

COMMENT J'EXPLORE...

la bipolarité en pédopsychiatrie : une sémiologie dimensionnelle

J-M. SCHOLL (1)

RÉSUMÉ : Malgré sa fréquence importante, la bipolarité dans l'enfance est peu connue et souvent diagnostiquée tardivement après plusieurs années d'évolution, alors que le pronostic psychosocial de l'enfant est en jeu. L'établissement du diagnostic est toujours clinique; il est donc indispensable de donner aux professionnels des repères sémiologiques précis. Cet article présente une sémiologie dimensionnelle à rechercher lors de l'anamnèse et de l'observation; ces signes cliniques permettent de repérer, chez l'enfant, un tempérament maniaque bipolaire et/ou de préciser les différentes formes de troubles bipolaires et dépressifs. Ensuite, les diagnostics différentiels et les comorbidités sont spécifiés.

MOTS-CLÉS : *Bipolarité en pédopsychiatrie - Psychopathologie développementale - ADHD - Sémiologie dimensionnelle - Dépression*

HOW TO EXPLORE BIPOLARITY IN CHILD PSYCHIATRY : A DIMENSIONAL SEMIOLOGY

SUMMARY : Despite its high frequency, bipolarity in childhood is little understood and is often diagnosed only after several years of development, and this during a time when the child's psychosocial future is at stake. A proper diagnosis requires recognition of accurate clinical signs. It is therefore essential to furnish clinicians with precise semiological markers. This paper presents a dimensional semiology for use in anamnesis and in clinical observation of the child. These clinical signs enable the identification of a bipolar manic temperament in the child and/or the identification of various different forms of childhood bipolar and depressive disorder. The relevant differential diagnoses and comorbidities are also presented.

KEYWORDS : *Bipolarity in child psychiatry - Developmental psychopathology - ADHD - Dimensional semiology - Depressive disorders*

INTRODUCTION

L'Organisation mondiale de la Santé classe le trouble bipolaire parmi les 10 pathologies les plus invalidantes. Chez l'adulte, la prévalence est de 1 % pour le type I (avec un épisode maniaque d'une semaine ou plus au cours de la vie) et de 4,4 % pour le type II (avec au moins 4 jours consécutifs d'état hypomaniaque au cours de la vie) (1, 2). Or, 64 % des adultes bipolaires ont déjà présenté un trouble du spectre bipolaire pendant l'enfance, contre 15 % dans un groupe contrôle (3).

Chez l'enfant, la sémiologie de la bipolarité est trop peu connue. En effet, environ 7 sujets sur 10 souffrant de troubles bipolaires ont reçu au minimum un faux diagnostic et la majorité, avant de recevoir un diagnostic correct, ont attendu plus de 10 ans et rencontré 3 à 5 médecins après la survenue des symptômes (4-6). Or, dans la population générale juvénile la prévalence de la bipolarité de type II et du spectre bipolaire est d'environ 6 % (7). Ce sont les symptômes «les plus bruyants» qui conduisent à reconnaître plus tôt le diagnostic de bipolarité; des signes précurseurs moins importants n'évoqueront pas ce diagnostic (8). Certaines situations ont été préalablement confondues

avec d'autres diagnostics, ou encore, seul le diagnostic de trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (ADHD pour Attention Deficit Hyperactivity Disorder) avait été posé.

L'établissement d'un diagnostic de bipolarité est toujours un diagnostic clinique et les instruments de dépistage ne remplaceront jamais l'interview conduit par un expert (6, 9). Il est donc indispensable de donner aux professionnels, dont les pédopsychiatres, des repères sémiologiques précis à rechercher lors de l'anamnèse avec les parents et en observant l'enfant.

FORMES SPÉCIFIQUES À L'ENFANCE

La bipolarité dans l'enfance a été progressivement individualisée dans les années 1990 avec les travaux de Gabrielle Carlson, Jo Biederman et Barbara Geller (10-12). Depuis lors, de nombreux travaux internationaux sur tous les continents ont confirmé la grande fréquence de la bipolarité dans l'enfance.

Par contraste avec les adultes, l'enfant peut présenter un tableau clinique de bipolarité dans lequel les symptômes maniaques sont continus et chroniques, présents de façon constante sans variations cycliques, avec des symptômes d'ADHD plus marqués. Cette forme continue dans l'enfance, nommée «severe mood dysregulation» (par le National Institutes of Health – NIH), est à distinguer du trouble bipolaire

(1) Pédopsychiatre, CHU, Centre de Ressources Autisme Liège, ULg.

de type I de l'adolescent, plus classique, le «narrow phenotype», qui comporte des épisodes thymiques et davantage de symptômes psychotiques. Différentes études, différenciant des sous-groupes dans l'enfance, convergent vers des résultats similaires. Par exemple Masi et coll., à Pise, distinguent des sous-groupes : tableau clinique chronique et constant *versus* succession d'épisodes thymiques; humeur irritable *versus* exaltation de l'humeur; âge de début dans l'enfance *versus* apparition lors de l'adolescence (13).

En Allemagne, Birmaher et coll., dans une étude remarquable, ont comparé les tableaux cliniques dans une population de 364 enfants et adolescents (14). Dans l'enfance, l'âge moyen d'apparition du premier épisode bipolaire est de 5,3 ans, du premier épisode dépressif de 6,5 ans, et du premier épisode maniaque de 7,0 ans. Les enfants présentent davantage de formes subsyndromiques hypomaniaques, mais on retrouve chez eux toutes les formes cliniques de bipolarité. Les tableaux cliniques – maniaques et dépressifs – sont plus marqués chez les adolescents, mais la quasi-totalité des signes cliniques sont déjà présents dans la population des enfants; les différences sont principalement liées à l'intensité ou à la fréquence des symptômes.

Pour la *dépression*, les adolescents ayant débuté la bipolarité dans l'enfance ont plus fortement une image négative de soi et davantage d'idées récurrentes de mort par rapport aux adolescents ayant débuté la bipolarité dans l'adolescence; dans le tableau dépressif, le seul symptôme plus intense chez les enfants est l'*irritabilité*.

Pour l'*état maniaque*, le seul symptôme à être significativement plus marqué chez les enfants est la *labilité* de l'humeur.

Ainsi, les enfants présentent moins de symptômes sévères de dépression et davantage d'irritabilité. Les symptômes maniaques sont déjà présents chez l'enfant et ils trouveront une expression plus marquée chez l'adolescent (pour une étude plus détaillée et critique de la littérature, voir 8).

UNE SÉMIOLOGIE DIMENSIONNELLE DU NORMAL AU PATHOLOGIQUE

Résultant de notre propre recherche clinique (8), nous développons une sémiologie dimensionnelle, considérant chaque signe clinique pour lui-même, dans un continuum du nor-

mal au pathologique. Un signe sémiologique ne sera qualifié de pathologique que lorsqu'il dépasse une certaine intensité et participe à une souffrance ou un dysfonctionnement. En sens inverse, le même signe sémiologique pourra parfois être un avantage et apporter une compétence particulière au sujet lorsqu'il ne dépasse pas une intensité modérée. Ainsi, un même signe peut être un avantage ou un désavantage, selon son intensité, et selon la constellation d'autres signes simultanément présents qui pourraient défavoriser le signe considéré (par exemple, une «fluence verbale» rapide est un avantage, mais lorsqu'elle devient extrême et s'accompagne de signes maniaques importants, elle engendre un dysfonctionnement).

Dans la suite de cet article, nous donnons la sémiologie dimensionnelle de la bipolarité dans l'enfance résultant d'une recherche clinique publiée en détail par nos soins dans la revue «La psychiatrie de l'enfant» aux P.U.F. (8). En partant du normal, cette sémiologie décrit un «tempérament maniaque bipolaire» simple; ensuite, le diagnostic différentiel avec l'ADHD; enfin, trois sous-groupes sémiologiques d'états bipolaires et un sous-groupe correspondant aux troubles dépressifs (unipolaires).

TEMPÉRAMENT MANIAQUE BIPOLAIRE

Une description en 7 axes de signes sémiologiques donne le «tempérament maniaque bipolaire» simple. Ils sont énumérés dans le Tableau I; il n'est pas nécessaire de réunir tous les signes mais de reconnaître l'allure générale du tableau. Ils décrivent des caractéristiques constitutionnelles de l'enfant. Leur expressivité a une évolution développementale selon l'âge, mais cette clinique demeure identifiable chez l'adulte et est présente la vie entière (Figure 1). D'intensité modérée, elle fait partie d'un tempérament normal.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL AVEC L'ADHD

Le «tempérament maniaque bipolaire», sous-diagnostiqué, est souvent confondu avec un «trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité» (ADHD pour Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Le Tableau II donne les critères de diagnostic différentiel.

Ceci est corroboré par des études qui identifient les symptômes spécifiques de la bipolarité : l'humeur (dont l'euphorie), l'emphase, les mouvements affectifs en «on-off», le débit

TABLEAU I. TEMPÉRAMENT MANIAQUE BIPOLAIRE SIMPLE

1. Forme « super-énergétique »	
• Plein d'énergie • Si l'enfant ressent de la fatigue il n'arrête pas pour autant de s'activer	
2. Clinique du sommeil	
• Le petit enfant réduit vite la durée des siestes • Le nombre d'heures de sommeil est relativement réduit • Il a tendance à se réveiller tôt (pour autant qu'il ne se soit pas endormi trop tardivement) • Son sommeil est plus agité et il a tendance à parler en dormant • Il est parfois actif la nuit (périodes d'éveils nocturnes avec jeux ou lectures) • Le temps nécessaire à la mise au lit et à l'endormissement est prolongé (voir infra: Mal-être en situation d'être seul)	
3. Le mal-être en situation d'être seul	
• Parfois, déjà bébé, l'enfant réclame une présence physique pour s'endormir • L'enfant n'aime pas être seul dans une pièce • (Si l'enfant avait été gardé jusque-là par le milieu familial), il connaît parfois une séparation difficile lors des premiers jours d'école en première année maternelle • Vers 5 ans, il ne va pas jouer seul dans une pièce ou dans un autre lieu sans la présence d'un adulte ou d'un autre enfant ou d'un animal • S'il est seul dans une pièce, il cherche à savoir en permanence où se trouve l'adulte en l'interpellant • Vers 8 ans, il va volontiers jouer avec des copains dans le quartier, mais lorsqu'un parent quitte la maison, il s'inquiète et se sent mal : il est alors dans une position «passive» lors de laquelle il doit «subir» le départ du parent (par opposition à un mouvement actif lorsqu'il va rejoindre un copain, et donc retrouver une présence) • Surtout, et parfois comme symptôme principal, la mise au lit est prolongée, il recherche le contact, redescend pour des raisons futiles • N.B. : l'adulte ou l'enfant cherche à contrecarrer ce mal-être par 1 : l'apport de stimuli (par exemple, musique ou écrans), 2 : l'activité (marcher, nettoyer,...), 3 : en remplissant son « monde intérieur » (lire un livre), 4 : remplir son environnement d'objets divers, 5 : la recherche de liens (téléphone portable, Internet...), 6. : en recherchant la compagnie d'un animal	
4. Couleurs affectives expressives	
a) Sentiments exprimés avec beaucoup de couleurs	b) Hyperlabilité émotionnelle
• Souvent, ils font des dessins avec beaucoup de couleurs vives • Souvent, ce sont des enfants attachants • Ils peuvent être gais, bons vivants, parfois euphoriques • Parfois, ils s'expriment avec emphase, dans une hyper-expressivité, remplis d'eux-mêmes et de leurs affects • Hyper-réactivité émotionnelle, vécus affectifs intenses	• Les variations d'intensité des affects peuvent être soudaines avec des difficultés à gérer leurs modulations et leurs transitions
N.B. : ces couleurs affectives expressives n'apparaîtront pas si l'enfant présente une alexithymie, tout en continuant à réagir par une hyper-réactivité émotionnelle, mais sans nuance affective	
5. Excitabilité, fluences, désinhibitions et appétences	
• Excitabilité rapide et importante • Fluence verbale souvent importante (grand flux d'idées) • Parfois, fluence graphique (nombreux dessins) ou fluence phonémique • Imagination importante • Enfants syntones (vibrent au diapason des événements) • Plaisir/déplaisir fortement ressentis • Parfois, tendance boulimique • Comportements de masturbation plus fréquents que dans la population générale • Parfois, des comportements d'allure désinhibée (faire "du n'importe quoi") • Tendance à l'impulsivité simple et à l'impatience (démarré au quart de tour, "monte dans les tours")	

TABLEAU I (SUITE)

6. Prépondérance de l'attention divergente sur l'attention convergente
• Est attentif à tout nouveau stimulus et facilement distrait, passe d'une chose à l'autre, zappe
• Met en scène des histoires comprenant de nombreuses actions, voire des actions simultanées de plusieurs personnages, (au cours des jeux ou d'histoires composées lors de tests projectifs)
• Peut pointer simultanément plusieurs idées dans son esprit
• Est bavard
• Reste plus difficilement concentré un long moment sur une activité
• Tendance à perdre, à oublier, à l'inattention
• Dans des cas extrêmes, le petit enfant a des difficultés à organiser sa pensée, ce qui induit un retard dans l'acquisition du langage et des apprentissages
• Dans des cas extrêmes, il peut se disperser, perdre "de sa consistance" et de son individualisation (capacité à être soi "avec consistance"); (ce qui est renforcé par une fluence verbale importante qui le désorganise)
7. Tendance à l'hyperactivité
• Lit tout défait le matin (l'enfant bouge beaucoup en dormant)
• A tendance à gesticuler à table lors des repas
• Souvent, aime les sports et les jeux moteurs
• A toujours besoin de s'occuper

TABLEAU II. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL : TEMPÉRAMENT MANIAQUE BIPOLAIRE/ADHD

Sur le plan sémiologique	Symptômes communs à la fois à l'ADHD et à la bipolarité	Symptômes spécifiques à la bipolarité
La bipolarité inclut les symptômes de l'ADHD	La prépondérance de l'attention divergente	La clinique du sommeil
Au contraire, l'ADHD n'inclut pas tous les symptômes de la bipolarité	L'hyperactivité	Le «mal-être en situation d'être seul»
	La tendance à être en superforme.	Les couleurs affectives expressives
		L'excitabilité, les fluences, les désinhibitions et les appétences

rapide d'idées, la diminution du sommeil, l'excitabilité sexuelle (15-17).

TROUBLES BIPOLAIRES ET DÉPRESSIFS CHEZ L'ENFANT

L'ensemble des tableaux cliniques dans l'enfance conduit à proposer la classification suivante.

TEMPÉRAMENT MANIAQUE BIPOLAIRE SIMPLE

C'est le tempérament maniaque de base qui vient d'être décrit en 7 axes sémiologiques avec une intensité plus importante qui met l'enfant en souffrance et/ou en dysfonctionnement. Le

plus souvent, il n'y a pas de variation cyclique; ces variations appartiennent davantage aux formes à composante mixte et aux formes avec états dépressifs intermittents (cf. ci-après).

TEMPÉRAMENT MANIAQUE BIPOLAIRE À COMPOSANTE MIXTE

Il s'agit d'enfants présentant un «tempérament maniaque bipolaire» de base auquel s'ajoute *simultanément* – souvent par périodes cycliques, courtes, longues ou saisonnières – une *image négative de soi*, dépressive. Ainsi, coexistent une image négative de soi et, simultanément, un haut niveau d'énergie, association qui rend l'enfant beaucoup plus irritable, avec des interactions parfois «explosives». L'enfant

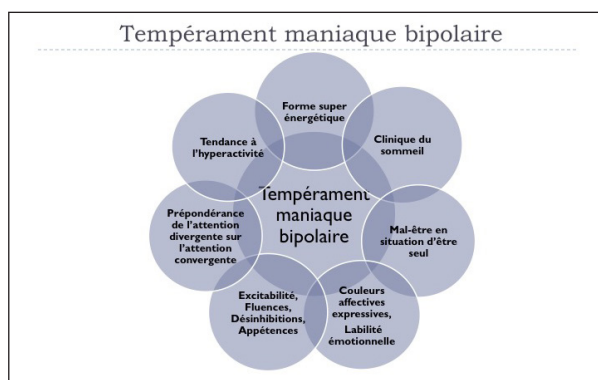


Figure 1. Tempérament maniaque bipolaire.

va davantage s'autocritiquer, se décourager ou se mettre en échec, par exemple dans sa scolarité; il sera *plus irritable*, plus sensible au jugement, manquant de confiance en lui... C'est comme si l'enfant se voyait à travers «un miroir interne de l'image de soi» qui lui renvoie une image déformée négative de lui-même. Cette image dépressive est le pendant négatif de l'image surfaite de soi et survalorisée d'une polarité mégalomane. L'image de soi devient instable. La souffrance de l'enfant est plus importante, et sa gestion est difficile en famille et à l'école.

TEMPÉRAMENT MANIAQUE AVEC ÉPISODES DÉPRESSIFS INTERMITTENTS

Chez ces enfants, le tempérament maniaque de base connaît une césure avec un *état dépressif majeur*. Ce changement est directement remarqué par l'entourage. Il y a un *effondrement* «du niveau énergétique interne» sans cause proportionnée. La tonalité émotionnelle habituelle prédominante qui était énergique, espiègle, dominante, fonceuse, devient inerte, inactive, sans envie, sans appétit, comme fatiguée et triste. Le sommeil peut être encore davantage perturbé. Le «mal-être en situation d'être seul» (qui pouvait être une simple caractéristique sans aspect pathologique) peut s'accroître en un «collage» à la figure d'attachement. La plus jeune enfant de notre série qui a présenté un épisode dépressif majeur avec un «tempérament maniaque bipolaire» préalable était une petite fille de 23 mois. Son épisode dépressif majeur d'intensité sévère a duré deux semaines puis a progressivement régressé; la mère était suivie depuis un an pour un trouble bipolaire mixte en rémission partielle.

La Figure 2 permet de différencier les trois sous-groupes sémiologiques de bipolarité selon

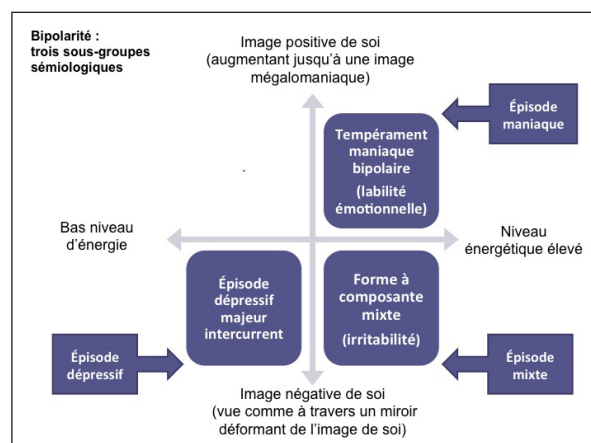


Figure 2. Différenciation en trois sous-groupes sémiologiques de la bipolarité de l'enfant à partir d'un tempérament maniaque bipolaire commun de base. L'axe vertical de l'image de soi et l'axe horizontal du niveau énergétique permettent de mieux discriminer les formes à composante mixte (avec irritabilité importante) et les formes à épisodes dépressifs majeurs intercurrents (avec perte d'énergie). Des variations cycliques, courtes ou longues, peuvent faire alterner ces tableaux chez un même enfant. Un enfant qui présente un «tempérament maniaque bipolaire» ordinaire apparaissant comme une caractéristique de la normalité, pourra voir apparaître, au cours du développement, lors de la préadolescence ou de l'adolescence, des épisodes thymiques bipolaires plus caractéristiques.

le niveau énergétique et la qualité de l'image de soi.

TROUBLE DÉPRESSIF (UNIPOLAIRE)

Épisode(s) dépressif(s) majeur(s) sans tempérament maniaque franc. Dans le tempérament préalable à l'épisode dépressif, on ne retrouve pas «la forme super-énergétique». Au contraire, l'énergie est ordinaire ou peut se révéler fluctuante sur la journée; la clinique du sommeil est ordinaire ou inversée avec un «besoin d'un nombre important d'heures de repos»; on ne retrouve pas l'excitabilité, les désinhibitions et les appétences. L'intensité des «couleurs affectives expressives» n'est pas particulièrement marquée. On peut éventuellement retrouver une «tendance à l'hyperactivité» et un «trouble de l'attention» mais ici, parfois, avec une prépondérance de l'attention convergente. Par contre, on retrouve souvent la clinique du «mal-être en situation d'être seul», limitée en soirée, mais s'accroissant lors de l'épisode dépressif. Un terrain familial dépressif est fréquemment retrouvé.

COMORBIDITÉS

Le «tempérament maniaque bipolaire» et les «troubles bipolaires» peuvent être associés, en comorbidité, à de nombreux diagnostics pédo-psychiatriques, entre autres, chez des enfants

ou des adultes qui présentent un diagnostic du «spectre psychotique» ou encore du «spectre autistique».

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL AVEC LE TROUBLE SCHIZO-AFFECTIF

Un trouble schizo-affectif suppose la présence, chez un même sujet, d'un trouble bipolaire et de périodes de psychose. Ces deux affections peuvent apparaître de façon co-occurrence, avec coïncidence des épisodes, ou de façon séquentielle, avec apparition de différents types d'épisodes, bipolaires et psychotiques, au cours de l'évolution (18, 19). Au niveau d'un regard clinique fin, lorsque l'une des deux affections est reconnue – soit une période psychotique, soit un épisode bipolaire – il s'agit de reconnaître l'autre affection, simultanément présente ou étant apparue à un autre moment dans l'histoire développementale, pour suspecter la présence d'un trouble schizo-affectif.

Quant à l'épisode psychotique, il peut se manifester par des symptômes positifs et/ou des symptômes négatifs et/ou des désorganisations.

CONCLUSION

Une sémiologie précise peut permettre un diagnostic rapide et précoce de la bipolarité dès la petite enfance. Ce diagnostic ne doit pas nécessairement être compris en termes de pathologie, il s'agit au départ de caractéristiques d'un tempérament qui apporte des avantages au sujet et lui donne une personnalité souvent attachante. Ce n'est qu'à partir d'une certaine intensité que ces caractéristiques peuvent induire une souffrance ou un dysfonctionnement chez l'enfant et compromettre son pronostic. Dans notre pratique clinique, nous donnons des métaphores explicatives et thérapeutiques au lieu de parler de diagnostic (sauf si les parents le mentionnent eux-mêmes).

Brièvement, voici une illustration : un enfant de 5 ans nous est adressé par le service psychologique scolaire et l'enseignante de troisième maternelle, 6 mois avant la fin de l'année scolaire, en vue d'une orientation vers un centre thérapeutique de jour. Il a des difficultés d'apprentissage et des comportements intempestifs et maniaques en crescendo depuis le début de l'enseignement maternel. Un tempérament maniaque simple mais intense est reconnu (avec les 7 axes sémiologiques men-

tionnés) sans autre comorbidité franche. Une double médication lui est donnée. Il bénéficie d'interventions psychothérapeutiques et d'un suivi logopédique. A la fin de l'année scolaire, la situation est devenue telle que c'est l'école maternelle qui demande son admission à l'école primaire ordinaire !

Cet exemple soulève des questions importantes quant aux actions préventives de dépistage et aux traitements précoces. Notre expérience montre, chez les enfants traités, un bénéfice indéniable et une amélioration de leur pronostic de vie psychosociale. Notre expertise nous invite à ne pas traiter la bipolarité seule, mais à soigner la souffrance de l'enfant et son dysfonctionnement, repérés, notamment, dans chacune des dimensions sémiologiques présentées (voir travaux de l'auteur sur le site Open Access de l'Ulg : «ORB»).

BIBLIOGRAPHIE

1. Henry C.— Dépressions sévères: particularités du trouble bipolaire. *L'Encéphale*, 2009, **35**, (Suppl. 7), 261-263.
2. American psychiatric association.— *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed., American psychiatric publishing, Washington DC, 2013.
3. Henin A, Biederman J, Mick E, et al.— Childhood antecedent disorders to bipolar disorder in adults: A controlled study. *J Affect Disorders*, 2007, **99**, 1-3, 51-57.
4. Hirschfeld RM, Calabrese JR, Weissman MM, et al.— Screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry*, 2003, **64**, 53-59.
5. Oueriagli Nabih F, Asri F, Manoudi F, et al.— Le retard diagnostique chez les patients avec troubles bipolaires. *Neurone*, 2010, **15**, 3, 75-79.
6. Weber-Rouget B, Aubry JM.— Dépistage des troubles bipolaires : une revue de la littérature. *L'encéphale*, 2009, **35**, 577-576.
7. Benazzi F.— Bipolar disorder - focus on bipolar II disorder and mixed depression. *Lancet*, 2007, **369**, 9565, 935-945.
8. Scholl JM, Philippe P.— Bipolarité et ADHD. Recherche sémiologique : continuum développemental de la petite enfance à l'âge adulte et diagnostic différentiel. *La psychiatrie de l'enfant*, 2012/1, **55**, 125-195. DOI : 10.3917/psy.551.0125 <http://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2012-1-page-125.htm>
9. Thomas J, Willems G.— *Troubles de l'attention, impulsivité et hyperactivité chez l'enfant*. Masson, Paris, 2001.
10. Carlson G.— Trouble bipolaire à début précoce: considérations cliniques et de recherche. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 2006, **54**, 207-216.

11. Biederman J, Mick E, Faraone SV, et al.— Pediatric mania : a developmental subtype of bipolar disorder? *Society of Biological Psychiatry*, 2000, **48**, 458-466.
12. Geller B, Bolhofner K, Craney JL, et al.— Psychosocial functioning in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2000, **39**, 1543-1548.
13. Masi G, Perugi G, Toni C, et al.— The clinical phenotype of juvenile bipolar disorder : toward a validation of the episodic-chronic-distinction. *Biol Psychiatry*, 2006, **59**, 603-610.
14. Birmaher B, Axelson D, Strober M, et al.— Comparison of manic and depressive symptoms between children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disorders*, 2009, **11**, 1, 52-62.
15. Scheffer RE, Niskala Apps JA.— The diagnosis of preschool bipolar disorder presenting with mania: open pharmacological treatment. *J Affective Disorder*, 2004, **82**, 1, 25-34.
16. State RC, Altshuler LL, Frye MA.— Mania and attention deficit hyperactivity disorder in a prepubertal child : diagnostic and treatment challenges. *Am J Psychiatry*, 2002, **159**, 918-924.
17. Wagner KD.— Diagnosis and treatment of bipolar disorder in children and adolescents. *J Clin Psychiatry*, 2004, **65**, 15, 30-34.
18. Marneros A.— The schizoaffective phenomenon: the state of the art. *Acta Psychiatr Scand*, 2003, **108**, (Suppl. 418), 29-33.
19. Azorin JM, Kaladjian A.— Le concept de schizophrénie affective. *L'Encéphale*, 2009, **35**, (Suppl. 5), 151-154.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr JM. Scholl, Pédiopsychiatrie, CHU Liège, Polycliniques Lucien Brull, Liège, Belgique.
Email : Jean-Marc.Scholl@chu.ulg.ac.be