. 10% [30]) (cf. fig. 1).

Difficultés diagnostiques

L'étude du trouble bipolaire a largement progressé depuis 1986, tandis que Weller et al. montraient, à cette époque, combien cette affection était sous-évaluée et mal diagnostiquée chez les enfants et les adolescents. Dans cette période, nombreux chez les psychiatres n'avaient la possibilité d'une dépression ou d'une manie bipolaire dans le fonctionnement psychique encore immature de l'enfant, et de même, doutaient de sa survenue avant l'âge adulte. Encore à ce jour, certains professionnels de santé mentale conservent l'idée que le trouble bipolaire n'apparaît que rarement avant l'adolescence.

Cette conception de la pathologie bipolaire fait alors courir le risque de ne pas en reconnaître les premières manifestations. Ainsi, l'agressivité, les sautes d'humeur et l'irritabilité sont davantage perçues comme l'expression d'un trouble hyperactif avec déficit d'attention ou plus simplement encore comme un trouble des conduites [31].

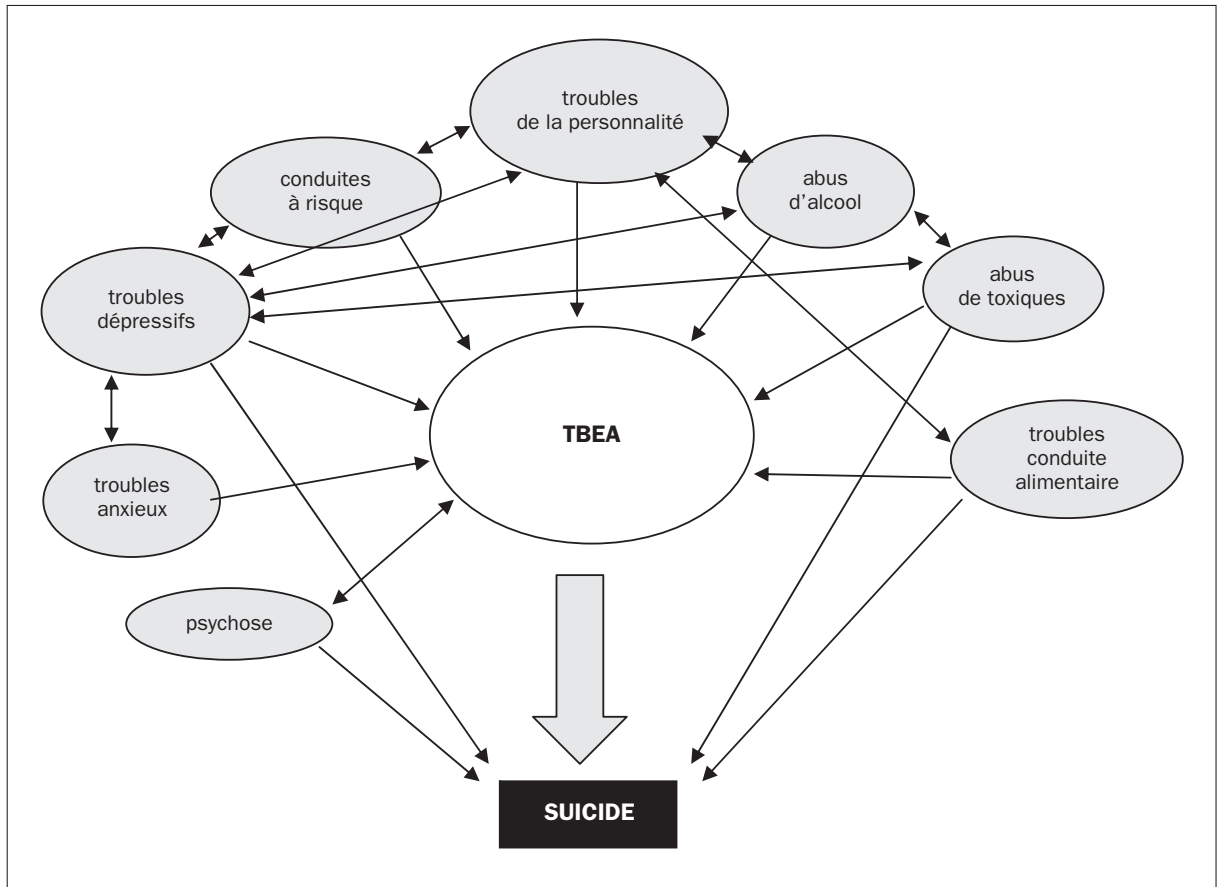
Les principaux symptômes se manifestent dans le contexte de l'école où les difficultés d'apprentissage, la distractibilité et l'hyperactivité deviennent très prégnants pour au moins 90% de ces enfants. Ceux-ci ne parviennent que difficilement à gérer les critiques et réagissent de manière excessive aux interdits et à la remise en question de leur comportement.

Symptômes prodromiques du trouble bipolaire de l'enfant et de l'adolescent

Les premiers symptômes apparaissent en général à l'adolescence, le plus souvent entre 13 et 18 ans, avec un pic d'incidence vers 14 ans [23]. Ils surviennent plus précocement encore chez les jeunes ayant une anamnèse familiale de troubles bipolaires et en particulier lors d'une hérédité bilinéaire [32].

Les symptômes caractéristiques observés rétrospectivement chez ces enfants (âgés de 1 à 6 ans) incluent principalement l'irritabilité et la perte du contrôle [18]. Ils se distinguent par les manifes-

Figure 1 Evolution suicidaire du TBEA et des troubles associés (comorbides).



tations suivantes: crises de colère, impulsivité, agression, diminution de la durée attentionnelle, hyperactivité, irritabilité et manque de tolérance à la frustration. Dans une étude plus récente, les symptômes les plus fréquemment rencontrés chez les enfants préscolaires (3 à 7 ans) étaient l'irritabilité (84,6%) et l'agressivité (88,5%), la plupart de ces enfants ayant été décrits comme hyperactifs [20]. Pour être retenue, l'irritabilité devait toutefois être chronique et non pas épisodique, sévère, et l'agressivité excessive [33]. L'agressivité semble donc être une constante du trouble bipolaire en particulier chez les enfants et les adolescents.

Hans Steiner [34] démontre que ces adolescents atteints de trouble de l'humeur manifestent une agressivité du type affectif, réactif et défensif, non pas de manière intermittente, mais le plus souvent sous forme d'une escalade.

Traitement de jeunes bipolaires et prévention du suicide

Le traitement et la prise en charge des TBEA suit un modèle hiérarchisé qui vise en premier lieu à soulager la souffrance du patient et de sa famille: la médication joue un rôle central qui doit être coordonné avec les thérapies cognitivo-compor-

tementales, la psychoéducation et le soutien de la famille [35]. Une récente étude multicentrique met en évidence que *le TB constitue un trouble avec des multiples facettes dont le traitement doit être nécessairement complexe* [36]. Les auteurs soulignent le décalage entre les «evidences bases», issues pour la plupart de recherches centrées sur une modalité thérapeutique précise, et la pratique clinique habituelle où les traitements complexes sont la règle.

En ce qui concerne les approches psychosociales, la psychoéducation se situe en première ligne, suivie par les thérapies cognitivo-comportementales.

Il est connu que jusqu'à 90% des suicidants présentent une forme de pathologie psychiatrique sévère (dépression, psychose, trouble de la personnalité) [37–39]. L'amélioration des symptômes inhérents au TBEA, en particulier l'impulsivité et les oscillations de l'humeur, comporte comme bénéfice essentiel pour le patient la diminution de l'idéation et du risque suicidaire [6].

En ce qui concerne le traitement médicamenteux, nous adhérons entièrement aux propositions effectuées ces dernières années [40, 41].

– En comparaison avec le Trouble Dépressif Majeur, l'efficacité des anti-dépresseurs dans le traitement des TB n'a pas été prouvée.

- Les antidépresseurs ne doivent jamais être utilisés en monothérapie dans la phase dépressive du TBI, mais uniquement en traitement combiné avec des stabilisateurs de l'humeur ou des neuroleptiques atypiques.

Comme le signale [42], le traitement psychopharmacologique de la dépression bipolaire est complexe, difficile et ne fait pas l'objet à l'heure actuelle d'un consensus clairement établi. Dans ce contexte, les *antipsychotiques de deuxième génération*, notamment la quétiapine, mais aussi l'olanzapine, représentent une alternative intéressante dont certains patients pourront sans doute bénéficier.

En effet, chez les adolescents bipolaires, ces médicaments sont faciles à administrer et représentent un moyen sûr et efficace pour juguler la crise suicidaire [35]. Ils restaurent le sommeil, diminuent l'anxiété et l'idéation suicidaire. Ils agissent non seulement sur l'appétit et le sommeil, mais aussi sur la tristesse apparente et exprimée ainsi que sur les pensées pessimistes, la lassitude et l'incapacité à ressentir des émotions [43]. Cette indication clinique vient étayée par des recherches qui montrent l'effet de ces molécules sur les récepteurs alpha-adrénergiques [44, 45].

Conclusions

Des progrès peuvent être encore accomplis dans le diagnostic précoce du TBEA chez les jeunes qui consultent les services de pédopsychiatrie. Près de la moitié des tentatives de suicide des adolescents scolarisés sont attribuées au TBEA, tandis que la moitié des adolescents bipolaires interrogés évoquent une problématique suicidaire qui dans le tiers des cas aboutira à un passage à l'acte dont l'issue est trop souvent fatale.

C'est pourquoi, détecter et traiter précocement le TBEA constitue un axe essentiel dans la prévention contre le suicide. Parallèlement aux facteurs de vulnérabilité génétique indispensables au diagnostic de TBEA [19], le clinicien doit être particulièrement attentif lorsque des symptômes prodromiques surgissent chez des enfants ou adolescents issus de familles à haut risque et ce d'autant plus si l'anamnèse familiale fait état d'abus de substances et/ou de tentatives de suicide.

Ainsi, lorsque des enfants, aux antécédents familiaux (risque génétique) et à l'anamnèse de vulnérabilité clairement établie, présentent les symptômes prodromiques², le clinicien devrait

2 Oscillations d'humeur, irritabilité, altérations du sommeil, manie, dépression, intolérance à la frustration, hyperactivité, impulsivité.

pouvoir être alerté quant à l'éventualité d'un trouble bipolaire de l'enfant et de l'adolescent et donc quant à un risque suicidaire augmenté. Il est alors recommandé de débiter un traitement psychopharmacologique adapté, associé bien entendu à des mesures psychothérapeutiques, psychoéducatives et d'encadrement familial indispensables en pareil cas.

Enfin, il apparaît maintenant clairement que le diagnostic aussi précocement que possible du trouble bipolaire de l'enfant et de l'adolescent constitue un défi majeur dans l'avenir, et d'autant plus qu'il peut s'avérer une stratégie fondamentale dans la lutte contre le suicide.

Références

- 1 Weller RA, Weller EB, Tucker SG, Fristad MA. Mania in prepubertal children: has it been underdiagnosed? *J Affect Disord.* 1986;11:151-4.
- 2 Sax KW, Strakowski SM, Keck PE Jr, McElroy SL, West SA, Bourne ML, et al. Comparison of patients with early-, typical-, and late-onset affective psychosis. *Am J Psychiatry.* 1997;154:1299-301.
- 3 McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, Keck PE Jr, Frye MA, Denicoff KD, et al. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* 2001;158:420-6.
- 4 Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA.* 1990;264:2511-8.
- 5 Krüger S, Cooke RG, Hasey GM, Jorna T, Persad E. Comorbidity of obsessive compulsive disorder in bipolar disorder. *J Affect Disord.* 1995;34:117-20.
- 6 Goldstein TR, Birmaher B, Axelson D, Ryan ND, Strober MA, Gill MK, et al. History of suicide attempts in pediatric bipolar disorder: factors associated with increased risk. *Bipolar Disord.* 2005;7(6):525-35.
- 7 Birmaher B, Axelson D, Strober M, Gill MK, Valeri S, Chiappetta L, et al. Clinical course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63:175-83.
- 8 Wagner KD. Diagnosis and management of child and adolescent bipolar disorder. XXV CINP Congress, 9-13 July 2006, Chicago. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, Cambridge University Press, vol. 9, 1, July 2006.
- 9 Wagner KD, Hirschfeld RM, Emslie GJ, Findling RL, Gracious BL, Reed ML. Validation of the Mood Disorder Questionnaire for bipolar disorders in adolescents. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(5):827-30.
- 10 Kochman F, Ferrari P, Hantouche EG, Akiskal HS. Les troubles bipolaires chez l'adolescent. Dans: Ferrari P et al. *Actualités en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.* Paris: Flammarion; 2002. p. 289-90.
- 11 Kochman F, Rose-Reinhardt H, Hantouche E. Les jeunes hyperactifs deviennent-ils bipolaires? *Interpsy* n° 4, septembre 2005.

- 12 Ballenger JC, Reus VI, Post RM. The "atypical" clinical pictures of adolescent mania. *Am J Psychiatry*. 1982;139:602-6.
- 13 Carlson GA, Kashani JH. Manic symptoms in a non-referred adolescent population. *J Affect Disord*. 1988;15:219-26.
- 14 Wozniak J, Biederman J, Kiely K, Ablon JS, Faraone SV, Mundy E, et al. Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34:867-76.
- 15 Hsu LKG, Starzinski JM. Mania in adolescence. *J Clin Psychiatry*. 1986;27:596-9.
- 16 Geller B, Sunn K, Zimmerman B, Luby J, Frazier J, Williams M. Complex and rapid-cycling in bipolar children and adolescents: a preliminary study. *J Affect Disord*. 1995;34(4):259-68.
- 17 Geller B, Williams M, Zimmerman B, Frazier J, Beringer L, Warner K. Prepubertal and early adolescent bipolarity differentiate from ADHD by manic symptoms, grandiose delusions, ultra-rapid or ultradian cycling. *J Affect Disord*. 1998;51:81-91.
- 18 Fergus EL, Miller RB, Luckenbaugh DA, Leverich GS, Findling RL, Speer AM, 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(1):71.
- 19 Findings RL. The rationale for prodromal intervention: pediatric bipolar disorder. XXV CINP Congress, 9-13 July 2006, Chicago. The International Journal of the American Psychiatric Association. New York, May, 2004.
- 20 Danielyan A, Pathak S, Kowatch RA, Arszman SP, Johns ES. Clinical characteristics of bipolar disorder in very young children. *J Affect Disord*. 2007;97(1-3):51-9.
- 21 Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR. Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity and course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34:454-63.
- 22 Leverich GS, Altshuler LL, Frye MA, Suppes T, Keck PE Jr, McElroy SL, et al. Factors associated with suicide attempts in 648 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network. *J Clin Psychiatry*. 2003;64:506-15.
- 23 Lewinsohn PM, Seeley JR, Buckley ME, Klein DN. Bipolar disorder in adolescence and young adulthood. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2002;11(3):461-75.
- 24 Carlson GA, Kashani JH. What is new in bipolar disorder and major depressive disorder in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2002;11:xv-xxii.
- 25 Patel NC, DelBello MP, Kowatch RA, Strakowski SM. Preliminary study of relationships among measures of depressive symptoms in adolescents with bipolar disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2006;16(3):327-35.
- 26 Rucklidge JJ. Psychosocial functioning of adolescents with and without paediatric bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2006;91(2-3):181-8.
- 27 Frye MA. The challenge of treating bipolar disorder and substance abuse. 2004 Annual Meeting -8 APA American Psychiatric Association.
- 28 Bhargava Raman RP, Sheshadri SP, Janardhan Reddy YC, Girimaji SC, Srinath S, Raghunandan VN. Is bipolar II disorder misdiagnosed as major depressive disorder in children? *J Affect Disord*. 2007;98(3):263-6.
- 29 Ghaemi SN, Sachs GS, Chiou AM, Pandurangi AK, Goodwin K. Is bipolar disorder still underdiagnosed? Are antidepressants overutilized? *J Affect Disord*. 1999;52:135-44.
- 30 Geller B, Fox LW, Clark KA. Rate and predictors of prepubertal bipolarity during follow-up of 6- to 12-year-old depressed children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994;33:461-8.
- 31 Masi G, Toni C, Perugi G, Mucci M, Millepiedi S, Akiskal HS. Anxiety disorders in children and adolescents with bipolar disorder: a neglected comorbidity. *Can J Psychiatry*. 2001;46(9):797-802.
- 32 DelBello MP, Geller B. Review of studies of child and adolescent offspring of bipolar parents. *Bipolar Disord*. 2001;3:325-34.
- 33 Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE, Bhangoo RK, Pine DS. Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *Am J Psychiatry*. 2003;160(3):430-7.
- 34 Steiner H. Evaluation and management of violent behavior in bipolar adolescents. Program and abstracts from the American Psychiatric Association 153rd Annual Meeting; May 13 - May 18, 2000; Chicago, Illinois. Abstract 19D.
- 35 Kowatch RA, Fristad M, Birmaher B, Wagner KD, Findling RL, Hellander M. Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44:213-35.
- 36 Fountoulakis K, Vieta E, Siamouli M, Valenti M, Magiria S, Oral T, et al. Treatment of bipolar disorder: a complex treatment for a multi-faceted disorder. *Ann Gen Psychiatry*. 2007;6:27.
- 37 Marcelli D, Berthaut E. Dépression et tentative de suicide à l'adolescence. Paris: Masson; 2001.
- 38 Pommerau X. L'adolescent suicidaire. Paris: Dunod; 2005.
- 39 Redfield Jamison K. La tentation du néant: comprendre le suicide pour mieux le prévenir. Paris: Laffont; 2000.
- 40 Aubry JM, Ferrero F, Schaad N. Pharmacothérapie des troubles bipolaires. Chêne-Bourg: Médecine et hygiène; 2004.
- 41 Yatham L, Kennedy SH, O'Donovan C, Parikh SV, MacQueen G, McIntyre RS, et al.; Guidelines Group, CANMAT. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2007. *Bipolar Disord*. 2006;8(6):721-39.
- 42 Aubry JM, Delini-Stula A, Gervasoni N, Bryois C, Barbe R, Merlo M, et al. Psychiatrie. *Rev Méd Suisse*. 2007;3(94):161-7.
- 43 Tohen M, Vieta E, Calabrese J, Ketter TA, Sachs G, Bowden C, et al. Efficacy of olanzapine and olanzapine-fluoxetine combination in the treatment of bipolar I depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:1079-88.
- 44 Yatham LN, Goldstein JM, Vieta E, Bowden CL, Grunze H, Post RM, et al. Atypical antipsychotics in bipolar depression: potential mechanisms of action. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(Suppl 5):40-8.
- 45 Beaulieu S. Dépression bipolaire: impact du stress et implications pour le traitement. Conférence du 16 avril 2007, Hôpital de Prangins, Suisse.