

Tania Nikiel¹, Magdalena Grygo²

TRUDNOŚCI W ROZPOZNAWANIU I LECZENIU CHOROBY AFEKTYWNEJ
DWUBIEGUNOWEJ U DZIECI - CZĘŚĆ II: OPIS DWÓCH PRZYPADKÓW
DIFFICULTIES IN RECOGNIZING AND TREATMENT OF CHILDREN BIPOLAR
DISORDER - PART II: REPORT OF TWO CASES.

¹ Uniwersytet im. Kardynała St. Wyszyńskiego w Warszawie,

² Oddział Psychiatrii Wieków Rozwojowych SPDSK w Warszawie.

Praca oparta na historiach chorób pacjentek hospitalizowanych w Oddziale I Szpitala w Józefowie należącego do Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży.

Kierownik oddziału: lek. Jolanta Paruszkiewicz.

Słowa klucze: zaburzenie dwubiegunowe, ADHD, dzieci

Key words: bipolar disorder, ADHD, children

Streszczenie

Cel pracy: W artykule przedstawiono dwa przypadki nastoletnich dziewcząt, z rozpoznaniem ADHD (zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi) i zaburzeniami zachowania. Pacjentki były leczone z tego powodu farmakologicznie i wielokrotnie hospitalizowane do momentu postawienia rozpoznania CHAD (choroby afektywnej dwubiegunowej) i włączenia ukierunkowanego leczenia. Metoda: Przeanalizowano historie chorób dwóch dziewczynek hospitalizowanych wielokrotnie w różnych oddziałach psychiatrii dziecięcej. Wyniki: Odnaleziono informacje na temat leczenia i procesu diagnostycznego pacjentek. Diagnozy u dziewcząt zostały postawione odpowiednio podczas trzeciej i piątej hospitalizacji po trzech i pięciu latach od pierwszego kontaktu z psychiatrą dziecięcym. Obie pacjentki odpowiedziały pozytywnie na leczenie solami litu. Wnioski: Chociaż dostępne dane sugerują, że CHAD może mieć swój początek w okresie dzieciństwa i adolescencji, często bywa ona niezdiagnozowana lub zostaje postawiona błędna diagnoza. Opisane przypadki naświetlają znaczenie różnicowania CHAD z innymi zaburzeniami psychicznymi wieku dziecięcego jak np. ADHD, zaburzenia opozycyjno-buntownicze, zaburzenia zachowania, uzależnienia, zaburzenia lękowe, zaburzenia schizofreniczne, zespół dziecka maltretowanego, PTSD, zaburzenia więzi. Z powodu wysokiej współchorobowości rozpoznanie objawów manii, które nie nakładają się z tymi charakterystycznymi dla wymienionych zaburzeń może pomóc w uniknięciu niedodiagnozowania

dziecięcej CHAD i późniejszych konsekwencji dla pacjentów: odrzucenia społecznego, konfliktów z prawem, prób samobójczych i uzależnień.

Summary

Objectives: Authors describe two cases of teenage girls diagnosed with ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) and conduct disorder, and unsuccessfully treated with different drugs and hospitalized many times to the moment they were diagnosed as suffering from bipolar disorder, and new treatment was applied, according to the new diagnosis. **Method:** Two case studies of girls hospitalized in different children psychiatric wards were analyzed. **Results:** Information about management and diagnostic processes of those patients was found. Diagnoses were made during the third and fifth hospitalization, after three and five years since girls' first contact with children psychiatrist. Both of them displayed a positive response to lithium therapy. **Conclusions:** Although available data suggest that bipolar disorder most commonly begins in adolescence, it has often been underrecognized and misdiagnosed in this age group. Those cases highlight the complexity of differentiating bipolar disorder from other mental disorders like ADHD, oppositional-defiant disorder, conduct disorder, drug and alcohol dependence, anxiety disorders, schizoaffective disorder, PTSD, disorder of the attachment. Due to high comorbidity, recognition of mania symptoms that do not overlap with those characteristic for other disorders may aid in avoiding underdiagnosis of child bipolar disorder and later consequences for patients: social malfunctioning, infringements of the law, suicidal attempts and drug and alcohol dependence in adulthood.

Ilustracja kazuistyczna dotyczy przypadków dwóch dziewczynek, które trafiły do oddziałów psychiatrii dziecięcej w trakcie epizodów manii. W pracy skoncentrowano się na farmakoterapii i terapii indywidualnej opartej na relacji interpersonalnej z powodu trudności we współpracy z rodzinami pacjentek.

Pacjentka I.

I. Wywiad. Anamneza rodzinna: Babcia ze strony matki była leczona ambulatoryjnie z rozpoznaniem schizofrenii. Oboje rodzice z rodzin alkoholowych. W rodzinie pochodzenia matki uzależnienie od alkoholu i przemoc ze strony jej ojca. Podobna sytuacja w rodzinie ojca pacjentki. Ojciec biologiczny dziewczynki był również uzależniony od alkoholu, co w połączeniu z przemocą wobec żony, przyczyniło się do rozstania rodziców w piątym roku życia dziewczynki. Matka i rodzeństwo dziewczynki byli leczeni z powodu choroby psychosomatycznej. Rodzina rekonstruowana: do dziesiątego roku życia dziewczynki matka w drugim związku partnerskim, który również zakończył się rozstaniem z powodu choroby alkoholowej partnera. Pacjentka była

najstarszym dzieckiem w rodzinie, miała dwoje rodzeństwa, u którego nie stwierdzono zaburzeń psychicznych.

Anamneza osobista: Dziewczynka urodziła się z ciąży III; wywiad okołoporodowy bez obciążeń. Rozwój niemowlęcy i wczesnodziecięcy - prawidłowy. W okresie niemowlęcym występowały kłopoty ze snem. W przedszkolu adaptacja była dobra. Pierwsze problemy wystąpiły w zerówce przedszkolnej - trudności w uczeniu się, pacjentka nie wykonywała poleceń nauczycieli, wchodziła w konflikty z rówieśnikami, pojawiła się agresja, labilność emocjonalna, słaba motywacja do nauki. W szkole liczne konflikty z rówieśnikami, czasem agresja czynna. Leczona ambulatoryjnie farmakologicznie od 9r.ż. imipraminą w dawce 20 mg/dobę. Od tego też czasu podjęto pierwsze próby psychoterapii z powodu zaburzeń lękowych (lęk o życie matki, lęk przed samotnym pozostaniem w domu, szczurami i ciemnością); pacjentka zaczęła zachowywać się agresywnie w stosunku do rodzeństwa. Problemy w nawiązywaniu bliższych przyjaźni - była nieufna, domagała się przyjaciółki "na wyłączność". Niepodporządkowana wobec dorosłych, zaczęły pojawiać się kłopoty z zapamiętywaniem. Pierwsza hospitalizacja w wieku 10 lat w młodzieżowym oddziale nerwic. Skierowana z rozpoznaniem: nadpobudliwość psychoruchowa z zaburzeniami zachowania u dziewczynki z trudnej sytuacji rodzinnej; trudności szkolne. W oddziale adaptacja trudna. Dziewczynka płaczliwa, drażliwa, impulsywna. Mało krytyczna wobec swoich zachowań. Niechętnie uczestniczyła w proponowanych zajęciach. Po ponownym włączeniu do leczenia imipraminy w dawce 20mg/dobę poprawa relacji z rówieśnikami, korygowała zachowania po zwróceniu uwagi. Rozpoznanie: zaburzenia hiperkinetyczne, niedojrzałość emocjonalna. Po wypisie ze szpitala lek odstawiono z powodu zaburzeń rytmu serca. Włączono do leczenia chlorprothixen w dawce 30mg/dobę. W tym okresie dziewczynka drażliwa, reagowała agresją na zaczepki i na sytuacje frustrujące. Bez znaczących problemów z nauką. Druga hospitalizacja miała miejsce w wieku 11 lat na oddziale psychiatrii dziecięcej. Skierowanie: podejrzenie zaburzeń psychotycznych. Od ok. 3 tygodni przed przyjęciem pojawiły się zmiany w zachowaniu. Dziewczynka podejrzewała otoczenie o złe intencje, podsłuchiwanie, wyśmiewanie. Reagowała płaczem i agresją na zaczepki dzieci. Nie rozpoznawała nauczycielki szkolnej. W badaniu psychiatrycznym w dniu skierowania do oddziału nastawienia urojeniowe - przekonana, że wszyscy na nią patrzą, śmieją się, zgłaszała myśli samobójcze, twierdziła, że nie chciałaby dłużej żyć. W badaniu psychiatrycznym w oddziale: zachowanie swobodne z cechami nadpobudliwości psychoruchowej, orientacja pełna, zwiewne objawy o charakterze urojeniowo-omamowym, afekt blady, potwierdzanie lęków, nastrój obojętny. W oddziale początkowo drażliwa, nieufna wobec dzieci i personelu, płaczliwa. Poprawa stanu psychicznego po włączeniu risperidonu w dawce 2 mg/d. Ustąpiły objawy wytwórcze, zaczęła chodzić regularnie do szkoły, nastąpiła poprawa kontaktów z rówieśnikami mimo pewnej ich powierzchowności i okresowych konfliktów.

Utrzymały się reakcje impulsywne w sytuacjach frustracji. Rozpoznanie: Stan psychiczny do dalszej obserwacji. Do trzeciej hospitalizacji doszło po 9-ciu miesiącach od poprzedniej - rozpoznano manię z objawami psychotycznymi. W tym czasie dziewczynka ukończyła klasę szóstą w nauczaniu indywidualnym na terenie szkoły, okresowo włączana do grupy dzieci.

Hospitalizowano ją jeszcze dwukrotnie w 12 rż. Od około dwóch tygodni przed pierwszą z hospitalizacji nastąpiło pogorszenie stanu psychicznego: ignorowała polecenia nauczyciela, była agresywna słownie, groziła, że "pozabija dzieci". W domu niepodporządkowana, samowolnie wychodziła z domu, wypowiadała treści samobójcze, pobudzona seksualnie - zaczęła się z mężczyzną.

W trakcie badania psychiatrycznego orientacja pełna, pobudzenie psychoruchowe, wypowiadanie treści samobójczych. Rozpoznanie: choroba afektywna dwubiegunowa z epizodem manii.

Włączono leczenie: haloperidol 7mg/d, karbamazepinę 800mg/d. Druga hospitalizacja w 12 r.ż. z takim samym rozpoznaniem. W oddziale dziewczynka w nastroju dysforycznym, hałaśliwa, agresywna słownie, we wzmożonym napędzie psychoruchowym. Podjęta próba leczenia kwasem walproinowym w dawce 1000 mg/d i olanzapiną 15 mg/d nie powiodła się - brak poprawy objawowej. Włączono do leczenia sole litu uzyskując poprawę funkcjonowania dziewczynki. W wyrównanym nastroju, mogła korzystać z zajęć szkolnych, kontrolowała swoje zachowanie, poprawiała wyniki w nauce. Nadal utrzymywała się impulsywność reagowania. Wypisana z zaleceniami przyjmowania soli litu 875 mg/d oraz olanzapiny w dawce 12,5 mg/d. Łącznie doszło do pięciu hospitalizacji w ciągu trzech lat. Rozpoznanie postawiono w 12 r.ż., w trakcie trzeciej hospitalizacji po dwóch latach od pierwszego znalezienia się w oddziale psychiatrii.

II. Wyniki badań - ostatnia hospitalizacja.

Badanie przedmiotowe i neurologiczne: bez odchyień od stanu prawidłowego.

Stan psychiczny: W trakcie rozmowy dziewczynka w niepokojach ruchowych. Kontakt werbalny nawiązuje. Skraca dystans wobec badającego. Świadomość jasna. Orientacja pełna. Nastrój dysforyczny. Wyraźnie podwyższony napęd. Wypowiedzi spontaniczne, wielomówna, tok wypowiedzi przyspieszony. W treści wypowiedzi ambiwalencja wobec hospitalizacji, lęk przed innymi pacjentami. Afekt słabo kontrolowany. Zaprzecza obecności objawów wytwórczych.

Badania laboratoryjne - wyniki w granicach normy.

Tomografia komputerowa głowy - tkanka mózgowa bez zmian ogniskowych, układ komorowy minimalnie poszerzony symetryczny.

EEG- badanie wykonano w czuwaniu, zapis o cechach nieprawidłowych pod postacią zmian niespecyficznych w tylnych okolicach.

III - Wyniki badań psychologicznych:

9 r.ż.: Rozwój inteligencji przeciętny (IQ 89 w teście WISC-R), nieharmonijny z przewagą funkcji percepcyjno-motorycznych nad słowno-pojęciowymi. Dokładne badanie niemożliwe do wykonania ze względu na odmowę współpracy.

10 r.ż.: Infantylnizm psychiczny u dziecka o kruchym układzie nerwowym z dysfunkcjonalnego systemu rodzinnego.

11 r.ż.: W powierzchownym kontakcie, w zachowaniu cechy nadpobudliwości psychoruchowej. Zastosowano Test Luschera oraz drzewo Kocha. Stwierdzono niezgodność między życzeniami a rzeczywistością, poczucie przeciążenia problemami i braku siły aby pokonywać trudności, lęk, niepokój, potrzebę zmiany, poczucie krzywdy.

13 r.ż.: Wyniki badań testem WISC-R i testem Matryc Ravena w granicach normy. Wyniki pozostałych testów (test Kolorów Luschera, test Piramid Barwnych Heissa i Halder, test "Drzewo" Kocha) wskazują na bardzo wysoki poziom niepokoju, niską tolerancję na frustrację, ekspansywność, trudności w kontrolowaniu impulsów wewnętrznych, obronne nastawienie do otoczenia, lęk (przed domniemaną agresją ze strony otoczenia, przed autorytetem, klaustrofobię), znaczne problemy z koncentracją uwagi, znaczną pobudliwość psychoruchową i sensualną, potrzebę zmiany, zmienne samopoczucie (poczucie własnej godności, ważności, siły), labilność, problemy ekspresji własnych potrzeb w sposób akceptowany przez otoczenie, stałe poczucie zagrożenia i odrzucenia.

Pacjentka II.

I. Wywiad. Anamneza rodzinna: Rodzina pełna zrekonstruowana. Dziewczynka wychowywana przez matkę biologiczną i ojczyma (w związku małżeńskim od 12 r.ż. dziewczynki). Dziewczynka była jedynym dzieckiem swoich rodziców. Matka pacjentki leczona ambulatoryjnie z powodu depresji. Bez okresów podwyższonego nastroju w wywiadzie. Ojciec pacjentki (choroba alkoholowa) nie mieszkał z rodziną od 10 r.ż. dziewczynki, nie pracował, na utrzymaniu własnej rodziny pochodzenia, nie inicjował kontaktów z dzieckiem. Dziewczynka sama zabiegała o spotkania z ojcem - kontakty były sporadyczne. W trakcie wspólnego zamieszkiwania ojciec pacjentki pracował jedynie dorywczo, nadużywał alkoholu, stosował przemoc fizyczną w stosunku do żony i córki.

Anamneza osobista: Dziewczynka z ciąży II podtrzymywanej, poród przedłużony, dziewczynka urodzona w zamartwicy. Rozwój motoryki i mowy - przyspieszony (chodzenie - w 9 miesiącu życia, pierwsze słowa w 4 miesiącu). Według relacji matki, dziewczynka od wczesnego dzieciństwa ujawniała cechy nadpobudliwości psychoruchowej. Dwukrotnie doszło do poważnych urazów głowy (w drugim i czwartym roku życia). W wieku przedszkolnym epizody pocenia się, zaczerwienienia twarzy, zanoszenia się płaczem w sytuacjach frustracji. W wieku 7 lat stwierdzono

padaczkę. Włączono do leczenia karbamazepinę w dawce 450mg/d. Od tego czasu dziewczynka była pod stałą ambulatoryjną opieką neurologiczną. Od 7 r.ż. obserwowano zaburzenia snu - dziewczynce wystarczały cztery godziny snu w ciągu doby. W przedszkolu i szkole problemy z adaptacją, trudności w kontaktach z rówieśnikami oraz trudności w uczeniu się. Obserwowano wzmożoną, chaotyczną, bezcelową aktywność motoryczną, częstą zmianę zainteresowań, rozpoczynanie zadań bez ich kończenia. Od 7 r.ż. pod ambulatoryjną opieką psychiatryczną - rozpoznano ADHD. Leczona farmakologicznie: stosowano oksazepam, tiorydazynę, pericjazyne bez poprawy funkcjonowania; przez dwa lata była leczona haloperidolem. Według matki dziewczynka po podaniu leku była otumaniona, apatyczna. Stosowane zajęcia psychoedukacyjne dla matki oraz terapia zajęciowa nie przynosiły pożądanych rezultatów. W klasie dziewczynka rozproszona, chodziła po klasie w czasie lekcji, nie wykonywała poleceń, popadała w konflikty z dziećmi. Włączono nauczanie indywidualne od drugiego semestru I klasy do końca III klasy szkoły podstawowej. W domu nie wykonywała poleceń, była w ciągłym ruchu, nieakceptowana przez grupę dzieci na podwórku, dokonywała kradzieży. Dziewczynka zaczęła zachowywać się agresywnie także na terenie szkoły, wagarować, kraść, uciekać z domu; odbyła się sprawa sądowa o demoralizację. Według relacji matki pacjentka była zawsze zaborcza wobec niej, nie nawiązała z nikim trwałej relacji. Pierwszy raz hospitalizowana psychiatrycznie w 9 r.ż. W oddziale zaobserwowano trudności w funkcjonowaniu w grupie, prowokowanie konfliktów, brak korygowania zachowań po interwencjach personelu, nadruchość, trudności ze skupieniem uwagi, szybkie nudzenie się, nie kończenie rozpoczętych prac, manipulowanie otoczeniem, bezsenne noce. Rozpoznanie: zaburzenie hiperkinetyczne, padaczka. Zalecono leczenie farmakologiczne: karbamazepina 450 mg/d. W 11 r.ż. dziewczynka przebywała przez miesiąc w Pogotowiu Opiekuńczym. Druga hospitalizacja miała miejsce w 11 r.ż. Zakończyła się rozpoznaniem: zaburzenia zachowania i emocji, padaczka. Powód hospitalizacji: niepodporządkowanie zasadom domowym i szkolnym, samowolne wyjścia z domu, kradzieże. W oddziale we wzmożonym napędzie ruchowym, krzykliwa, wielomówna, opozycyjna w zachowaniu, skracająca dystans wobec dorosłych, domagająca się przywilejów. Poprawa funkcjonowania w wyniku zastosowanego leczenia farmakologicznego: karbamazepina 300 mg/d, lewomepromazyna - 125 mg/d. W 11 r.ż. badana psychiatrycznie na zlecenie Sądu Rodzinnego w celu ustalenia stopnia demoralizacji z powodu kradzieży, agresji słownej wobec matki, wielogodzinnego przebywania poza domem bez zgody matki, wagarowania, agresji słownej i fizycznej wobec rówieśników. Rozpoznanie: zaburzenia zachowania i emocji na podłożu encefalopatii, nadpobudliwość ruchowa z deficytem uwagi. Zalecono "długotrwałe leczenie w zamkniętym ośrodku terapeutycznym dla dzieci z zaburzeniami zachowania", terapię rodziny, nadzór kuratora Sądu Rodzinnego. Po badaniu przebywała w Pogotowiu Opiekuńczym.(przez trzy miesiące) skierowana tam na wniosek matki.

Wielokrotnie uciekała z ośrodka do ojca. Wraciała sama. Relacje z innymi wychowankami konfliktowe. Agresja wobec dzieci i dorosłych. Autoagresja. Odnotowano kradzieże, kłamstwa. W czasie lekcji rozproszona, wymagała ciągłej indywidualnej uwagi. Obserwowano też krótką koncentrację na zabawie, niską odporność na frustrację, nieprzemyślane impulsywne wydatki. Impulsywnie podjęta próba wyskoczenia z I piętra w trakcie wybuchu złości po zakazie pójścia na basen. Z uwagi na wagarowanie objęta nauczaniem indywidualnym na terenie placówki. Skierowana do szpitala z uwagi na brak poprawy funkcjonowania w placówce. Trzecia hospitalizacja miała miejsce w 12 r.ż. dziewczynki. W trakcie pobytu na oddziale obserwowano konflikty z rówieśnikami, błaznowanie, brak respektowania zasad, skracanie dystansu wobec osób dorosłych. Rozpoznano zaburzenia zachowania i emocji oraz padaczkę. Zalecone leczenie: lewopromazyna 150 mg/d, kwas walproinowy 900 mg/d. Ze szpitala wróciła do placówki. Funkcjonowanie było podobne jak przed hospitalizacją. Czwarta hospitalizacja miała miejsce w 13 r.ż. dziewczynki. Funkcjonowanie w oddziale: wzmożony napęd psychoruchowy, nieprzestrzeganie zasad wprowadzonej diety, napady dysforii w sytuacjach frustrujących, postawa wyższościowa, skracanie dystansu wobec osób dorosłych, zwiększona aktywność psychoruchowa, jednak chaotyczna i zdezorganizowana, trudności w koncentracji uwagi, brak współpracy na zajęciach szkolnych i terapeutycznych. Relacje z innymi zmienne, często konfliktowe. Zaobserwowano niewielką poprawę funkcjonowania dziecka po wprowadzeniu do leczenia olanzapiny. Rozpoczęto terapię indywidualną. Wypisana z powodu zachowań seksualnych przekraczających normę wiekową. Rozpoznanie: obserwacja stanu psychicznego w kierunku zaburzeń afektywnych, padaczka. Zalecono: leczenie farmakologiczne (kwas walproinowy 1000 mg/d, olanzapina 15 mg/d, hydroksyzyna 30 mg/d), terapię indywidualną, terapię rodziny, nauczanie indywidualne. Poprawa funkcjonowania trwała ok. 2 tygodnie od wypisu ze szpitala. Do piątej hospitalizacji doszło w 15 r.ż. dziecka. Powód przyjęcia - zmniejszona potrzeba snu, kradzieże, brak dbałości o higienę osobistą, impulsywna agresja słowna i czynna, groźby samobójcze, przypadkowe kontakty seksualne, zachowania oceniane przez otoczenie jako dziwaczne i nieadekwatne, brak krytycyzmu wobec swoich zachowań, brak podporządkowania obowiązującym zasadom. Rozpoznanie: zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się w dzieciństwie, obserwacja w kierunku CHAD, niedoczynność tarczycy. Zalecone leczenie: olanzapina 15 mg/d, diazepam 15 mg/d, jodek potasu 200 mg/d. Ostatnia hospitalizacja miała miejsce pod koniec tego samego roku. Do tego czasu dziewczynka przebywała głównie poza domem, zamieszana w kradzież z pobiciem, kradła pieniądze z domu, w domu wszczyniała awantury, nastrój pogarszał się w godzinach wieczornych, dwukrotnie uciekła z domu w nocy przez okno. W trakcie hospitalizacji po wyrównaniu niedoboru jodu włączono do leczenia sole litu. Po włączeniu do leczenia litu nastąpiła szybka poprawa funkcjonowania dziewczynki. Nawiązała ona powierzchowne kontakty z rówieśnikami, stała się

spokojniejsza, mniej roszczeniowa. Uczestniczyła w kilku sesjach terapii indywidualnej, brała udział w terapii zajęciowej i grupowej, uczestniczyła w zajęciach szkolnych. Nie powiodła się próba podjęcia pracy z rodziną dziewczynki. Hospitalizacja zakończona postawieniem rozpoznania: CHAD - epizod mieszany, zaburzenia zachowania, samouszkodzenia. Zalecone leczenie: olanzapina 15 mg/d, sole litu 937,25 mg/d, trening umiejętności społecznych. Po wypisie pozostawała pod opieką ambulatoryjną w miejscu zamieszkania. Nie wróciła do szpitala. Brak informacji na temat funkcjonowania po wypisie. Dziewczynkę hospitalizowano sześciokrotnie, po raz pierwszy w wieku 9 lat. Pierwsze podejrzenia zespołu maniakalnego pojawiły się w 12 r.ż. dziecka, w trakcie piątej hospitalizacji, po trzech latach od pierwszego pobytu w szpitalu.

II. Wyniki badań - ostatnia hospitalizacja:

Badanie przedmiotowe i neurologiczne: bez odchyień od stanu prawidłowego.

Stan psychiczny: Zachowanie nadmiernie swobodne, dziewczynka wielomówna, niekrytyczna wobec własnych zachowań i wypowiedzi, świadomość jasna, orientacja pełna, nastrój zmienny z epizodami nasilonej dysforii, napęd psychoruchowy wyraźnie wzmożony. Dużego stopnia trudności w utrzymywaniu uwagi, mała odporność na dystraktory. Wgląd obniżony, emocje żywe, słabo kontrolowane, neguje myśli i zachowania samobójcze, przeczy lękom. Objawów psychotycznych nie stwierdzono.

EEG: zapis nie wykazuje nieprawidłowych grafoelementów, czynność podstawowa zmieniona polekowo.

III- Badania psychologiczne:

1998-2003r. - Wyniki testu na inteligencję WISC-R i testu percepcji wzrokowej Bentona na poziomie normy wiekowej (podejrzenie "mikrouszkodzeń układu nerwowego").

2004-2005r. - Wyniki testów projekcyjnych (test Kolorów Luschera, test Piramid Barwnych Heissa i Halder, test "Drzewo" Kocha) wskazują na silne zaburzenia emocji i afektu, znaczące regresje rozwojowe, wczesne mechanizmy obronne, zachowania nieadekwatne, niekontrolowane (zmieniająca się pobudliwość niezależnie od siły bodźca), bardzo wysoki poziom wrażliwości, brak krytycyzmu, zawężone rozumienie własnych emocji oraz kierowanie się nimi (słaby wgląd); brak pewności siebie, poczucie odrzucenia, łatwość ulegania wpływom, problemy ze skupieniem uwagi i z kończeniem rozpoczętych spraw, trzymaniem granic, przewidywaniem konsekwencji własnych zachowań, nieumiejętność nawiązywania prawidłowych kontaktów interpersonalnych, brak poczucia bezpieczeństwa i przynależności, wysoki poziom niepokoju także przed przebywaniem w zamkniętych pomieszczeniach (klaustrofobia). Niewłaściwe rozumienie sytuacji społecznych, załamanie systemu kontroli wewnętrznej.

Podsumowanie:

Do powtarzających się hospitalizacji przyczyniały się następujące objawy kliniczne: podwyższony napęd psychoruchowy, wesołkowatość, obniżony krytycyzm, brak dystansu wobec osób dorosłych, przyspieszony tok wypowiedzi, ambiwalentne wypowiedzi, problemy z kontrolą afektu, znikanie z domu z przypadkowymi osobami, pobudzenie seksualne (zaczeplanie, prowokowanie mężczyzn, przypadkowe kontakty seksualne), wypowiadanie treści samobójczych w domu i szkole, a także zmienny nastrój, obniżony zwłaszcza wieczorami przed snem, stany dysforyczne, trudności z zasypianiem, agresja słowna i czynna, kradzieże, zachowania postrzegane jako dziwaczne (zjadanie cukierków razem z papierkami, mówienie do siebie, wyrzucanie makaronu przez okno na przechodniów). W opinii otoczenia obie dziewczynki okresowo stanowiły zagrożenie dla siebie i innych. Podczas hospitalizacji dochodziło do znacznej ilości unieruchomień i izolacji (wtórnie napędzających lęk i przerażenie w przeciwieństwie do pacjentów z rozpoznaniem zaburzenia zachowania w takich samych sytuacjach reagujących agresją). Stan psychiczny dziewczynek uniemożliwiał im uczęszczanie do szkoły, stąd jedynym sposobem kontynuacji nauki (poza ostrymi stanami manii) było utrzymanie indywidualnego trybu ich nauczania. Obie dziewczynki starały się uczestniczyć w proponowanych im zajęciach terapeutycznych (oddziaływania behawioralne, integracyjne, w terapii zajęciowej, dramie i psychorysunku). Kontakt z każdą z nich był trudny, chwilami niemożliwy. Obserwowano nasilanie się lęków i zachowań dysforycznych w trakcie i po zajęciach terapeutycznych (także tych o charakterze ruchowym czy manualnym), co może sugerować, że stresujące było dla dziewczynek samo wejście w relację. Kilkakrotne wchodzenie i wychodzenie z gabinetu utrudniało nawiązanie kontaktu przez terapeutę. Obserwowano zachowania opozycyjne oraz brak zaufania okazywanego terapeutce. Często spotkania indywidualne z każdą z dziewcząt nie trwały dłużej niż 5-10 min. Wielokrotnie wchodziły do gabinetu w czasie sesji z innymi pacjentkami, co niejednokrotnie kończyło się niszczeniem sprzętów w gabinecie.

Nawiązując do teorii więzi można podejrzewać, że obie prezentowały typ zdeorganizowany [1, 2]. W związku z w/w trudnościami pomimo długich okresów hospitalizacji odbyło się niewiele spotkań indywidualnych. W ich trakcie pacjentki ujawniały uczucia lęku, zagrożenia, bezradności i złości, które trudno im było z jednej strony nazwać, oddzielić, a z drugiej połączyć z konkretnymi wydarzeniami w swoim życiu. Formy terapii grupowej okazywały się nieskuteczne. Zachowanie dziewcząt zaburzało pracę grupy. Trudno ocenić skuteczność psychoedukacji dziewcząt i ich rodzin, terapii zajęciowej i rodziny. Do kolejnych sesji terapii rodziny często nie dochodziło z powodu stanu psychicznego i zachowań dziewczynek, a także na skutek braku motywacji ze strony rodzin pacjentek.

Interesujące były wyniki uzyskane w projekcyjnym Teście Piramid Barwnych Heissa i Halder [3, 4] oraz Testu "Drzewa" Ch. Kocha [5]. W obu przypadkach narysowane drzewa były bardzo duże,

wychodzące poza kartkę, narysowane w sposób niedokładny, drżącą ręką ze zmiennym naciskiem (linie miękkie oraz ostre), świadczące o śladach doświadczeń traumatycznych. Szczególną uwagę przyciągnęły wyniki Testu Piramid Barwnych. Pomimo iż wskaźnik chwiejności emocjonalnej mieścił się w granicach normy (u dzieci z zespołem ADHD i/lub rozpoznaniem zaburzenia zachowania wynik ten jest znacznie podwyższony), zaobserwowano dokonywanie powtarzających się wyborów. U opisywanych pacjentek w piramidach ładnych (badani proszeni są o ułożenie ładnej piramidy wedle własnych kryteriów) przeważały kolory świadczące o wysokim pobudzeniu i niepokoju jak róż i czerwień. Z obserwacji własnych wynika, że u dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej najczęściej wybieranymi kolorami są jasna i ciemna zieleń, a u pacjentów z rozpoznaniem zaburzenia zachowania najwyższe wyniki w skali stenowej dotyczą kolorów pomarańczowego i białego. W piramidach brzydkich (badani proszeni są o ułożenie brzydkiej piramidy wedle własnych kryteriów) przeważały kolory achromatyczne - biały, szary i czarny. Wysoki wynik kolorów fioletowego, brązowego i szarego przy jednoczesnym unikaniu koloru żółtego w piramidach brzydkich sugerowały występowanie zaburzeń afektu [3]. Każdą z dziewczynek przebadano dwukrotnie w odstępie kilku miesięcy, a w/w wyniki utrzymywały się pomimo podjętej farmakoterapii. Uzyskane wyniki mają charakter orientacyjny i wymagają dalszej weryfikacji.

W obu przypadkach w rodzinie występowały choroby psychiczne (epizody psychotyczne, depresja). U opisywanych pacjentek stwierdzano zarówno obciążenie genetyczne chorobami psychicznymi, jak i nieprawidłowości systemów rodzinnych, co skumulowane mogło przyspieszyć wystąpienie pierwszych epizodów CHAD [6]. Pierwsze hospitalizacje miały miejsce wcześnie (9-10 r.ż.), co z klinicznego punktu widzenia utrudnia postawienie ostatecznej diagnozy. Obie pacjentki przed postawieniem rozpoznania CHAD miały postawione rozpoznanie ADHD. Nakładanie się objawów utrudnia różnicowanie retrospektywne między wczesnodziecięcym CHAD a ADHD. U obu dziewczynek od wczesnych lat szkolnych obserwowano drażliwość, wielomówność, pobudzenie psychomotoryczne i zwiększoną rozpraszalność uwagi. Trudno stwierdzić, czy od początku były to objawy CHAD, czy dołączyły się do istniejącego wcześniej zespołu nadpobudliwości psychoruchowej. U obu dziewcząt drażliwość pogarszała się znacząco wieczorami. Wybuchy złości w bardzo niewielkim stopniu podatne były na modyfikacje z zewnątrz. Przebieg zaburzenia można uznać za przewlekły, co dodatkowo utrudniało różnicowanie. Z objawów charakterystycznych dla CHAD obserwowano gonitwę myśli, trudności ze snem, hiperseksualność (szczególnie u pacjentki II), zwiększoną aktywność ukierunkowaną na cel. Współwystępujące zaburzenia zachowania maskują objawy CHAD [7, 8]. U obu pacjentek występowały zachowania agresywne i autoagresywne. Brak adaptacji do grup rówieśniczych pozwalałby rozpoznać zaburzenia zachowania z nieprawidłowym procesem socjalizacji jako zaburzenie współwystępujące.

Występowały również towarzyszące zaburzenia lękowe. Jednocześnie, u obu pacjentek można było rozpoznać współwystępujące zaburzenia więzi. Obserwowano słabą empatię, powierzchowne relacje z rówieśnikami i personelem oddziału, instrumentalne traktowanie innych osób. Co charakterystyczne, żadna z dziewczynek nie nawiązała bliskiej relacji z psychologiem, lekarzem prowadzącym, pielęgniarkami, terapeutami ani rówieśnikami, mimo długich wielomiesięcznych pobytów szpitalnych. Obie dziewczynki domagały się i poszukiwały częstego kontaktu z innymi osobami. Jednak kontakty te były krótkie, powierzchowne, często zakończone wybuchem złości pacjentek. Obserwowano zachowania agresywne i autoagresywne, brak kontroli impulsów. Mimo to, różnicowanie z przewlekłym zespołem stresu pourazowego wykluczyło tę diagnozę.

Występowały narażenie na traumatyczne wydarzenia w przeszłości, objawy nadpobudliwości, trudności w zasypianiu, unikanie rozmów na tematy związane z przeszłością, trudności w uczestnictwie w jakiegokolwiek zorganizowanej aktywności. Nieprawidłowe funkcjonowanie społeczne i brak pracy podczas sesji terapeutycznych wynikały jednak z dezorganizacji, rozkojarzenia i zachowań opozycyjnych obu pacjentek. Nie stwierdzono ponownego silnego przeżywania traumatycznych wydarzeń z przeszłości. Być może nie zostało ono ujawnione. Tym niemniej całokształt funkcjonowania dziewczynek pozwala jedynie rozpoznać PTSD jako zaburzenie współwystępujące z CHAD, a nie jako chorobę podstawową. Obserwowano dodatkowe objawy nie mieszczące się w obrazie PTSD. Nie obserwowano natychmiastowej poprawy po odizolowaniu od środowiska rodzinnego. Następowła ona powoli i była wyraźnie skorelowana w czasie z interwencjami farmakologicznymi. Właściwe rozpoznania postawiono w 12 r.ż. w trakcie kolejnych hospitalizacji, po ponad dwóch latach od pierwszej hospitalizacji. Do postawienia ostatecznego rozpoznania w dużym stopniu przyczyniły się, oprócz spełnionych kryteriów choroby afektywnej dwubiegunowej, długotrwała obserwacja kliniczna, wyniki badań psychologicznych oraz terapeutyczne działanie litu.

Wnioski: 1. Rozpoznanie CHAD przy wielu zaburzeniach współwystępujących maskujących właściwe objawy jest niezwykle trudne. 2. W ostrej fazie choroby skuteczność interwencji terapeutycznych jest niewielka za wyjątkiem ukierunkowanego leczenia farmakologicznego solami litu włączonego za zgodą rodziców. 3. Brak współpracy z rodziną pacjenta młodocianego niezwykle utrudnia proces zdrowienia poza murami szpitala i niwelowanie skutków społecznych choroby.

Piśmiennictwo

1. Bowlby J. Przywiązanie, Warszawa: PWN; 2007.
2. Król - Kuczkowska A. Teoria przywiązania jako sposób rozumienia wewnętrznego świata pacjenta, w: B. Józefik i G. Iniewicz, Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej. Kraków: WUJ; 2008.
3. Geller B, Craney J, Bolhofner K, Nickelsburg M, Williams M, Zimmerman B. Two-year prospective follow-up of children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Am. J. Psychiatry* 2002; 159, 6: 927-933.
4. Kowatch R, Fristad M, Birmaher B, Wagner KD, Findling R, Hellander M. Treatment Guidelines for Children and Adolescents with Bipolar Disorder. *J. Am. Child. Adolesc. Psychiatry* 2005; 44, 3: 213-232.
5. Chang K. Adult bipolar disorder is continuous with pediatric bipolar disorder. *Can. J. Psychiatry* 2007; 52, 7: 418-425.
6. Wilens TE, Biederman J, Forkner P, Ditterline J, Morris M, Moore H, Galdo M, Spencer TJ, Wozniak J. Patterns of comorbidity and dysfunction in clinically referred preschool and school-age children with bipolar disorder. *J. Child. Adolesc. Psychopharmacol.* 2003; 13, 4: 495-505.
7. Pużyński, S., Beręsewicz, M. red. Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych. Warszawa: IPiN; 1993.
8. Witkowska - Ulatowska, H., Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. Przegląd badań, w: I. Namysłowska red. Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia. Kraków: BPP; 2000.

Oddział Psychiatrii Wieków Rozwojowych, Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny, ul. Marszałkowska 24, 00-576 Warszawa,

Adres do korespondencji: Magdalena Grygo grygom@poczta.onet.pl, Tania Nikiel t.nikiel@uksw.edu.pl

Przypis: Niniejszy tekst jest rozszerzoną wersją wystąpienia na sesji posterowej z XXII Ogólnopolskiej Konferencji Sekcji Naukowej Psychiatrii Dzieci i Młodzieży PTP w Krakowie (05.07.10.2006)