

Ανασκόπηση Review

Υπερκινητικό σύνδρομο ή διπολική διαταραχή στην παιδική ηλικία;

Ε. Λαζαράτου

*Υπηρεσία Παιδιών και Εφήβων, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα Καισαριανής,
Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών*

Ψυχιατρική 2012, 23:304–313

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) θεωρείται ότι αποτελεί ένα σταθερό τρόπο συμπεριφοράς που εκδηλώνεται σε μικρή ηλικία και περιλαμβάνει την υπερκινητικότητα, την παρορμητικότητα και τη διάσπαση προσοχής. Οι μεγάλες διαφορές της επίπτωσης που αναδεικνύονται από επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι η προσπάθεια των σύγχρονων ταξινομικών συστημάτων να προτείνουν αντικειμενικά διαγνωστικά κριτήρια δεν έχει αποδώσει ουσιαστικά αποτελέσματα. Το ίδιο ισχύει για τη Διπολική Διαταραχή (ΔΔ) με έναρξη στην παιδική ηλικία. Η κλινική της εικόνα άργησε να αναγνωρισθεί, τα διαγνωστικά κριτήρια στα σύγχρονα ταξινομικά συστήματα δεν διαχωρίζονται από εκείνα των ενηλίκων και σύμφωνα με ορισμένες μελέτες η διαταραχή υποδιαγιγνώσκεται στις ευρωπαϊκές κυρίως χώρες. Η σύγχρονη βιβλιογραφία ασχολείται ευρέως με τη σχέση ΔΕΠΥ–ΔΔ γιατί οι δύο διαταραχές μοιράζονται την ίδια κλινική εικόνα με μικρές διαφοροποιήσεις. Το βασικότερο διαφοροδιαγνωστικό στοιχείο υπέρ της ΔΔ είναι η ύπαρξη συναισθηματικών διαταραχών στο οικογενειακό περιβάλλον. Τα κύρια ερωτήματα που τίθενται είναι αν υπάρχει συννοσηρότητα, αν η ΔΕΠΥ υπερδιαγιγνώσκεται σε βάρος της ΔΔ ή αν η ΔΕΠΥ εξελίσσεται προς ΔΔ. Παιδιά με συννοσηρότητα ΔΕΠΥ- ΔΔ παρουσιάζουν κυρίως διεγερτικό φαινότυπο, χρόνια πορεία και έχουν υψηλότερα ποσοστά διαταραχής αντικοινωνικής διαγωγής. Ο ειδικός αυτός φαινότυπος παραπέμπει σε μια συμπτωματολογική συνέχεια μεταξύ ΔΕΠΥ και ΔΔ πρώιμης έναρξης στην οποία πιθανόν οφείλονται οι δυσκολίες στη διαφορική διάγνωση και οι διαφορές στα ποσοστά της συννοσηρότητας. Οι πιο πολλοί ερευνητές συμφωνούν ότι όταν υπάρχει συννοσηρότητα η ηλικία έναρξης της ΔΔ είναι μικρότερη. Φαίνεται ότι όσο νωρίτερα γίνεται η έναρξη της ΔΔ τόσο συχνότερα συνδυάζεται με συμπτώματα ΔΕΠΥ που συχνά προηγούνται των διαταραχών διάθεσης. Η σχέση ΔΔ και ΔΕΠΥ δεν είναι μόνο νοσολογικό πρόβλημα αλλά έχει σημαντικές συνέπειες για τη θεραπευτική αντιμετώπιση. Η σύγχυση που υπάρχει όσον αφορά στη διαγνωστική εκτίμηση και στη σχέση των δύο κλινικών οντοτήτων αντανακλάται και στον προτεινόμενο τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισης κυρίως όσον αφορά στη φαρμακοθεραπεία. Τα αυξημένα ποσοστά συννοσηρότητας ΔΕΠΥ και ΔΔ που σημειώνονται στις ΗΠΑ σε σχέση με άλλες χώρες πιθανόν οφείλονται στην συχνή χρήση διεγερτικών που γίνεται εκεί. Τα διλήμματα που προκύπτουν για την διάγνωση ΔΕΠΥ, ΔΔ και για την σχέση μεταξύ τους παραπέμπουν αφενός στη δυσκολία καθορισμού των ορίων του φυσιολογικού και του παθολογικού στον τομέα της ψυχικής υγείας του παιδιού και του εφήβου, αφετέρου στη δημιουργία μιας ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών που θα σέβεται τις ιδιαιτερότητες του αναπτυξιακού ηλικιακού φάσματος. Για την επίτευξη αυτού του στόχου δεν αρκεί η αναζήτηση αντικειμενικότητας των διαγνωστικών κριτηρίων αλλά θα πρέπει να συνυπολογιστούν ψυχοδυναμικοί παράγοντες που τοποθετούν το παιδί στο επίκεντρο της προσωπικής του ιστορίας.

Λέξεις ευρετηρίου: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – υπερκινητικότητας, διπολική διαταραχή, διάγνωση, συννοσηρότητα, ταξινόμηση

Εισαγωγή

Το παιδί είναι ένας οργανισμός σε εξέλιξη. Οι αλλαγές τόσο σε βιολογικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο είναι ταχείες και μερικές φορές απρόσμενες. Η ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού και οι διαταραχές της προσφέρουν ένα ευρύ πεδίο συζήτησης της έννοιας του φυσιολογικού και του παθολογικού.

Η ψυχοδυναμική προσέγγιση έδειξε ότι κάθε στάδιο ωρίμανσης δημιουργεί καινούργιες ψυχολογικές συγκρουσιακές καταστάσεις και καινούργιους τρόπους επίλυσης αυτών των συγκρούσεων. Κατά συνέπεια ένα σύμπτωμα ή μια συμπεριφορά δεν μπορούν να θεωρηθούν παθολογικά παρά μόνο σε σχέση με το επίπεδο ανάπτυξης ή με μια δεδομένη κατάσταση στην οποία βρίσκεται το παιδί.

Είναι θεμιτό άρα να περιμένει κανείς στο πεδίο της Παιδοψυχιατρικής δυσκολίες στον ορισμό των κλινικών οντοτήτων. Η ταξινόμηση εξάλλου των ψυχικών διαταραχών στην παιδική ηλικία αποτελεί ένα θέμα που βρίσκεται διαρκώς στην επικαιρότητα και γίνεται αντικείμενο συζητήσεων, προβληματισμού ακόμη και συγκρούσεων. Κι αυτό γιατί, όπως όλες οι ταξινομήσεις μεταβάλλονται και τελειοποιούνται ακολουθώντας τις εξελίξεις των σχετικών προς το αντικείμενό τους επιστημών, έτσι και οι εκάστοτε προτεινόμενες ψυχιατρικές ταξινομήσεις αντανακλούν και εκφράζουν τις κατά καιρούς επικρατούσες κλινικές και θεωρητικές προσεγγίσεις, ειδικότερα δε τις απόψεις των συντακτών/συγγραφέων τους. Από την άλλη, οι συνεχείς αναθεωρήσεις τους μαρτυρούν την έλλειψη οριστικών γνώσεων στον τομέα των ψυχικών διαταραχών.¹

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) θεωρείται ότι αποτελεί έναν σταθερό τρόπο συμπεριφοράς που εκδηλώνεται σε μικρή ηλικία και περιλαμβάνει την υπερκινητικότητα, την παρορμητικότητα και τη διάσπαση προσοχής. Στην αγγλοσαξωνική βιβλιογραφία αναδεικνύεται μια από τις συχνότερες νευροαναπτυξιακές διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Παρά τους ισχυρισμούς ότι αποτελεί μια ξεκάθαρη νοσολογική οντότητα, οι πολλαπλές αναθεωρήσεις και επαναπροσδιορισμοί του συνδρόμου αποδεικνύουν το αντίθετο.

Ταυτόχρονα πρόσφατα διαπιστώνεται ένα νέο ενδιαφέρον για τις συναισθηματικές διαταραχές στα παιδιά. Η διπολική διαταραχή (ΔΔ) με έναρξη στην παιδική ηλικία δεν θεωρείται πλέον τόσο σπάνια ενώ οι συνέπειές της είναι αρκετά σημαντικές για τη ζωή του παιδιού και της οικογένειας.

Η ΔΕΠΥ και η ΔΔ έχουν εν μέρει κοινή συμπτωματολογία. Πότε ένα παιδί περνάει τα όρια της φυσιολο-

γικής δραστηριότητας και γίνεται υπερκινητικό, πότε η διεγερσιμότητά του δεν παραπέμπει στη ΔΕΠΥ αλλά στη ΔΔ είναι ερωτήσεις που μένει ακόμη να απαντηθούν.

Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ)

Η πρώτη περιγραφή της ψυχοκινητικής αστάθειας στο παιδί έγινε το 1897. Ο Bourneville, Γάλλος παιδοψυχίατρος, τη θεώρησε σαν το κύριο σύμπτωμα σε ορισμένες ελαφρές νοητικές υστερήσεις. Η γένεση της έννοιας του υπερκινητικού συνδρόμου είναι μεταγενέστερη και συνδέεται με τις συνέπειες των εγκεφαλικών βλαβών στο παιδί. Ο Hohmann το 1921 χρησιμοποιεί τον όρο σε μία μελέτη για τις συνέπειες των κρανιακών τραυμάτων και των εγκεφαλίτιδων στα παιδιά. Έτσι η υπερκινητικότητα επικράτησε στην Αγγλο-Σαξωνική σχολή με προσέγγιση κυρίως νευροβιολογική. Απεικόνιζε τη συμπεριφερσιολογική κατάσταση παιδιών με ελάχιστη εγκεφαλική βλάβη ή ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία που περιελάμβανε ένα ευρύτερο φάσμα δυσλειτουργιών του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία φαίνονται δυσκολίες να προσδιοριστεί η δομική διάσταση των συμπτωμάτων της υπερκινητικότητας και της απροσεξίας, οι οποίες είναι ετερογενείς από τη φύση τους και έχουν στενές σχέσεις με άλλα συνήθη προβλήματα της παιδικής ηλικίας. Πολλές μελέτες δίνουν αντικρουόμενα αποτελέσματα όσον αφορά στον ορισμό της ΔΕΠΥ. Ορισμένοι συγγραφείς υπογραμμίζουν την έλλειψη συμφωνίας μεταξύ εργαστηριακών δεδομένων για την προσοχή και συμπεριφερσιολογικών εκδηλώσεων.²⁻⁴ Άλλοι δείχνουν ότι οι εκδηλώσεις της υπολειμματικής προσοχής δεν είναι ομογενείς όπως διαπιστώνεται από την ποικιλομορφία των δυσκολιών που παρουσιάζουν τα κλινικά περιστατικά.⁵

Οι δυσκολίες και η διάσταση απόψεων όσον αφορά στον ορισμό της ΔΕΠΥ απεικονίζονται καθαρά στις διαφορετικές μορφές που λαμβάνει στις διαδοχικές εκδόσεις του DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Η διαταραχή εμφανίστηκε για πρώτη φορά στη δεύτερη επανέκδοση του DSM το 1968⁶ με την ονομασία «υπερκινητική αντίδραση της παιδικής ηλικίας» εστιάζοντας κυρίως στην υπερκινητική συμπτωματολογία. Οι μετέπειτα μελέτες υπογράμμισαν την παρορμητικότητα και τη διάσπαση προσοχής των παιδιών που παρουσίαζαν την διαταραχή.⁷ Έτσι στο DSM-III⁸ εμφανίστηκε σαν Διαταραχή Υπολειμματικής Προσοχής, Υπερκινητικότητας, η οποία εκδηλώνεται με δύο μορφές: με ή χωρίς υπερ-

κινητικότητα. Θεωρήθηκε ότι τα παιδιά και στις δύο ομάδες παρουσίαζαν κυρίως παρορμητικότητα και διάσπαση προσοχής, η οποία σε ορισμένες μόνο περιπτώσεις συνδυαζόταν με την υπερκινητικότητα.

Παρά τις αλλαγές της διαγνωστικής προσέγγισης τα προβλήματα παρέμειναν. Ορισμένες μελέτες έδειξαν ότι συμπτώματα υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας μπορούν να εκφραστούν μαζί σαν διαφορετικός παράγων από τα συμπτώματα διάσπασης προσοχής. Επιπλέον ταυτοποιήθηκαν παιδιά που παρουσίαζαν προβλήματα διάσπασης προσοχής χωρίς υπερκινητικότητα και διέφεραν από εκείνα που παρουσίαζαν υπερκινητική και παρορμητική συμπτωματολογία σε συμπεριφερσιολογικές, συναισθηματικές, κοινωνικές και νοητικές συνιστώσες.⁹⁻¹¹

Για να ληφθούν υπόψη αυτά τα δεδομένα στην τελευταία έκδοση του DSM (DSM-IV),¹² επικρατεί ο όρος «Διαταραχή Ελειμματικής Προσοχής». Τα προβλήματα προσοχής αποκτούν έτσι κεντρική θέση και μπορούν να υπάρχουν χωρίς να συνοδεύονται απαραίτητα από υπερκινητικότητα.

Προτείνονται τρεις διαγνωστικές υποκατηγορίες:

- α. Διαταραχή Ελειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας, Συνδυασμένος Τύπος
- β. Διαταραχή Ελειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας, με Προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο
- γ. Διαταραχή Ελειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας, με Προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό-Παρορμητικό Τύπο

Αμφισβητήσεις όμως εξακολουθούν να υπάρχουν. Το γεγονός ότι τα παιδιά με Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας, με Προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο και τα παιδιά με Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας, Συνδυασμένος Τύπος παρουσιάζουν τα ίδια συμπτώματα διάσπασης προσοχής, δεν αποδεικνύει ότι οι δύο ομάδες συνδέονται στενά και πρέπει να ταξινομούνται μαζί. Ορισμένοι ερευνητές ισχυρίζονται ότι πρόκειται για δύο τελείως διαφορετικές διαταραχές.^{13,14}

Η αντικειμενικότητα της διάγνωσης της ΔΕΠΥ

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η επίπτωση της διαταραχής ποικίλλει από 2% σε 17%.¹⁵

Αυτές οι μεγάλες διακυμάνσεις στην επιδημιολογία πιθανόν οφείλονται σε διαφορετικούς τρόπους ερευνητικής μεθοδολογίας και συλλογής δεδομένων. Κυρίως όμως μας κάνουν να αναρωτιόμαστε για τη σωστή εφαρμογή των διαγνωστικών κριτηρίων.

Παρόλο που η προσέγγιση προτείνεται σαν καθαρά συμπεριφορική φαίνεται ότι ορισμένα διαγνωστι-

κά κριτήρια είναι αρκετά ασαφή ή ερμηνεύονται διαφορετικά από τους κλινικούς που είναι επηρεασμένοι από τις κοινωνικο-πολιτισμικές συνιστώσες του τόπου τους. Ορισμένοι πολιτισμοί π.χ. ο μεσογειακός είναι περισσότερο ανεκτικοί στην κινητικότητα και στη δραστηριότητα των παιδιών απ' ό,τι οι άλλοι π.χ. ο αγγλοσαξονικός.

Η ασάφεια ορισμένων διαγνωστικών κριτηρίων θέτει το θέμα του φυσιολογικού και του παθολογικού στην εξέλιξη του παιδιού. Κριτήρια, όπως «δίνει συχνά την εντύπωση να μην ακούει όταν του μιλούν», «δυσκολεύεται να οργανώσει εργασίες και δραστηριότητες», «έχει συχνά δυσκολίες στο να ενταχθεί ήρεμα σε δραστηριότητες» στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό υποκειμενικότητας. Άλλωστε αυτά τα κριτήρια συχνά αντιστοιχούν σε χαρακτηριστικά εντελώς συνηθισμένα χωρίς παθολογικό χαρακτήρα σε πολλά παιδιά.

Στις επιδημιολογικές μελέτες ενώ η κοινωνικο-οικονομική τάξη της οικογένειας δεν παίζει ρόλο, παιδιά που παρουσιάζουν υπερκινητικό σύνδρομο ανήκουν συχνά σε δυσαρμονικές οικογένειες, με γονεϊκή ψυχιατρική παθολογία.¹⁶ Μπορούμε να υποθέσουμε μια διαγνωστική υπερεκτίμηση της ΔΕΠΥ σε οικογένειες με μεγάλες δυσκολίες παροχής φροντίδας, που χαρακτηρίζονται από ανεπαρκή προστατευτικά και καθησυχαστικά πλαίσια διαπαιδαγώγησης και επιτρέπουν την υπέρβαση των ορίων και τη διαταρακτική συμπεριφορά του παιδιού. Τέλος η κλινική διάγνωση φαίνεται να ενσωματώνει έναν αριθμό παραχαϊδεμένων υπερπροστατευμένων παιδιών, που πρωτίστως χρειάζονται μια ψυχοπαιδαγωγική καθοδήγηση, ή έναν αριθμό συμπτωματικών παιδιών των οποίων οι διαταραχές της συμπεριφοράς αποτελούν αντανάκλαση μιας συναισθηματικής και περιβαλλοντικής μειονεξίας.

Παρόλες λοιπόν τις προσπάθειες της αγγλοσαξωνικής βιβλιογραφίας αποδεικνύεται ότι η εφαρμογή των διαγνωστικών κριτηρίων μπορεί να διαφοροποιηθεί ανάλογα με τις καταστάσεις και άρα η διάγνωση της ΔΕΠΥ δεν θεωρείται πλήρως αντικειμενική.

Διπολική διαταραχή (ΔΔ)

Ο Esquirol περιέγραψε, ήδη από το 1838¹⁷ περιπτώσεις μανιακής κρίσης σε παιδιά σχολικής ηλικίας. Ο Kraepelin¹⁸ επίσης αναφέρθηκε λεπτομερώς από την αρχή του 20ού αιώνα σε περιπτώσεις καταθλιπτικών και μανιακών κρίσεων σε παιδιά και εφήβους. Παρόλ' αυτά μέχρι το 1970 οι συναισθηματικές ψυχώσεις στα παιδιά και τους εφήβους δεν είχαν αναγνωρισθεί ως επίσημη ψυχιατρική διάγνωση. Συνήθως ετίθεντο οι διαγνώσεις του υπερκινητικού συνδρόμου, των δια-

ταραχών συμπεριφοράς ή της σχιζοφρένειας. Από το 1980 και μετά η αύξηση του αριθμού των αποπειρών αυτοκτονίας και των αυτοκτονιών ιδιαίτερα στους εφήβους, οδήγησε στη συστηματική έρευνα των συναισθηματικών ψυχώσεων στη παιδική και εφηβική ηλικία. Από τότε μέχρι σήμερα πολλαπλασιάστηκαν οι μελέτες και παρουσιάζεται μια σταθερή αναγνώρισή τους.¹⁹ Στα σύγχρονα ταξινομικά συστήματα τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΔ με έναρξη στην παιδική ηλικία δεν διαχωρίζονται από εκείνα των ενηλίκων. Στην πραγματικότητα όμως η κλινική εικόνα διαφέρει.

Η σημειολογία της πρώιμης ΔΔ διακρίνεται από εκείνη του ενήλικα, από τη σπανιότητα των θυμικών συμπτωμάτων. Πολύ συχνά ούτε η καταθλιπτική διάθεση, ούτε η υπομανιακή ευφορία βρίσκονται στην πρώτη γραμμή όντας συχνά υποσκελισμένες από μια μεγάλη ευερεθιστότητα με κρίσεις βίας και σωματικές εκδηλώσεις. Ψυχωτική συμπτωματολογία εμφανιζόμενη υπό μορφή ακουστικών ή οπτικών ψευδαισθήσεων και παραληρήματος, μπορεί να συνυπάρχει, αν και σπάνια αναφέρεται αυθόρμητα από το νέο ασθενή. Η πιο χαρακτηριστική διακριτική ιδιαιτερότητα ενοικεί στην ουσιαστική απουσία της κυκλικότητας της συμπτωματολογίας στους νέους ασθενείς. Τα παιδιά ή οι έφηβοι διπολικοί παρουσιάζουν μια σημειολογία συνεχών κύκλων, που περιλαμβάνουν σύντομα επεισόδια καταθλιπτικά, υπομανιακά, μανιακά ή ανάμεικτα χωρίς ελεύθερες περιόδους.^{20,21}

Τα παιδιά με ΔΔ παρουσιάζουν επίσης υπολειπόμενη κοινωνική λειτουργικότητα και μαθησιακές δυσκολίες.²²

Για τους Craney και Geller²³ η ΔΔ με έναρξη στην παιδική ηλικία αντιστοιχεί σε μια βαριά εικόνα ΔΔ ενηλίκων παρουσιαζόμενη με χρόνια μικτή μανία, ψυχωτικά χαρακτηριστικά και συνεχή κυκλική εικόνα.

Η αντικειμενικότητα της διάγνωσης της ΔΔ

Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες οι συναισθηματικές διαταραχές διαγιγνώσκονται σε ποσοστό 0,3% στη νηπιακή ηλικία, σε 1,8% στη λανθάνουσα περίοδο, για να φτάσουν στο 4,7% στη μέση εφηβεία. Παρά τις μελέτες που δείχνουν ότι τις τελευταίες δεκαετίες εμφανίζεται σημαντική αύξηση της ΔΔ στα παιδιά και στους εφήβους, η επίπτωση της διαταραχής με πρώιμη έναρξη παραμένει χαμηλή.²⁴

Οι επιδημιολόγοι θεωρούν πως η πρώιμη ΔΔ είναι αρκετά υποτιμημένη. Υποστηρίζουν ότι η διαταραχή υποδιαγιγνώσκεται λόγω έλλειψης γνώσεων, προσοχής, διαγνωστικής σύγχυσης και διαφορετικής κλινικής εικόνας στα παιδιά.²⁵ Σημειώνουν πως μια ακριβής έρευνα θα οδηγούσε στην αποκάλυψη μιας

υψηλής επίπτωσης της διαταραχής στις νοσοκομειακές παιδοψυχιατρικές μονάδες. Η ΔΔ θα μπορούσε να είναι η πιο συχνή ψυχιατρική πάθηση στο παιδί και τον έφηβο που νοσηλεύεται.²⁶

Οι Meyer et al²⁷ αναφέρουν ότι η ΔΔ στα παιδιά σπάνια διαγιγνώσκεται στη Γερμανία. Ενώ 63% των ψυχιάτρων έχουν χρησιμοποιήσει αυτή τη διάγνωση στην εφηβεία μόνο το 7,8% την έχει βάλει στα παιδιά. Οι Kochman et al²⁸ μιλούν για τη σπανιότητα της διάγνωσης στην Γαλλία. Στη μελέτη των Soutullo CA et al²⁹ αναφέρεται ότι υπάρχει ένας μεγάλος σκεπτικισμός σε χώρες εκτός από τις ΗΠΑ όσον αφορά τη διάγνωση της ΔΔ. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναφέρεται επίπτωση της μανίας σε εφήβους στην Ολλανδία 1,9% και υπομανίας 0,9%. Μόνο 1,2% από τα νοσηλευόμενα παιδιά στη Δανία και 1,7% των εφήβων στη Φινλανδία είχαν διάγνωση ΔΔ. Στην Ιταλία, οι συγγραφείς καταγράφουν σε μια κλινική του Πανεπιστημίου της Ναβάρρας επίπτωση 4% σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV σε παιδιά και εφήβους ηλικίας 4–18 ετών. Συμπεραίνουν ότι υπάρχει σχετική έλλειψη δεδομένων, διαφορές ως προς τον ορισμό της ΔΔ στο ICD-10 και το DSM-IV και κλινικές δυσκολίες ως προς την αναγνώριση της διαταραχής. Η υπερδιάγνωση στις ΗΠΑ πιθανόν να οφείλεται σε διαφορές στην ερμηνεία και την εφαρμογή των διαγνωστικών κριτηρίων. Ενώ οι κλινικοί στην Ευρώπη φαίνεται να διστάζουν περισσότερο στο να αναγνωρίσουν στις μεταβολές της διάθεσης ενός παιδιού ή ενός εφήβου τα σημάδια μιας σοβαρής ψυχικής διαταραχής η οποία θα το συνοδεύει εφόρου ζωής.

Και εδώ επίσης τίθενται σε επερώτηση τα όρια του φυσιολογικού και του παθολογικού.

Το παιδί, κατά τη διάρκεια της ίδιας μέρας, μπορεί να συναισθανθεί περιόδους ευφορίας έως και έντονης διέγερσης εναλλασσόμενες με περιόδους θλίψης ή δυσθυμίας, που βρίσκονται σε άμεση σχέση με τις κοινωνικές του δραστηριότητες και τις συναισθηματικές του ανάγκες.

Στον έφηβο η θυμική ευελιξία που μπορεί να είναι ακραία, κάνει ιδιαίτερα δύσκολη κάθε προσπάθεια διάκρισης ανάμεσα στον φυσιολογικό και τον παθολογικό στον τομέα των διαταραχών της διάθεσης.³⁰

Σύμφωνα με τους Stringaris et al³¹ κλινικές εικόνες που να πληρούν τα κριτήρια της ΔΔ σύμφωνα με το DSM-IV είναι σπάνιες στα παιδιά γιατί συνήθως τα μανιακά επεισόδια είναι βραχύτερα απ' ό,τι απαιτείται από τα διαγνωστικά κριτήρια. Συμπεραίνει ότι χρειάζεται περαιτέρω έρευνα γι' αυτά τα βραχεία επεισόδια κατά τη διάρκεια των οποίων εκδηλώνονται μανιακά

συμπτώματα για να προσδιοριστεί αν πραγματικά αποτελούν κλινική εικόνα ΔΔ της παιδικής ηλικίας. Για τον Taylor³² τα βραχυχρόνια επεισόδια υπερβολικής συναισθηματικής εκδήλωσης, κυρίως θυμού, που παρουσιάζουν τα μικρότερα παιδιά αποτελούν σημαντικό κλινικό πρόβλημα αλλά δεν αποτελούν απαραίτητα την έναρξη μιας κλασικής ΔΔ. Η διαφορική διάγνωση πρέπει να περιλαμβάνει τη ΔΕΠΥ, την αντίδραση σε εχθρικό περιβάλλον, τη χρήση ουσιών, τη σοβαρή συναισθηματική δυσλειτουργία και τις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος.

Όπως και για τη ΔΕΠΥ, φαίνεται ότι και για τη ΔΔ δεν υπάρχει πλήρης συμφωνία ως προς την κλινική εικόνα και οι διαφορετικές απόψεις αντανakλούν και διαφορετικές πρακτικές.

ΔΕΠΥ και Διπολική Διαταραχή

Υπάρχει μια πολύ λεπτή διάκριση ανάμεσα στη ΔΔ και τη ΔΕΠΥ. Ένα παιδί σε χρόνια υπομανιακή κατάσταση παρουσιάζει μια υπερκινητική συμπεριφορά, συνοδευόμενη από ταχυλαλία και ταχυψυχία, γρήγορη ροή ιδεών, έλλειψη προσοχής και συγκέντρωσης στο σχολείο, συμπτώματα που μπορούν να οδηγήσουν σε μια διάγνωση ΔΕΠΥ.

Για ορισμένους συγγραφείς το βασικότερο διαφοροδιαγνωστικό στοιχείο υπέρ της ΔΔ είναι η ύπαρξη συναισθηματικών διαταραχών στο οικογενειακό περιβάλλον.³³ Σύμφωνα με άλλους όμως παιδιά διπολικών ασθενών έχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιά-

σουν ΔΕΠΥ στην προσχολική ηλικία και αυξημένα επίπεδα υπο-ουδικών καταθλιπτικών και μανιακών συμπτωμάτων απ' ό,τι παιδιά μαρτύρων γονέων με άλλη ή χωρίς καμία ψυχιατρική παθολογία.³⁴

Τα κύρια ερωτήματα που τίθενται για τη σχέση των δύο κλινικών οντοτήτων είναι τα εξής:

1. Υπάρχει συννοσηρότητα των δύο διαταραχών;
2. Η ΔΕΠΥ υπερδιαγιγνώσκεται σε βάρος της διπολικής διαταραχής;
3. Η ΔΕΠΥ εξελίσσεται προς διπολική διαταραχή;

Οι Kochman F et al³⁵ προτείνουν τον ακόλουθο πίνακα 1 όπου φαίνονται τα σημεία στα οποία μπορεί να στηριχθεί η διαφορική διάγνωση ανάμεσα στις δύο διαταραχές.

Συννοσηρότητα ή εξέλιξη της ΔΕΠΥ προς ΔΔ

Για να ξεφύγουν από τις διαγνωστικές δυσκολίες της διαφορικής διάγνωσης οι περισσότεροι ερευνητές μιλούν για συννοσηρότητα. Για ορισμένους άλλους η ΔΕΠΥ μπορεί να αποτελεί πρόδρομη κλινική εικόνα και να εξελιχθεί προς ΔΔ.

Επιδημιολογικές και κλινικές μελέτες στις ΗΠΑ ανεβάζουν τα ποσοστά συννοσηρότητας σε 70–90% σε παιδιά και 30–40% σε εφήβους.^{36–38} Σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά σημειώνονται σε έρευνες εκτός ΗΠΑ.^{39,40} Οι Biederman et al⁴¹ σε παιδιά που παρουσιάζουν ΔΕΠΥ βρίσκουν συννοσηρότητα 11% με διπολική διαταραχή καταρχήν και 12% επιπροσθέτως

Πίνακας 1. Διαφορική διάγνωση μεταξύ ΔΕΠΥ και πρώιμης διπολικής διαταραχής

ΔΕΠΥ	Πρώιμη διπολική διαταραχή
Καθόλου ή λίγα οικογενειακά προηγούμενα διαταραχών της διάθεσης	Συχνές διαταραχές της διάθεσης στο οικογενειακό περιβάλλον
Παιδί θορυβώδες	Παιδί απροσάρμοστο, υπερσυναισθηματικό
Υπερδραστήρια συμπεριφορά	Συμπεριφορά με διακυμάνσεις με διαδοχή ήρεμων, καταθλιπτικών ή μανιακών περιόδων
Επιρρέπεια σε παρορμητικές συμπεριφορές, μερικές φορές βίαιες, γενικά ελεγχόμενες από τον περίγυρο	Κατά τη διάρκεια των καταθλιπτικών ή μανιακών κρίσεων επικίνδυνες συμπεριφορές, βίαιες, μερικές φορές ακραίες, ελάχιστα ανταποκρινόμενες στην παρέμβαση του περιγύρου
Σπάνιες ιδέες αυτοκτονίας	Μεγάλη συχνότητα αυτοκτονικών ιδεών, απειλών και αποπειρών αυτοκτονίας
Όχι ψυχωτικά συμπτώματα	Συχνά ψυχωτικά συμπτώματα (ακουστικές, οπτικές ψευδαισθήσεις κ.λπ.)
Όχι συμπεριφορές εστιασμένες σε έναν στόχο. Αντίθετα ροπή προς διασκέδαση της συμπεριφοράς	Συμπεριφορές εστιασμένες σε έναν στόχο (συμπεριφορές με έντονο σεξουαλικό χαρακτήρα κ.λπ.), νέοι που αυτοεκτιμούνται ως υπεράνω του νόμου.

μετά από 4 χρόνια παρακολούθηση. Για τα παιδιά με συννοσηρότητα διαπιστώθηκε βαρύτερη ψυχοπαθολογία, περισσότερες νοσηλείες και χαμηλότερη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα.

Παρόμοια αποτελέσματα δίνονται από τον Wozniak et al.⁴² Τα παιδιά με συννοσηρότητα μανίας και ΔΕΠΥ είχαν βαρύτερη κλινική εικόνα και μεγαλύτερη υπολειμματική ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα. Είχαν επίσης υψηλότερα ποσοστά μείζονος κατάθλιψης, ψύχωσης, διάχυτης αγχώδους διαταραχής και διαταραχών διαγωγής.

Ός προς την κλινική εικόνα, παιδιά με συννοσηρότητα ΔΕΠΥ-ΔΔ παρουσιάζουν κυρίως διεγερτικό φαινότυπο, χρόνια πορεία και έχουν υψηλότερα ποσοστά διαταραχής αντικοινωνικής διαγωγής. Ο ειδικός αυτός φαινότυπος παραπέμπει σε μια συμπτωματολογική συνέχεια μεταξύ ΔΕΠΥ και ΔΔ πρώιμης έναρξης στην οποία πιθανόν οφείλονται οι δυσκολίες στη διαφορική διάγνωση και οι διαφορές στα ποσοστά της συννοσηρότητας.⁴³

Ένα επιχείρημα υπέρ της συννοσηρότητας είναι ότι η ΔΔ και το ΔΕΠΥ παρουσιάζουν κοινά υπολειμματικά χαρακτηριστικά ως προς τη νευρογνωσιακή λειτουργία.⁴⁴ Για τη Ruckidge⁴⁵ η υπολειμματική λειτουργικότητα είναι σαφώς μεγαλύτερη σε εφήβους που παρουσιάζουν συννοσηρότητα ΔΔ και ΔΕΠΥ σε σχέση με εκείνους που έχουν μόνο ΔΔ. Θεωρεί ότι η ΔΕΠΥ επηρεάζει αρνητικά τη γνωσιακή λειτουργία στη ΔΔ. Σε νευροβιολογικές μελέτες οι έφηβοι με συννοσηρότητα ΔΔ και ΔΕΠΥ παρουσιάζουν ελαττωμένη δραστηριοποίηση των προμετωπιαίων περιοχών συγκρινόμενοι με εφήβους με ΔΔ χωρίς ΔΕΠΥ.⁴⁶

Όταν υπάρχει συννοσηρότητα, διαφορές παρατηρούνται επίσης ως προς την ηλικία έναρξης και ως προς το φύλο.

Οι πιο πολλοί ερευνητές συμφωνούν ότι όταν υπάρχει συννοσηρότητα η ηλικία έναρξης της ΔΔ είναι μικρότερη.^{43,47} Φαίνεται ότι όσο νωρίτερα γίνεται η έναρξη της ΔΔ τόσο συχνότερα συνδυάζεται με συμπτώματα ΔΕΠΥ που συχνά προηγούνται των διαταραχών διάθεσης.⁴⁸ Υπάρχουν ενδείξεις ότι η ΔΕΠΥ σ' αυτά τα παιδιά σηματοδοτεί την έναρξη μιας μορφής ΔΔ που είναι οικογενειακή.³⁷

Σύμφωνα με ορισμένους συγγραφείς υπάρχει μια πρόδρομη και υποοδική φάση ΔΔ που μπορεί να συγγέεται με τη φυσιολογική συναισθηματική αστάθεια ή να εκδηλώνεται σαν ΔΕΠΥ.^{49,50}

Όσον αφορά στο φύλο τα δεδομένα είναι αντικρουόμενα. Σύμφωνα με τον Geller³⁷ η συννοσηρότητα παρουσιάζεται πιο πολύ στα αγόρια. Ο Faraone⁵¹

όμως μελετάει μια ομάδα κοριτσιών και επιβεβαιώνει ότι αυτά που ισχύουν για τα αγόρια ισχύουν και για τα κορίτσια.

Η συννοσηρότητα μπορεί να συνεχίζει στην ενήλικη ζωή και επιβαρύνει την πορεία της διαταραχής.⁵² Οι ενήλικοι ασθενείς είχαν ηλικία έναρξης 5 χρόνια νωρίτερα, υψηλότερα ποσοστά αγχώδων διαταραχών, χρήσης αλκοόλ και ουσιών. Είχαν μικρότερες περιόδους που ήταν νορμοθυμικοί και ήταν πιο συχνά καταθλιπτικοί.⁵³ Σε μια πρόσφατη μελέτη⁵⁴ επιβεβαιώνεται ότι ενήλικες ασθενείς με ΔΕΠΥ και ΔΔ είχαν έναρξη της ΔΔ σε μικρότερη ηλικία, περισσότερα επεισόδια διαταραχών της διάθεσης και υψηλότερα επίπεδα παρορμητικότητας απ' ό,τι διπολικοί ασθενείς χωρίς συννοσηρότητα με ΔΕΠΥ. Οι συγγραφείς συμπεραίνουν ότι η κλινική εικόνα ασθενών με ΔΕΠΥ και ΔΔ διαφέρει από εκείνη ασθενών με ΔΔ χωρίς ΔΕΠΥ ή εκείνων που παρουσίαζαν ΔΕΠΥ στα παιδικά τους χρόνια και θεραπεύτηκαν. Αυτή η ιδιαίτερη κλινική εικόνα μπορεί να ανιχνευτεί νωρίς λόγω των ιδιοσυγκρασιακών δυσπροσαρμοστικών χαρακτηριστικών του ατόμου.

Θεραπευτικές επιλογές

Η σχέση ΔΔ και ΔΕΠΥ δεν είναι μόνο νοσολογικό πρόβλημα αλλά έχει σημαντικές συνέπειες για τη θεραπευτική αντιμετώπιση. Είναι γενικά παραδεκτό ότι όσο πιο άμεση είναι η παρέμβαση τόσο στη ΔΕΠΥ όσο και στη ΔΔ, τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν για να αποφευχθεί η άσχημη πρόγνωση και η χρονιότητα.⁴⁹

Η σύγχυση που υπάρχει όσον αφορά στη διαγνωστική εκτίμηση και τη σχέση των δύο κλινικών οντοτήτων αντανακλάται και στον προτεινόμενο τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισης κυρίως όσον αφορά στη φαρμακοθεραπεία. Είναι γνωστό ότι για την αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ χρησιμοποιούνται διεγερτικά ενώ για τη ΔΔ προτείνονται σταθεροποιητές του συναισθήματος ακόμη και λίθιο στα παιδιά. Όπως ήδη αναφέρθηκε στις ΗΠΑ σημειώνεται υψηλή επίπτωση ΔΕΠΥ κα ευρεία χρήση φαρμακοθεραπείας για την αντιμετώπισή της. Σύμφωνα με ορισμένους συγγραφείς τα αυξημένα ποσοστά συννοσηρότητας ΔΕΠΥ και ΔΔ που σημειώνονται στις ΗΠΑ σε σχέση με άλλες χώρες εν μέρει οφείλονται στην συχνή χρήση διεγερτικών που γίνεται εκεί. Πιθανόν μ' αυτόν τον τρόπο πυροδοτείται μια πρώιμη έναρξη ΔΔ ανεξάρτητη από τη ΔΕΠΥ μέσα από έναν συμπεριφερσιολογικό μηχανισμό ευαισθητοποίησης.⁵⁵ Φαίνεται επίσης πως οι νέοι διπολικοί, διαγνωσμένοι υπερκινητικοί κατά την παιδική ηλικία, που είχαν εκτεθεί σε μια ψυχοδιεγερτική

θεραπεία, παρουσιάζουν μια κακή εξέλιξη της ΔΔ, όχι αποκλειστικά εξηγήσιμη από αυτήν τη συννοσηρότητα.⁵⁶ Συμπεραίνεται έτσι ότι τα διεγερτικά μπορεί να επιβαρύνουν μια υποβόσκουσα μανία.^{57,58}

Αντίθετα σε άλλες φαρμακολογικές μελέτες φαίνεται ότι όταν ένας διπολικός ασθενής λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή με ρυθμιστές του συναισθήματος, η προσθήκη ενός διεγερτικού μπορεί να βελτιώσει επιπλέον την κλινική εικόνα ελέγχοντας τα συννοσηρά συμπτώματα ΔΕΠΥ.⁵⁹⁻⁶¹

Αυτή η θεραπευτική επιλογή υποστηρίζεται από πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα που δείχνουν ότι σε γενετικό, βιοχημικό, ηλεκτροφυσιολογικό, και νευροψυχολογικό επίπεδο υπάρχουν κοινά στοιχεία ανάμεσα στη ΔΕΠΥ και τη ΔΔ. Παρατηρήθηκε ότι η μανία και η ΔΕΠΥ χαρακτηρίζονται από μια ασταθή ρύθμιση της εγρήγορσης η οποία αποτελεί έναν κεντρικό παθογενετικό παράγοντα που οδηγεί στην ελειμματική προσοχή. Η υπερδραστήρια, και παρορμητική συμπεριφορά αποτελεί αυτορυθμιστική προσπάθεια να σταθεροποιηθεί η εγρήγορση αυξάνοντας την εξωτερική διέγερση.^{62,63} Σύμφωνα μ' αυτή τη θεώρηση τα ψυχοδιεγερτικά δεν αποτελούν παράγοντα κινδύνου να χειροτερέψει η μανία αλλά μπορεί να είναι θεραπεία επιλογής για τα οξεία μανιακά επεισόδια.

Συμπεράσματα

Οι σχέσεις ΔΕΠΥ και ΔΔ είναι πολύπλοκες και πολυπαραγοντικές. Οι μελέτες διαχωρίζουν δύο διακριτές διαταραχές που συχνά συνυπάρχουν ή που η μία μπορεί να αποτελεί την πρώιμη εκδήλωση της άλλης. Φαίνεται ότι η ειδική σχέση των δύο διαταραχών ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία και το οικογενειακό ιστορικό του παιδιού.

Οι διαγνωστικές αμφιβολίες που αφορούν στη ΔΕΠΥ και την ΔΔ παραπέμπουν για μια ακόμη φορά αφενός στις δυσκολίες χάραξης του ορίου ανάμεσα στο φυσιολογικό και το παθολογικό στο πεδίο της ψυχικής υγείας του παιδιού και αφετέρου στην αδυναμία κατασκευής και αποδοχής μιας κοινής ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών του αναπτυξιακού ηλικιακού φάσματος.

Στην πορεία της αναπτυξιακής/εξελικτικής διαδικασίας από τη βρεφική στην παιδική ηλικία και στην εφηβεία συμπυκνώνονται πολλές και διαφορετικές διεργασίες, μέσα από τις οποίες συντελούνται αλλαγές σε διαφορετικά επίπεδα: στο σωματικό, στο ψυχο-νοητικό και σε εκείνο των σχέσεων με το περιβάλλον. Σ' αυτή την εξελικτική πορεία οι κλινικές εικόνες μπορεί να μεταβάλλονται, και κατά συνέπεια και οι διαγνώσεις. Το ερώτημα που προκύπτει είναι κατά πόσο ένα

ταξινόμικό σύστημα είναι σε θέση να συλλάβει και να αποτυπώσει, με τον κωδικοποιημένο τρόπο που κάθε ταξινόμηση απαιτεί, όλη αυτή την κλινική πολυπλοκότητα και ταυτόχρονα την εξελικτική δυναμική.¹

Επίσης η μεγάλη συχνότητα καταγραφής «συννοσηρότητας» θέτει ερωτήματα τόσο από κλινική όσο και από θεωρητική άποψη.⁶⁴ Η ταυτόχρονη παρουσία δυο διαφορετικών διαγνώσεων φαίνεται ότι επηρεάζει σημαντικά την ψυχοπαθολογία του ατόμου και δεν αποτελεί το απλό άθροισμα των συμπτωμάτων τους. Αντίθετα στις περισσότερες των περιπτώσεων δημιουργείται μια νέα διαφορετικής ποιότητας ψυχοπαθολογία που απαιτεί διαφορετική διερεύνηση και θεραπευτική αντιμετώπιση.⁶⁵

Το νευροβιολογικό μοντέλο για την μελέτη των ψυχικών διαταραχών της παιδικής ηλικίας, παρά τις τεράστιες προόδους που έχουν συντελεστεί τα τελευταία χρόνια δεν προσφέρει ακόμη ολοκληρωμένες απαντήσεις. Καλό θα ήταν να μπορούσε να συνδυασθεί με την ψυχοδυναμική προσέγγιση που παίρνει υπόψη της και άλλες παραμέτρους όπως την προσωπική ιστορία του υποκειμένου και άρα την ιστορικοποίηση του συμπτώματος καθώς και τη διασύνδεση του με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο εκφράζεται.

Στην ψυχοδυναμική προσέγγιση δεν υπάρχει διχασμός ανάμεσα στις δύο κλινικές εικόνες. Ψυχοδυναμικά η υπερκινητικότητα εκφράζεται με όλα τα σημεία που παραπέμπουν στη μανία, ψυχική και κινητική διέγερση, διάσπαση προσοχής, ιδεοφυγία, λογόρροια, οικειότητα, ιδέες μεγαλείου, παντοδυναμία. Αυτές οι μανιακές εκδηλώσεις θεωρούνται άμυνες ενάντια στην κατάθλιψη, αλλά είναι και την ίδια στιγμή μάρτυρες της αδυναμίας επεξεργασίας και ξεπεράσματος της καταθλιπτικής θέσης, έτσι όπως περιγράφηκε από τη M. Klein. Οι μανιακές άμυνες, στοχεύουν στην αποφυγή κάθε συναισθήματος εξάρτησης από το αντικείμενο. Το παιδί αποφεύγει τη σχέση με το αντικείμενο, η οποία μπορεί να περιέχει εξάρτηση, αμφιθυμία, ενοχή. Οδηγείται στην άρνηση της εσωτερικής πραγματικότητας και μπορεί να λειτουργήσει μόνο με τα χαρακτηριστικά της μανιακής σχέσης: θρίαμβο, έλεγχο, υποτίμηση του αντικειμένου, φυγή προς την εξωτερική πραγματικότητα, μεγαλομανιακή παντοδυναμία. Τα υπερκινητικά παιδιά δίνουν την εντύπωση μιας διάθεσης ψεύτικα καλής, επιφανειακής, ελάχιστα μεταδοτικής, χωρίς αίσθημα πληρότητας, ούτε πραγματικής χαράς. Η κινητική εκφόρτιση δείχνει την άδεια διέγερση, τον ψεύτικο θρίαμβο, την υπεραναπλήρωση.

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι σύγχρονες ταξινομήσεις των ψυχικών διαταραχών της παιδικής ηλικίας δεν είναι ούτε οριστικές ούτε αντικειμενικές. Η συζήτηση γύρω από τη σχέση της ΔΕΠΥ και της ΔΔ είναι η απεικόνιση της ρευστότητας των γνώσεών μας σε ορισμένους ευαίσθητους τομείς της ψυχικής υγείας στην παιδική ηλικία. Οι συγγραφείς απ' όλες τις θεωρητικές κατευθύνσεις

συμφωνούν ότι χρειάζονται περαιτέρω έρευνες για να διευκρινισθούν οι αναπτυξιακές και γενετικές διαφορές των δύο διαταραχών και να αναπτυχθούν εξειδικευμένοι τρόποι θεραπευτικής αντιμετώπισης. Απαιτείται όμως προσοχή στο πού θα στραφεί η έρευνα. Έτσι ώστε να μην πάψουμε να παίρνουμε υπόψη μας την ψυχική οδύνη του παιδιού και της οικογένειάς του.

Attention-deficit hyperactivity disorder or bipolar disorder in childhood?

H. Lazaratou

*Child and Adolescent Psychiatric Unit, Community Mental Health Center of Byrona-Kesariani,
A' Psychiatric Department, Medical School, University of Athens*

Psychiatriki 2012, 23:304–313

Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is considered one of the most common neurodevelopmental disorders of childhood, characterized by inattention and/or hyperactivity-impulsivity. Even though a strict definition of this entity is constantly sought, ADHD is an often redefined and reconceptualized syndrome. Epidemiological studies show large differences in the incidence, pointing out that the effort of actual taxonomic systems to offer objective diagnostic criteria have not yielded substantial results. Bipolar Disorder (BD) with onset in childhood is distinguished from the adult form by the scarcity of affective symptoms. Very often, neither depressive mood, nor hypomanic euphoria are in the front line being covered by irritability with crises of violence. Children or adolescents have consecutive cycles, which include brief episodes of depressive, hypomanic, manic or mixed periods without free intervals. There was a delay in the recognition of this clinical picture. The diagnostic criteria in the actual taxonomic systems are not separated from those of adults and according to some studies the disorder is under diagnosed mainly in European countries. The contemporary literature deals largely with the relationship ADHD - BD in young people because the two disorders share the same clinical picture with slight variations. The differential diagnosis in favor of BD is mainly based on the presence of affective disorders in the family. The main questions raised are whether there is comorbidity, whether ADHD is overdiagnosed against BD or whether ADHD represents a prodromal manifestation of early onset BD. Children with comorbid ADHD and BD tend to express mostly a stimulant phenotype with a chronic course and have higher rates of antisocial conduct disorder. This particular phenotype suggests a symptomatic continuum between ADHD and early onset BD which is possibly responsible for the difficulties met in differential diagnosis and differences in the rates of comorbidity. It seems that the earlier the onset of BD more often it is combined with symptoms of ADHD which often precede mood disorders. The relationship between BD and ADHD is not just a nosological problem but has important implications for treatment. The confusion regarding diagnostic evaluation and the relationship of these two clinical entities is reflected in the proposed course of therapy particularly with regard to pharmacotherapy. The elevated rates of comorbidity between ADHD and BD observed in the USA, but not in other countries, are possibly due to the frequent use of stimulants. The dilemmas that arise for the diagnosis of ADHD, BD and their relationship refer to the difficulty of defining the limits of normal and abnormal in the mental health of children and adolescents and of the construction of a taxonomic system that respects the particularities of this developmental age spectrum. To achieve this goal, the search for objectivity in diagnostic criteria is not sufficient but one must also keep in mind psychodynamic factors that put children at the heart of their personal history.

Key words: Attention-deficit hyperactivity disorder, bipolar disorder, diagnosis, comorbidity, classification.

Βιβλιογραφία

1. Λαζαράτου Ε, Ζηλίκης Ν. Η γαλλική ταξινόμηση των Ψυχικών Διαταραχών Παιδιού και Εφήβου (CFTMEA): Συγκριτική παρουσίαση σε σχέση με το ICD-10 & DSM-IV. *Ψυχιατρική* 2006, 17:49–61
2. Barkley RA. The ecological validity of laboratory and analogue assessments of ADHD symptoms. *J Abn Child Psychol* 1991, 19:149–178
3. Denckla MB. Biological correlates of learning and attention: What is relevant to learning disability and attention-deficit hyperactivity disorder? *Devel Beh Pediatr* 1996, 17:114–119
4. Shaywitz BA, Fletcher JM, Shaywitz SE. Defining and classifying learning disabilities and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Child Neurol* 1995, 10:50–57
5. Halperin JM, Matier K, Bedi G, Sharma V, Newcorn JH. Specificity of inattention, impulsivity, and hyperactivity to the diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder. *J Amer Acad Child Adole Psych*, 1992, 31:190–196
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM-II) (2nd ed), Washington, DC, 1968
7. Klein DF, Gittelman-Klein R. Problems in the diagnosis of minimal brain dysfunction and the hyperkinetic syndrome. *Int J Mental Health* 1975, 4:45–60
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM-III) (3rd ed), Washington, DC, 1980
9. Bauermeister JJ, Alegria M, Bird HR, Rubio-Stipec M, Canio G. Are attentional-hyperactivity deficits unidimensional or multidimensional syndromes? Empirical findings from a community survey. *J Amer Acad Child Adol Psych* 1992, 31:423–431
10. Lahey BB, Carlson CL. Validity of the diagnostic category of attention deficit disorder without hyperactivity: a review of the literature. *J Learn Disab* 1991, 24:110–120
11. Pelham WE, Gnagy EM, Greenslade KE, Milich R. Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders. *J Amer Acad Child Adol Psych* 1992, 31:210–218
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (4th ed). Washington, DC, 1994
13. Barkley RA, Grodzinsky G, DuPaul GJ. Frontal lobe functions in attention deficit disorder with and without hyperactivity: A review and research report. *J Abnor Child Psychol*, 1992, 20: 163–188
14. Goodyear P, Hynd GW. Attention-deficit disorder with (ADD/H) and without (ADD/WO) hyperactivity. *J Abnor Child Psychol*, 1992, 6:221–236
15. Scahill L, Schwab-Stone M. Epidemiology of ADHD in school-age children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000, 9:541–555
16. Pressman LJ, Loo SK, Carpenter EM, Asarnow JR, Lynn D, McCracken JT et al. Relationship of Family Environment and Parental Psychiatric Diagnosis to Impairment in ADHD. *J Am Acad Child Adol Psych* 2006, 45:346–354
17. Esquirol JE. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et medico-légal. Baillere. Paris, 1838
18. Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Barth, Leipzig, 1899
19. Kochman F, Ferrari P, Hantouche EG, Akiskal HS. Les troubles bipolaires chez l'adolescent. In: Ferrari P et al (eds) *Actualités en Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent*. Flammarion, Paris, 2002:282–290
20. Wozniak J. Recognizing and managing bipolar disorder in children. *J Clin Psychiatry* 2005, 66(Suppl 1):18–23
21. Carbray MJ, McGuinness T. Pediatric bipolar disorder. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2009, 47:22–26
22. Biederman J, Faraone SV, Wozniak J, Mick E, Kwon A, Cayton GA et al. Clinical correlates of bipolar disorder in a large, referred sample of children and adolescents. *J Psychiatr Res* 2005, 39:611–622
23. Craney JL, Geller B. A prepubertal and early adolescent bipolar disorder-I phenotype: review of phenomenology and longitudinal course. *Bipolar Disord* 2003, 5:243–256
24. Tillman R, Geller B, Bolhofner K, Craney JL, Williams M, Zimmerman B. Ages of onset and rates of syndromal and subsyndromal combid DSM-IV diagnoses in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 2003, 42:1486–1493
25. Wozniak J, Biederman J. Childhood mania: insights into diagnostic and treatment issues. *J Assoc Acad Minor Phys* 1997, 8:78–84
26. Issac G. Is bipolar disorder the most common diagnostic entity in hospitalized adolescents and children? *Adolescence* 1995, 30:273–276
27. Meyer TD, Kossmann, Bohm S, Schlotke PF. Do child psychiatrists in Germany diagnose bipolar disorders in children and adolescents? Results from a survey. *Bipolar Disord* 2004, 6:426–431
28. Kochman FJ, Hantouche EG, Ferrari P, Lancrenon S, Bayart D, Akiskal HS. Cyclothymic temperament as a prospective predictor of bipolarity and suicidality in children and adolescents with major depressive disorder. *J Affect Disord* 2005, 85:181–189
29. Soutullo CA, Chang KD, Dvez-Suarez A, Figueroa-Quintana A, Escamilla-Canales I, Rapado-Castro M et al. Bipolar disorder in children and adolescents: international perspective on epidemiology and phenomenology. *Bipolar Disord* 2005, 7:497–506
30. Kochman FJ, Hantouche EG, Ferrari P, Lancrenon S. Cyclothymic temperament as a prospective predictor of bipolarity and suicidality in children and adolescents with major depressive disorder. *J Affect Disord* 2005, 85:181–189
31. Stringaris A, Santosh P, Leibenluft E, Goodman R. Youth meeting symptom and impairment criteria for mania-like episodes lasting less than four days: an epidemiological enquiry. *J Child Psychol Psychiatry* 2010, 51:31–38
32. Taylor E. Managing bipolar disorders in children and adolescents. *Nat Rev Neurol* 2009, 5:484–491
33. Wozniak J, Faraone SV, Mick E, Monuteaux M, Coville A, Biederman J. A controlled family study of children with DSM-IV bipolar-I disorder and psychiatric co-morbidity. *Psychol Med* 2010, 40:1079–1088
34. Birmaher B, Axelson D, Goldstein B, Monk K, Kalas C, Obreja M et al. Psychiatric disorders in preschool offspring of parents with bipolar disorder: the Pittsburgh Bipolar Offspring Study (BIOS) *Am J Psychiatry* 2010, 167:321–330
35. Kochman F, Rose-Reinhardt H, Hantouche E. Les jeunes hyperactifs deviennent-ils bipolaires? *Inter Psy* 2005, 4:30–34
36. Biederman J, Mick E, Prince J et al. Systematic chart review of the pharmacologic treatment of comorbid attention deficit hyperactivity disorder in youth with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, 9:247–256
37. Geller B, Zimmerman B, Williams M, Bolhofner K, Craney JL, Delbello MP et al. Diagnostic characteristics of 93 cases of a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype by gender, puberty and comorbid attention deficit hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2000, 10:157–164

38. Faraone SV, Biederman J, Wozniak J, Mundy E, Mennin D, O'Donnell D. Is comorbidity with ADHD a marker for juvenile-onset mania? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, 36: 1046–1055
39. Verhulst FC, van der Ende J, Ferdinand RF, Kasius MC. The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1997, 7:51–55
40. Srinath S, Reddy YCJ, Girimaji SC et al. A prospective study of bipolar disorder in children and adolescents from India. *Acta Psychiatr Scand* 1998, 98:437–442
41. Biederman J, Faraone S, Mick E, Wozniak J et al. Attention-deficit hyperactivity disorder and juvenile mania: an overlooked comorbidity? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, 35:997–1008
42. 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 Psychiatry* 1995, 34:867–876
43. Masi G, Perugi G, Toni C, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N et al. Attention-deficit hyperactivity disorder-bipolar comorbidity in children and adolescents. *Bipolar Disord* 2006, 8:373–381
44. McIntyre R. Bipolar disorder and ADHD: Clinical concerns. *CNS Spectr* 2009, 14(7 Suppl 6):8–9, discussion 13–14
45. Rucklidge JJ. Impact of ADHD on the Neurocognitive Functioning of Adolescents with Bipolar Disorder. *Biol Psychiatry* 2006, 11 (Epub ahead of print)
46. Adler CM, DelBello MP, Mills NP, Schmithorst V, Holland S, Strakowski SM. Comorbid ADHD is associated with altered patterns of neuronal activation in adolescents with bipolar disorder performing a simple attention task. *Bipolar Disord* 2005, 7:577–588
47. Jaideep T, Reddy YC, Srinath S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder in juvenile bipolar disorder. *Biopolar Disord* 2006, 8:182–187
48. Tillman R, Geller B, Craney JL, Bolhofner K, Williams M, Zimmerman B et al. Temperament and character factors in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention deficit hyperactive and normal controls. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2003, 13:531–543
49. Chang KD. Course and impact of bipolar disorder in young patients. *J Clin Psychiatry* 2010, 71:405
50. Fakra E, Kaladjian A, Da Fonseca D, Maurel M, Adida M, Besnier N et al. Prodromal phase in bipolar disorder. *Encephale* 2010, 36(Suppl 1):8–12
51. Faraone SV, Biederman J, Monuteaux MC. Attention deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder in girls: further evidence for a familial subtype? *J Affect Disord* 2001, 64:19–26
52. Halmøy A, Halleland H, Dramsdahl M, Bergsholm P, Fasmer OB, Haavik J. Bipolar symptoms in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: across-sectional study of 510 clinically diagnosed patients and 417 population-based controls. *J Clin Psychiatry* 2010, 71:48–57
53. Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T, Wisniewski SR, Otto MW, Simon N et al. Clinical and diagnostic implication of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biol Psychiatry* 2005, 57:1467–1473
54. Bernardi S, Cortese S, Solanto M, Hollander E, Pallanti S. Bipolar disorder and comorbid attention deficit hyperactivity disorder. A distinct clinical phenotype? Clinical characteristics and temperamental traits. *World J Biol Psychiatry* 2010, 11:656–666
55. DelBello M, Soutullo C, Hendricks W et al. Prior stimulant treatment in adolescents with bipolar disorder: association with age and onset. *Bipolar Disord* 2001, 3:53–57
56. Soutullo CA, DelBello MP, Ochsner JE, McElroy SL et al. Severity of bipolarity in hospitalized manic adolescents with history of stimulant or antidepressant treatment. *J Affect Disord* 2002, 70:323–327
57. Faeda GL, Baldessarini RJ, Glowinsky IP, Austin NB. Treatment-emergent mania in pediatric bipolar disorder: a retrospective case review. *J Affect Disord* 2004, 82:149–158
58. Zeni CP, Tramontina S, Ketzner CR, Pheula GF, Rohde LA. Methylphenidate combined with aripiprazole in children and adolescents with bipolar disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized crossover trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2009, 19:553–561
59. Galanter CA, Carlson GA, Jensen PS et al. Response to methylphenidate in children with attention deficit hyperactivity disorder and manic symptoms in the multimodal treatment study of children with attention deficit hyperactivity disorder trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2003, 13:123–136
60. Scheffer RE, Kowatch RA, Carmody T, Rush AJ. Randomized, placebo-controlled trial of mixed amphetamine for symptoms of comorbid ADHD in pediatric bipolar disorder after mood stabilization with divalproex sodium. *Am J Psychiatry* 2005, 162: 58–64
61. Chang K, Nayar D, Howe M, Rana M. Atomoxetine as an adjunct therapy in the treatment of co-morbid attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents with bipolar I or II disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2009, 19:547–551
62. Hegerl U, Himmerich H, Engmann B, Hensch T. Mania and attention-deficit/hyperactivity disorder: common symptomatology, common pathophysiology and common treatment? *Curr Opin Psychiatry* 2010, 23:1–7
63. Hegerl U, Sander C, Olbrich S, Schoenknecht P. Are psychostimulants a treatment option in mania? *Pharmacopsychiatry* 2009, 42:169–174
64. Ζηλίκης Ν. Ζητήματα ταξινόμησης στην Ψυχιατρική Παιδιού και Εφήβου. Εντός, εκτός και επί της Ψυχιατρικής 2003, 4
65. Αναγνωστόπουλος Δ, Λαζαράτου Ε. Η έννοια της συννοσηρότητας στην Παιδοψυχιατρική. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2003, 20:463–465

Αλληλογραφία: Ε. Λαζαράτου, Υπηρεσία Παιδιών και Εφήβων, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνας Καισαριανής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών
 Δήλου 14 Βύρωνας Καισαριανή 161 21, Αθήνα
 Τηλ. 210-76 40 111, 210-76 44 705, Fax: 210-76 62 829
 e-mail: elazar@med.uoa.gr