

Obraz kliniczny zaburzeń afektywnych dwubiegunowych u dzieci i młodzieży hospitalizowanych w oddziale psychiatrii w Sosnowcu

The clinical picture of bipolar affective disorders in children and adolescents hospitalized at the psychiatric ward in Sosnowiec

Lena Cichoń¹, Małgorzata Janas-Kozik¹, Elżbieta Chełmecka²,
Krzysztof M. Wilczyński¹, Ireneusz Jelonek¹, Janusz K. Rybakowski^{3,4}

¹ Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach,
Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieków Rozwojowego,
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu

² Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Zakład Statystyki,
Wydział Nauk Farmaceutycznych w Sosnowcu

³ Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

⁴ Członek Korespondent Polskiej Akademii Nauk

Summary

Aim. To determine the clinical picture of bipolar affective disorders (BD) in children and adolescents hospitalized at the Clinical Ward of Developmental Age Psychiatry and Psychotherapy (DAPP) in Sosnowiec, Poland.

Material and methods. Documentation analysis of 288 BD patients below 18 years of age. Detailed clinical and demographic data were collected and symptoms present during hospitalization were assessed.

Results. The mean age of illness onset was 13.6 ± 1.7 years. A total of 86.5% of the studied individuals received a first diagnosis different from BD/mania, and the average time until the proper diagnosis was 16.9 months. In 45.5% the first episode was depression with varied severity, in 29.2% a mixed episode and in 25.3% mania/hypomania. In 48.6% comorbid disorders were present. The most frequent reason for hospitalization was a mixed episode (47.6%). Among the symptoms, irritability was observed in over 80% of patients with mania or mixed episodes, but also in 60% of patients with depression. Suicidal thoughts were experienced by almost all the depression patients, 84.7% in the mixed episode and also 52.6% in mania/hypomania episode. Anxiety was mostly present in depression (40.7%) and mixed episode (22.6%), while mood-congruent delusions in depression and mania (around 20% of cases). Aggressive behaviours were manifested in around half of patients with mania and a mixed episode.

Conclusions. In the studied population of children and adolescents, BD usually started with a depression episode accompanied by a high rate of comorbid disorders and in most cases there was an original misdiagnosis. Study results also point to a significant frequency of some pathological symptoms in this population.

Słowa kluczowe: zaburzenie afektywne dwubiegunowe, mania, epizod mieszany

Key words: bipolar affective disorder, mania, mixed episode

Wstęp

Zaburzenie afektywne dwubiegunowe (ZAD) charakteryzuje się patologicznymi zmianami nastroju oraz aktywności, w jego przebiegu występują epizody maniakalne, hipomaniakalne i depresyjne, a także epizody mieszane, przedzielone zwykle okresami remisji lub okresami występowania subklinicznych objawów zaburzenia [1–3]. U dzieci i młodzieży diagnozę ZAD stawia się na podstawie obowiązujących kryteriów diagnostycznych. W klasyfikacji ICD-11 kryteria są takie same niezależnie od wieku chorego [2], natomiast w klasyfikacji DSM-5 w wypadku epizodu depresyjnego umieszczono adnotacje, że u dzieci i młodzieży zamiast nastroju obniżonego może występować nastrój drażliwy, a w miejsce spadku masy ciała – niepowodzenie w osiągnięciu oczekiwanej masy ciała [3].

Dotychczasowe publikacje na temat ZAD w populacji pediatrycznej wskazują, że poszczególne objawy choroby występują w tej grupie wiekowej z inną częstością niż u osób dorosłych [4]. U młodych osób podczas epizodu depresji zwykle notuje się zamiast obniżonego nastroju – drażliwość [3, 5]. Podobnie jak u osób dorosłych zaburzenie często rozpoczyna się epizodem depresji [6], a depresja w przebiegu ZAD pojawia się wcześniej niż w wypadku zaburzenia afektywnego jednobiegunowego, ma cięższy przebieg oraz atypowe objawy [7]. U młodych osób częściej niż u dorosłych obserwuje się po stosowaniu leków przeciwdepresyjnych (LPD) stan manii/hipomanii lub mieszany oraz częstsze podejmowanie zachowań autoagresywnych. U dzieci oraz młodzieży podczas epizodów maniakalnych może występować nastrój zarówno podwyższony, jak i drażliwy [8]. Nierzadko notuje się zachowania agresywne, konfliktowość czy wybuchy złości [9, 10]. Metaanaliza z 2016 roku obejmująca 20 badań wskazuje, że najczęstszym symptomem manii w dzieciństwie jest zwiększenie energii, a w następnej kolejności – drażliwość [11]. W populacji pediatrycznej częściej niż u osób dorosłych obserwuje się również epizody mieszane, które charakteryzują się wyższym odsetkiem samobójstw, przewlekłością objawów i większą współchorobowością, a także są związane z młodszym wiekiem zachorowania [12, 13].

W populacji pediatrycznej ZAD towarzyszy wysoki wskaźnik współwystępowania innych zaburzeń psychicznych, które mogą wpływać na obraz kliniczny zaburzenia i opóźnienie w postawieniu właściwej diagnozy. Szacuje się, że 54% młodych osób z ZAD ma zaburzenia lękowe, około 32% nadużywa substancji psychoaktywnych (SPA), od 9,5% do 28% ma zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder* – ADHD), a do 20% – zaburzenia osobowości borderline (BP) [14–16].

Material i metoda

Dane do badania zostały uzyskane na podstawie szczegółowego przeglądu dokumentacji medycznej 288 pacjentów w wieku poniżej 18 lat, mieszkających w województwie śląskim, z rozpoznaniem ZAD (diagnoza oparta na kryteriach diagnostycznych ICD-10 i DSM-5), hospitalizowanych w latach 2016–2018 w Oddziale Klinicznym Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego (OKPiPWR) Katedry Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, znajdującym się w Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o. Przed rozpoczęciem badania autorzy przygotowali wspólnie schemat bazy danych obejmujący standardowy wywiad i badanie stanu psychicznego praktykowane w ramach OKPiPWR. Przygotowany arkusz był wypełniany przez autorów ręcznie po analizie informacji pochodzących z posiadanej dokumentacji. W analizie uwzględniono wszystkich hospitalizowanych w tym okresie pacjentów spełniających kryteria włączenia, z diagnozą ZAD kodowaną w komputerowym systemie szpitala (za pomocą którego wyszukiwano ich historie choroby), a jedynie wykluczono osoby z ZAD wywołanym stosowaniem SPA. W czasie gromadzenia danych żadna z osób, których dokumentację przeglądano, nie miała zmienianej diagnozy ZAD w OKPiPWR na inną, natomiast nie uwzględniano zmian rozpoznania w innych placówkach z powodu braku wiedzy w tym zakresie.

Diagnoza ZAD była stawiana przez zespół lekarzy i psychologów na podstawie wywiadu, całodobowej obserwacji w warunkach szpitalnych, badania psychiatrycznego, psychologicznego oraz analizy dostępnej dokumentacji medycznej czy opinii o funkcjonowaniu z placówek edukacyjnych lub innych miejsc (jeśli badany takie posiadał), co miało ułatwić diagnostykę różnicową oraz zminimalizować ryzyko mylnej diagnozy. Ponadto osoby, których dokumentację analizowano, miały wykonywane badania laboratoryjne (m.in. oznaczane hormony tarczycy, wykonywane testy na obecność SPA w moczu), badanie obrazowe głowy oraz – w zależności od obrazu klinicznego i zakresu problematyki – przeprowadzane odpowiednie testy, takie jak np. ADOS-2, Skala Inteligencji Stanford-Binet 5.

Zgromadzone zostały dane dotyczące płci, wieku, historii dotychczasowej diagnostyki i leczenia, sytuacji szkolnej oraz występowania traumatycznych wydarzeń w przeszłości (np. przemocy lub molestowania seksualnego). W tym standardowo zbierano także informacje na temat zaburzeń współistniejących czy pierwszej postawionej diagnozy po wystąpieniu objawów ze spektrum ZAD (przez wystąpienie symptomów ZAD rozumie się moment, w którym w uzyskanym wywiadzie/dostępnej dokumentacji pojawiają się pierwsze informacje na temat istotnych zmian funkcjonowania/zachowania i powiązanych z nimi nowych objawów, mogących wskazywać na zaburzenia nastroju). W analizie pierwszych diagnoz stawianych u tych pacjentów po zaobserwowaniu pierwszych objawów zaburzeń nastroju nie brano pod uwagę rozpoznań zaburzeń współistniejących, których symptomy występowały u badanych wcześniej, tj. przed objawami zaburzeń ze spektrum ZAD.

Poza tym analizowano profil objawów prezentowanych przez pacjentów w trakcie hospitalizacji, biorąc pod uwagę: nastrój, napięcie, modulację afektu, zmiany w zakresie

koncentracji i pamięci, występowanie objawów wytwórczych, zaburzeń struktury, toku lub treści myślenia, utratę zainteresowań, zachowania autoagresywne, agresywne, ryzykowne (w tym związane z konfliktami z prawem), zaburzenia rytmów dobowych, zmiany apetytu i masy ciała, zaniedbanie higieniczne, zmiany libido, objawy somatyczne, zmiany w zakresie nawiązywania kontaktów czy samooceny.

Analiza statystyczna

Wyniki dla zmiennych ilościowych zostały zaprezentowane w postaci średniej i odchylenia standardowego (*Mean ± Standard Deviation; M ± SD*). W wypadku zmiennych jakościowych zastosowano udziały procentowe. W celu wyznaczenia związku między wybranymi zmiennymi jakościowymi zastosowano analizę tabel kontyngencji. Dla grup o dużej liczebności przeprowadzono test χ^2 , a dla mniejszych liczebności w podgrupach test χ^2 z poprawką Yatesa lub dokładny test Fishera. Jako wartość krytyczną we wnioskowaniu statystycznym przyjęto poziom istotności *p* mniejszy niż 0,05. Obliczenia zostały wykonane za pomocą programu Statistica 13 wersja PL.

Wyniki

Średni wiek osób z ZAD, których dokumentację analizowano, podczas pobytu w OKPiPWR wynosił $15 \pm 1,5$ lat. Wśród hospitalizowanych pacjentów 80,2% było płci żeńskiej. Średni wiek zachorowania wynosił $13,6 \pm 1,7$ lat. Czas od wystąpienia pierwszych objawów ze spektrum ZAD do postawienia właściwej diagnozy wynosił $16,9 \pm 14,7$ miesięcy.

W tabeli 1 szczegółowo określono rodzaj pierwszego epizodu ZAD u badanych pacjentów. Najczęstszym pierwszym epizodem była depresja (45,5%), w tym u 31,9% był to epizod umiarkowany. Drugim w kolejności był epizod mieszany (29,2%).

Tabela 1. Pierwszy epizod ZAD u hospitalizowanych osób

Rodzaj pierwszego epizodu	Liczba osób	%
Epizod hipomanii	9	3,1
Epizod manii bez objawów psychotycznych	46	16
Epizod manii z objawami psychotycznymi	18	6,2
Epizod depresji łagodny	11	3,8
Epizod depresji umiarkowany	92	31,9
Epizod depresji ciężki bez objawów psychotycznych	12	4,2
Epizod depresji ciężki z objawami psychotycznymi	16	5,6
Epizody mieszane	84	29,2

U 13,5 % pacjentów OKPiPWR postawiono rozpoznanie: epizod manii lub ZAD jako pierwszą diagnozę. Tymczasem u pozostałych 249 osób (86,5%) postawiona była inna diagnoza, którą podano w tabeli 2 (nie brano tu pod uwagę rozpoznań zaburzeń

współistniejących, których symptomy występowały u badanych wcześniej, tj. przed objawami zaburzeń ze spektrum ZAD).

Tabela 2. Pierwsza diagnoza postawiona badanym po wystąpieniu pierwszych objawów ZAD

Diagnoza	Liczba osób	%
Depresja	94	32,6
Zaburzenia zachowania i emocji	41	14,2
ZAD	37	12,8
Zaburzenia zachowania	31	10,8
Zaburzenia hiperkinetyczne	23	8
Zaburzenia odżywiania	11	3,8
Zaburzenia adaptacyjne	9	3,1
Schizofrenia	8	2,8
Zaburzenia emocjonalne	6	2,1
Ostre zaburzenia psychotyczne	4	1,4
Zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane	4	1,4
Zaburzenia somatyzacyjne	3	1
Całościowe zaburzenia rozwojowe (CZR)	3	1
Zaburzenia osobowości	3	1
Zaburzenia lękowe	3	1
Epizod manii	2	0,7
Zespół stresu pourazowego (PTSD)	2	0,7
Zaburzenia schizoafektywne	1	0,3
Zaburzenia psychiczne spowodowane SPA	1	0,3
OCD	1	0,3
Cyklotymia	1	0,3

U 140 osób (48,6%) występowały zaburzenia współtowarzyszące. Były to: szkodliwe używanie SPA (13,2%), całościowe zaburzenia rozwojowe (12,5%), BP (12,2%), ADHD (9,4%), niepełnosprawność intelektualna (3,5%), zaburzenia odżywiania (2,4%), uzależnienie od SPA (1,7%), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (*Obsessive-compulsive Disorder* – OCD) (1,7%), alkoholowy zespół płodowy (1,4%), tiki (1,4%), cechy nieprawidłowo kształtującej się osobowości w kierunku osobowości dysocjalnej (1%), zaburzenia zachowania (1%), reaktywne zaburzenia przywiązania w dzieciństwie (1%), zaburzenia identyfikacji płciowej (0,7%), reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (0,3%) oraz zaburzenia dysocjacyjne (0,3%). Ponadto 34% badanych zgłaszało trudności szkolne, a 15,6% – powtarzało klasę. Wśród osób, których dokumentacja medyczna była analizowana, 37,8% przyznawało się do picia alkoholu, 27,4% – stosowania narkotyków, 35,4% – palenia papierosów. Z kolei 17,4%

badanych doświadczyło w przeszłości traumy. U 22,2% osób po LPD obserwowano podwyższenie nastroju.

Osoby objęte badaniem najczęściej były hospitalizowane podczas epizodów mieszanych – 137 pacjentów (47,6%). Pozostałe miały w czasie pobytu w szpitalu epizody depresji – 54 osoby (18,7%), oraz epizody manii i hipomanii – 97 pacjentów (33,7%). W tabelach 3–5 dokonano zestawienia poszczególnych objawów z uwzględnieniem rodzaju epizodu w trakcie hospitalizacji oraz stwierdzonych zależności między niektórymi ocenianymi objawami a epizodami ZAD.

Tabela 3. Zestawienie zmiennych jakościowych dotyczących ocenianych objawów w trakcie hospitalizacji w zależności od rodzaju epizodu ZAD – objawy kryterialne

Zmienna	Ogół	Epizod manii i hipomanii	Epizod depresji	Epizod mieszany	χ^2	p
	n = 288	n = 97	n = 54	n = 137		
Wahania nastroju	176 (61,2%)	24 (13,6%)	18 (10,2%)	134 (76,1%)	149,16	<0,001
Drażliwość	224 (77,8%)	79 (35,3%)	33 (14,7%)	112 (50%)	10,68	<0,01
Utrata zainteresowań	80 (27,8%)	0 (0%)	35 (43,8%)	45 (56,3%)	75,99	<0,001
Nastój obniżony	158 (54,9%)	0 (0%)	53 (33,5%)	105 (66,5%)	184,99	<0,001
Placziwość	75 (26,1%)	0 (0%)	19 (25,3%)	56 (74,7%)	52,15	<0,001
Zmniejszona energia	72 (25%)	0 (0%)	38 (52,8%)	34 (47,2%)	93,76	<0,001
Skrócenie snu	146 (50,7%)	54 (37%)	27 (18,5%)	65 (44,5%)	1,55	0,461
Wydłużenie snu	24 (8,4%)	1 (4,2%)	11 (45,8%)	12 (50%)	17,05	<0,001
Zaburzenie rytmów dobowych	72 (25%)	18 (25%)	15 (20,8%)	39 (54,2%)	3,25	0,197
Hipobulia	53 (18,5%)	0 (0%)	33 (62,3%)	20 (37,7%)	88,79	<0,001
Spowolnienie psychomotoryczne	27 (9,4%)	0 (0%)	14 (51,9%)	13 (48,1%)	27,45	<0,001
Spadek apetytu	48 (16,7%)	5 (10,4%)	17 (35,4%)	26 (54,2%)	18,32	<0,001
Wzrost apetytu	21 (7,3%)	6 (28,6%)	5 (23,8%)	10 (47,6%)	0,48	0,785
Myśli samobójcze	218 (75,7%)	51 (23,4%)	51 (23,4%)	116 (53,2%)	44,5	<0,001
Próby samobójcze	91 (31,6%)	20 (22%)	20 (22%)	51 (56%)	8,32	<0,05
Anhedonia	64 (22,3%)	0 (0%)	32 (50%)	32 (50%)	70,67	<0,001
Spadek zaufania, szacunku do siebie	46 (16%)	0 (0%)	25 (54,3%)	21 (45,7%)	55,48	<0,001
Poczucie wyrzutów sumienia	31 (10,8%)	0 (0%)	15 (48,4%)	16 (51,6%)	28,09	<0,001
Problemy z koncentracją	106 (36,9%)	34 (32,1%)	18 (17%)	54 (50,9%)	0,81	0,667
Spadek masy ciała	32 (11,2%)	5 (15,6%)	11 (34,4%)	16 (50%)	8,22	<0,05
Wzrost masy ciała	9 (3,2%)	2 (22,2%)	3 (33,3%)	4 (44,4%)	1,43	0,488

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Pobudzenie	127 (44,1%)	74 (58,3%)	0 (0%)	53 (41,7%)	84,99	<0,001
WzmóŜona aktywność	136 (47,3%)	80 (58,8%)	0 (0%)	56 (41,2%)	98,9	<0,001
WzmóŜona rozmowność	132 (45,9%)	68 (51,5%)	1 (0,8%)	63 (47,7%)	65,09	<0,001
Zwiększona energia seksualna	80 (27,8%)	40 (50%)	2 (2,5%)	38 (47,5%)	24,36	<0,001
Lekkomyślne wydatki	5 (1,8%)	4 (80%)	0 (0%)	1 (20%)	5,01	0,082
Nadmierna łatwość nawiązywania kontaktów	133 (46,2%)	76 (57,1%)	0 (0%)	57 (42,9%)	87,88	<0,001
Gonitwa myśli	100 (34,8%)	57 (57%)	6 (6%)	37 (37%)	41,61	<0,001
ZaniŜona samoocena	38 (13,2%)	0 (0%)	23 (60,5%)	15 (39,5%)	56,09	<0,001
WzmóŜona samoocena	66 (23%)	45 (68,2%)	0 (0%)	21 (31,8%)	50,78	<0,001
Stała zmiana aktywności lub planów	51 (17,8%)	35 (68,6%)	0 (0%)	16 (31,4%)	37,51	<0,001
Zachowania ryzykowne	98 (34,1%)	55 (56,1%)	2 (2%)	41 (41,8%)	45,36	<0,001
Podwyższony nastrój	194 (67,4%)	85 (43,8%)	0 (0%)	109 (56,2%)	137	<0,001

Wartości procentowe w kolumnie „Ogół” oznaczają odsetek ogółu badanych osób, natomiast w pozostałych kolumnach – częstość danego epizodu w grupie osób prezentujących dany objaw.

W badanej grupie 64,8% osób z depresją i 32,8% z epizodem mieszanym relacjonowało, że utraciło swoje dotychczasowe zainteresowania. ObniŜony nastrój w wypadku pacjentów w trakcie epizodu depresji zanotowano u 98,1% badanych, a w czasie epizodu mieszanego – u 76,6%. W grupie osób z depresją 35,2% dzieci było płaczkliwych, a z epizodem mieszanym – 40,9%. Analizując epizody ZAD oddzielnie, stwierdzono, że w epizodzie mieszanym prawie co czwarty pacjent miał obniŜoną energię, natomiast w depresji odsetek ten wyniósł 70,4%. Z kolei rozpatrując poszczególne epizody ZAD, odnotowano, że w grupie osób z depresją 61,1% chorych zgłaszało hipobulię, a z epizodem mieszanym – zaledwie 14,6%. Spowolnienie psychomotoryczne obserwowano u 25,9% osób z depresją i 9,5% z epizodem mieszanym. U prawie połowy (46,3%) osób z depresją oraz 15,3% pacjentów podczas epizodu mieszanego w przebiegu ZAD zanotowano spadek zaufania i szacunku do siebie. W manii/hipomanii oraz epizodzie mieszanym odpowiednio 81,4% i 81,8% badanych wykazywało cechy draŝliwości, natomiast podczas depresji – 61,1%.

Spośród osób z epizodem manii podwyższony nastrój podawało 87,6%, a z grupy z epizodem mieszanym – 79,6%. Z kolei 38,7% badanych z epizodem mieszanym i aŜ 76,3% pacjentów z epizodem manii/hipomanii było pobudzonych. U 40,9% osób z epizodem mieszanym oraz u 82,5% osób z epizodem manii/hipomanii zaobserwowano wzmóŜoną aktywność. Zwiększoną rozmowność zanotowano u zaledwie 1,9% pacjentów z depresją, 46% – z epizodem mieszanym oraz u aŜ 70,1% pacjentów z epizodem manii/hipomanii. W grupie dzieci aŜ 78,4% z epizodem manii/hipomanii oraz 41,6% z epizodem mieszanym miało znaczną łatwość w nawiązywaniu kontaktów z innymi osobami. Wśród badanych z epizodem manii/hipomanii u 36,1%

zanotowano stałą zmianę aktywności lub planów, a w wypadku osób z epizodem mieszanym – u 11,7%.

Prawie wszyscy badani z epizodem mieszanym relacjonowali wahania nastroju (97,8%). W grupie osób z epizodem depresji podczas hospitalizacji 33,3% pacjentów zgłaszało wahania nastroju, a wśród badanych z epizodem manii/hipomanii – prawie co czwarta osoba. W grupie badanych z epizodem manii tylko 1% pacjentów zgłaszał wydłużenie snu, a w grupie z epizodem mieszanym było to 8,8%. Natomiast 20,4% chorych z depresją relacjonowało ten objaw. W grupie pacjentów z depresją 94,4%, a w grupie z epizodem mieszanym 84,7% chorych miało myśli samobójcze. W grupie z epizodem manii/hipomanii odsetek ten był mniejszy (52,6%). Co piąte dziecko z epizodem manii podjęło próbę samobójczą. W epizodach depresji oraz mieszanym ten odsetek był większy, wyniósł około 37%. Aż 41,2% osób z manią/hipomanią, 27,7% z epizodem mieszanym oraz zaledwie 3,7% z depresją wykazywało zwiększoną energię seksualną. Podczas trwania epizodu manii/hipomanii aż 58,8% osób relacjonowało gonitwę myśli. W trakcie epizodu mieszanego było to 27%, a w depresji – 11,1% badanych. Pośród pacjentów z epizodem manii/hipomanii aż 56,7% podejmowało zachowania ryzykowne, w wypadku osób z epizodem mieszanym było to 29,9%, a z depresją – zaledwie 3,7%.

Tabela 4. Zestawienie zmiennych jakościowych dotyczących ocenianych objawów w trakcie hospitalizacji w zależności od rodzaju epizodu – objawy dodatkowe na podstawie klasyfikacje ICD-10 i DSM-5

Zmienna	Ogół	Epizod manii i hipomanii	Epizod depresji	Epizod mieszanym	χ^2	p
	n = 288	n = 97	n = 54	n = 137		
Lęk*	67 (23,3%)	14 (20,9%)	22 (32,8%)	31 (46,3%)	13,46	<0,01
Objawy somatyczne	53 (18,5%)	11 (20,8%)	13 (24,5%)	29 (54,7%)	5,08	0,079
Urojenia spójne z nastrojem	39 (13,6%)	17 (43,6%)	12 (30,8%)	10 (25,6%)	9,35	<0,01
Pseudohalucynacje słuchowe	14 (4,9%)	6 (42,9%)	6 (42,9%)	2 (14,3%)	8,36	<0,05
Halucynacje wzrokowe	28 (9,8%)	8 (28,6%)	5 (17,9%)	15 (53,6%)	0,49	0,783
Urojenie niespójne z nastrojem	81 (28,2%)	26 (32,1%)	14 (17,3%)	41 (50,6%)	0,43	0,805
Halucynacje słuchowe spójne z nastrojem	7 (2,5%)	3 (42,9%)	1 (14,3%)	3 (42,9%)	0,29	0,865
Halucynacje słuchowe niespójne z nastrojem	27 (9,4%)	10 (37%)	6 (22,2%)	11 (40,7%)	0,58	0,747
Inne halucynacje	12 (4,2%)	6 (50%)	0 (0%)	6 (50%)	3,35	0,187

* – pominięto braki danych

Wartości procentowe w kolumnie „Ogół” oznaczają odsetek ogółu badanych osób, natomiast w pozostałych kolumnach – częstość danego epizodu w grupie osób prezentujących dany objaw.

W grupie pacjentów z depresją 40,7% dzieci i młodzieży zgłaszało lęk, z epizodem mieszanym – 22,6%, a z manią/hipomanią – 14,4%. Prawie co piąty pacjent z epizodem

manii (17,5%) oraz z depresją (22,2%) miał urojenia spójne z nastrojem. W wypadku epizodu mieszanego zaledwie u 7,3% chorych zanotowano ten objaw. Wystąpienie pseudohalucynacji słuchowych stwierdzono u 1,5% pacjentów z epizodem mieszanym, 6,2% z epizodem manii i 11,1% z depresją.

Tabela 5. Zestawienie zmiennych jakościowych dotyczących ocenianych objawów w trakcie hospitalizacji w zależności od rodzaju epizodu ZAD – objawy nieujęte jednoznacznie w ramach klasyfikacji diagnostycznych ICD-10 i DSM-5

Zmienna	Ogół	Epizod manii i hipomanii	Epizod depresji	Epizod mieszanym	χ^2	p
	n = 288	n = 97	n = 54	n = 137		
Dziwaczne zachowania	99 (34,4%)	44 (44,4%)	13 (13,1%)	42 (42,4%)	8,57	<0,05
Agresja czynna	116 (40,3%)	56 (48,3%)	5 (4,3%)	55 (47,4%)	33,88	<0,001
Agresja werbalna	144 (50%)	60 (41,7%)	13 (9%)	71 (49,3%)	20,15	<0,001
Samookaleczenia	184 (63,9%)	35 (19%)	42 (22,8%)	107 (58,2%)	49,02	<0,001
Zmiany w wyglądzie	57 (19,8%)	16 (28,1%)	8 (14%)	33 (57,9%)	3,1	0,212
Zaniedbanie higieniczne	29 (10,1%)	11 (37,9%)	1 (3,4%)	17 (58,6%)	5,03	0,081
Ucieczki z domu	90 (31,3%)	42 (46,7%)	6 (6,7%)	42 (46,7%)	16,77	<0,001
Zachowania przestępcze	44 (15,3%)	23 (52,3%)	2 (4,5%)	19 (43,2%)	11,13	<0,01
Wycofanie z relacji rówieśniczych	94 (32,7%)	5 (5,3%)	43 (45,7%)	46 (48,9%)	87,62	<0,001
Fantazjowanie, nierealne kłamstwa	21 (7,3%)	10 (47,6%)	1 (4,8%)	11 (52,4%)	3,57	0,167

Wartości procentowe w kolumnie „Ogół” oznaczają odsetek ogółu badanych osób, natomiast w pozostałych kolumnach – częstość danego epizodu w grupie osób prezentujących dany objaw.

W grupie chorych w trakcie manii/hipomanii i epizodu mieszanego było mniej więcej tyle samo przypadków agresywnych czynnie pacjentów – odpowiednio 48,3% i 47,4%. Z kolei agresywnych słownie było 41,7% dzieci podczas epizodu hipomanii/manii i 49,3% w czasie epizodu mieszanego. Analizując oddzielnie grupę badanych z epizodem manii/hipomanii, stwierdzono, że 36,1% pacjentów dokonywało w niej samookaleczeń, a w epizodzie depresji i mieszanym odsetek ten wyniósł około 78%. Odnotowano również związek między epizodem ZAD a ucieczkami z domu przed hospitalizacją, zachowaniami przestępczymi oraz wycofaniem z relacji rówieśniczych. W grupie osób mających w wywiadzie ucieczki z domu największy odsetek stanowiły dzieci z epizodem manii/hipomanii oraz mieszanym (po 46,7%). Prawie co czwarty pacjent z epizodem manii/hipomanii oraz 13,9% dzieci z epizodem mieszanym i tylko 3,7% z depresją wykazywało zachowania przestępcze. Wśród badanych z epizodem depresji aż 79,6% wycofało się z relacji rówieśniczych. W wypadku epizodu mieszanego było to 33,6%, a w epizodzie manii/hipomanii – 5,2%.

Dyskusja

Wśród dzieci, których dokumentację medyczną analizowano, średni wiek zachorowania wynosił 13,6 lat. Jest on nieco niższy niż w badaniu Goetza i wsp. [4] przeprowadzonym wśród pacjentów pediatrycznych z ZAD, gdzie wynosił 14,9, oraz podobny do uzyskanego w badaniu Connora i wsp. [17], gdzie wynosił $13,2 \pm 3,3$ (u pediatrycznych pacjentów z ZAD leczonych od 2006 do 2012 roku). Aż 86,5% badanych z OKPiPWR po wystąpieniu pierwszych objawów ze spektrum ZAD miało początkowo postawioną diagnozę inną niż ZAD/epizod manii. Pokazuje to, że obraz kliniczny rozwijającego się ZAD w populacji pediatrycznej jest często niejednoznaczny, trudny do zdiagnozowania i przypomina inne (czasem bardziej powszechne w tej grupie wiekowej) zaburzenia psychiczne. Najczęściej stawianą pierwszą diagnozą była depresja (32,6%) i liczne doniesienia potwierdzają, że ZAD bardzo często rozpoczyna się epizodem depresji, a grupa młodych osób z tym rozpoznaniem powinna być objęta szczególnym nadzorem pod kątem ryzyka ZAD. W badaniu Goetza i wsp. [4] pacjenci leczeni pierwotnie z powodu innego zaburzenia stanowili 80%, a pierwszym stawianym rozpoznaniem również zwykle była depresja (24%). Rzadziej diagnozowano w Czechach ostrą psychozę, OCD, ADHD, epizod mieszany/maniakalny, zaburzenia adaptacyjne, jądłowstręt psychiczny, zaburzenia lękowe, zaburzenia zachowania czy nieokreślone zaburzenia osobowości [4]. Według Faeddy i wsp. [18] depresja z objawami psychotycznymi, cyklotymia, a także inne zaburzenia psychotyczne są prekursorami ZAD.

Ponadto uważa się, że dzieci i młodzież z ZAD przeważnie mają też inne zaburzenia współistniejące (od 20% do 80%), głównie są to zaburzenia zachowania, lękowe, ADHD, a u nastolatków – zaburzenia związane ze stosowaniem SPA [19–23]. Wśród badanych osób z OKPiPWR w Sosnowcu 48,5% miało zaburzenia współtowarzyszące. Perlis i wsp. [24] uważają, że wczesny początek ZAD wiąże się z większym prawdopodobieństwem rozwoju zaburzeń lękowych i nadużywaniem SPA. Najczęstszymi zaburzeniami psychicznymi występującymi wśród pacjentów hospitalizowanych w OKPiPWR w Sosnowcu były: szkodliwe używanie SPA (13,2%), CZR (12,5%), cechy BP (12,2%), ADHD (9,4%). Z kolei wśród dzieci badanych w Czechach 30% miało zaburzenia lękowe, 19% – specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych, 15% – ADHD [4]. W metaanalizie Van Meter i wsp. [11] najczęściej z ZAD w populacji pediatrycznej współistniało ADHD (53%). Uważa się, że ADHD występuje częściej u osób z ZAD niż w populacji ogólnej, a współwystępowanie u dzieci oraz młodzieży z ZAD ADHD, a także zaburzeń zachowania, łączy się z gorszymi wynikami w leczeniu epizodów maniakalnych czy mieszanych [14]. Wśród pacjentów z OKPiPWR w Sosnowcu ADHD również występowało częściej niż w populacji ogólnej (tj. 9,4% vs. 5%). Jednak w OKPiPWR wskaźnik dzieci z ZAD i ADHD był niższy niż w metaanalizie Van Meter i wsp. [11], u których to autorów u 42% osób badanych współistniały ponadto zaburzenia opozycyjno-buntownicze i u 27% – zaburzenia zachowania. U pacjentów badanych w OKPiPWR w Sosnowcu zaburzenia zachowania diagnozowano znacznie rzadziej (1%), jednak występowało wiele objawów charakterystycznych dla zaburzeń zachowania, np.: agresja czynna (40,3%) i werbalna

(50%), drażliwość (77,8%), ucieczki z domu (31,3%) czy zachowania przestępcze (13,3%). Van Meter i wsp. [11] oszacowali również współistnienie z pediatryczną ZAD zaburzeń lękowych (na 23%) i zaburzeń związanych z używaniem SPA (na 9%). Z kolei w analizie Friasa i wsp. [25] u osób z pediatryczną ZAD współwystępowały: zaburzenia lękowe (54%), ADHD (48%), destrukcyjne zaburzenia zachowania (31%) oraz używanie SPA (31%).

W OKPiPWR w Sosnowcu 37,8% badanych przyznawało się do picia alkoholu, a 27,4% – do stosowania narkotyków. Wyniki używania SPA wśród pacjentów z OKPiPWR w Sosnowcu są więc niższe w porównaniu z badaniami ankietowymi wśród młodych osób w Polsce, co może wskazywać, że chorzy niechętnie przyznają się do eksperymentowania z SPA. W badaniu z 2019 roku w zależności od grupy wiekowej 80% lub 92,8% uczniów w naszym kraju przynajmniej raz w ciągu swojego życia piło alkohol, a 21,4% młodszych i 37% starszych uczniów chociaż raz stosowało marihuanę i haszysz [26]. W OKPiPWR w Sosnowcu 15,6% badanych z ZAD powtarzało klasę, a 66% miało trudności szkolne. W badaniu Pedersena i wsp. [27] odnotowano związek między uzyskanymi ocenami w szkole a późniejszym rozwojem ZAD (np. między rozwojem zaburzenia a bardzo niskimi ocenami z matematyki, ale także bardzo wysokimi ocenami z języka duńskiego, choć wyłącznie u kobiet). W naszym badaniu 17,4% niepełnoletnich pacjentów z ZAD w OKPiPWR w Sosnowcu przeżyło traumę. W badaniu Goetza i wsp. [4] stwierdzono natomiast, że dzieci, które zachorowały przed 13. rokiem życia, częściej doświadczały traumy w przeszłości w porównaniu z tymi, które zachorowały na ZAD w późniejszym wieku.

Najczęściej notowanym pierwszym epizodem ZAD wśród badanych osób była depresja (45,5%), co zgadza się z obserwacjami z Czech, gdzie depresja była pierwszym epizodem ZAD u 56% pacjentów pediatrycznych [4]. W badaniu Axelsona i wsp. [19] dotyczącym prekursorów choroby u dzieci osób z ZAD również obserwowano, że epizody depresyjne poprzedzały wystąpienie epizodów manii/hipomanii w około $\frac{2}{3}$ przypadków. Duffy i wsp. [28] podobnie stwierdzili, że dzieci rodziców chorych na ZAD w większości doświadczały depresji jako pierwszego epizodu zaburzeń nastroju. Ponadto młode osoby z depresją w przebiegu ZAD często miały atypowe objawy oraz niewłaściwą reakcję na stosowane LPD, tj. wystąpienie stanu manii/hipomanii lub mieszanego czy częstsze podejmowanie zachowań autoagresywnych [6, 29]. U 22,2% pacjentów z OKPiPWR w Sosnowcu po włączonych LPD wystąpiło znaczne podwyższenie nastroju. Z kolei w publikacji Baldessariniego i wsp. [30] z 2013 roku u 8,18% pacjentów z epizodem dużym depresji leczonych LPD zanotowano reakcję przypominającą manię w odpowiedzi na stosowaną farmakoterapię, a 3,29% pacjentów miało zmienioną diagnozę na ZAD. Należy również zaznaczyć, że według klasyfikacji DSM-5 wystąpienie epizodów manii w trakcie leczenia przeciwdepresyjnego, utrzymujących się na pełnoobjawowym poziomie w okresie przekraczającym działanie stosowanej farmakoterapii, umożliwia postawienie diagnozy ZAD [3].

Podczas epizodów depresji badani pacjenci z OKPiPWR w Sosnowcu najczęściej prezentowali: obniżony nastrój (98,1%), myśli samobójcze (94,4%), wycofanie z relacji rówieśniczych (79,6%), samookaleczenia (77,8%), zmniejszoną energię (71,7%), utratę zainteresowań (64,8%), drażliwość (61,1%), hipobulię (61,1%), an-

hedonię (59,3%), skrócenie snu (50%). Dla porównania w badaniu Goetza i wsp. [4] obserwowano w czasie epizodów depresji najczęściej smutek, niepokój, bezsenność, płaczliwość, agresję werbalną, samooskarżanie, drażliwość, spadek energii, hipobulię i spowolnienie psychomotoryczne. W wielu publikacjach odnotowuje się często u dzieci z epizodem depresji w przebiegu ZAD drażliwość zamiast obniżonego nastroju [5]. Co ciekawe, wśród badanych osób z OKPiPWR z objawem drażliwości połowa miała epizody mieszane, 35% – epizody manii/hipomanii, a tylko 15% – depresję. W czasie manii/hipomanii oraz epizodów mieszanych odpowiednio 81% i 82% chorych było drażliwych, natomiast podczas depresji – 61%.

Podczas epizodów hipomanii/manii u pacjentów z OKPiPWR najczęściej obserwowanymi objawami były: podwyższony nastrój (87,6%), wzmożona aktywność (82,5%), drażliwość (81,4%), skracanie dystansu, łatwość w nawiązywaniu kontaktów (78,4%), pobudzenie (76,3%), wzmożona rozmowność (70,1%), agresja werbalna (61,9%), gonitwa myśli (58,8%), agresja czynna (57,7%), zachowania ryzykowne (56,7%) oraz skrócenie snu (55,7%), co częściowo pokrywa się z wynikami innych badań oraz obowiązującymi kryteriami diagnostycznymi. W metaanalizie 20 badań dotyczących pediatrycznych ZAD najczęściej w trakcie epizodu manii notowano: zwiększoną energię (79%), drażliwość (77%), labilność nastroju (76%), roztargnienie (74%), aktywność ukierunkowaną na cel (72%), euforię/podwyższony nastrój (64%), przymus mówienia (63%), hiperaktywność (62%), gonitwę myśli (61%) i słaby osąd (61%) [9], a w badaniu Goetza i wsp. [4] – zwiększenie aktywności ruchowej, energii, zachowania opozycyjne, podwyższony nastrój, wzmożoną rozmowność, zmniejszoną potrzebę snu, hiperaktywność ukierunkowaną na cel, drażliwość, zwiększoną towarzyskość i agresję fizyczną. Część publikacji podaje, że mania u młodych osób częściej charakteryzuje się drażliwością niż podwyższonym nastrojem [16], z kolei inne badania wskazują, że podwyższenie nastroju również jest częstym objawem manii w młodości, a mania rzadko objawia się wyłącznie podwyższeniem nastroju lub drażliwością, bowiem oba objawy mogą występować jednocześnie [8].

Wśród badanych osób z OKPiPWR podczas epizodów manii/hipomanii 87,6% miało nastrój podwyższony, a 81,4% było drażliwych. U hospitalizowanych pacjentów nie stwierdzono podczas epizodów manii/hipomanii występowania takich objawów jak obniżony nastrój, poczucie winy, utrata zainteresowań, płaczliwość, zmniejszenie energii, hipobulia, spowolnienie psychomotoryczne, spadek zaufania, szacunku do siebie, zaniżona samoocena, które z oczywistych względów pojawiały się wyłącznie u chorych podczas epizodów depresyjnych czy mieszanych. Natomiast wśród pacjentów, którzy mieli takie objawy jak zwiększona energia seksualna, gonitwa myśli, wywiad ucieczek z domu, zachowań przestępczych i ryzykownych, największą grupę stanowili badani podczas epizodów manii/hipomanii. Uważa się, że dzieci i młodzież w trakcie manii są bardziej agresywne werbalnie oraz konfliktowe [9], mimo to zachowania agresywne nie należą do kryteriów diagnostycznych umożliwiających rozpoznanie tych epizodów ZAD. Również według Safera i wsp. [10] młode osoby w porównaniu z dorosłymi częściej prezentują objawy agresji i drażliwości. Agresję czynną i werbalną obserwowano u pacjentów OKPiPWR podczas wszystkich epizodów ZAD (ale najrzadziej wśród osób z depresją). W grupie chorych w trakcie epizodów manii/hipomanii oraz

mieszanych było mniej więcej tyle samo przypadków agresywnych czynnie pacjentów – odpowiednio 48% i 47%, a agresywnych słownie – 42% i 49%.

Badane osoby podczas epizodów mieszanych miały najczęściej objawy takie jak: wahania nastroju (97,8%), myśli samobójcze (84,7%), drażliwość (81,8%), podwyższony nastrój (79,6%), samookaleczenia (78,1%), obniżony nastrój (76,6%), agresja werbalna (51,8%). Z kolei w badaniu w Czechach najczęściej obserwowano u chorych z epizodem mieszanym: podwyższony nastrój, smutek, niepokój, wielomówność, zachowania opozycyjne, zwiększoną towarzyskość, zwiększoną aktywność ruchową, zwiększoną energię, zachowania ryzykowne, roztargnienie, utratę zahamowań społecznych [4]. Uważa się, że epizody mieszane w populacji pediatrycznej z ZAD są częstsze niż u osób dorosłych i wiążą się z większym ryzykiem podjęcia próby samobójczej [12, 13], co mogłyby potwierdzać wyniki badania przeprowadzonego w OKPiPWR w Sosnowcu. Badane dzieci z ZAD były bowiem najczęściej hospitalizowane w Centrum Pediatrii z powodu epizodów mieszanych. Wśród wszystkich osób z OKPiPWR z myślami samobójczymi największą grupę (53%) stanowiły osoby w trakcie epizodu mieszanego i po 23% – osoby z manią i depresją. Natomiast w grupie badanych, którzy podjęli próby samobójcze, także dominowały osoby podczas epizodu mieszanego (56%). Również w grupie pacjentów dokonujących samookaleczeń największy odsetek stanowili pacjenci z epizodem mieszanym (58%). Ponadto zaobserwowano, że wśród osób zgłaszających lęk (objaw, który może wpływać na cięższy przebieg ZAD) największy odsetek (tj. 46%) stanowili pacjenci, których dotyczył epizod mieszany.

Wydłużenie snu najrzadziej występowało w grupie pacjentów z epizodem manii, natomiast notowano ten objaw w porównywalnych odsetkach dla epizodu depresji oraz mieszanego (46% i 50%). U pacjentów z odnotowanym spadkiem masy ciała 50% osób miało epizod mieszany, 34% – depresję i 16% – epizod manii. Ponadto wśród dzieci, u których zanotowano wycofanie się z relacji z rówieśnikami, 49% osób miało epizod mieszany.

Istotnym ograniczeniem pracy było to, że badanie polegało na analizie dokumentacji medycznej i było retrospektywne, co może mieć wpływ na jego rzetelność. Należy podkreślić, że choć starano się zwrócić uwagę podczas analizy dokumentacji na wszystkie oceniane w badaniu dane i objawy, to wywiad, obserwacje stanu psychicznego chorych były opisywane przez różnych lekarzy i psychologów, co rzutuje na dokładność zebranych informacji. Ponadto sami chorzy lub ich opiekunowie również nie zawsze udzielali niezbędnych informacji lub też nie zgłaszali wszystkich występujących symptomów czy problemów. Stąd na przykład brak danych dotyczących jednego badanego odnośnie do występowania lęku lub niskie wskaźniki używania SPA wśród chorych.

Ponadto wpływ na uzyskane wyniki miało to, że analizowano dokumentację medyczną wyłącznie hospitalizowanych dzieci z ZAD. Wprawdzie dłuższa, całodobowa obserwacja w warunkach szpitalnych przez grupę lekarzy i psychologów umożliwiła bardziej rzetelną diagnozę niż ta, jaką uzyskuje się dla grupy zebranej spośród pacjentów ambulatoryjnych, gdzie zwykle na ostateczną diagnozę mają wpływ pojedynczy specjaliści, a zatem ryzyko mylnego rozpoznania jest większe, lecz zarazem chorzy leczeni w warunkach szpitalnych zwykle mają bardziej nasilone objawy, cięższy

przebieg zaburzenia, częściej prezentują zachowania agresywne czy autoagresywne i objawy wytwórcze, słabiej odpowiadają na zastosowaną farmakoterapię, mają większą ilość zaburzeń współtowarzyszących czy niewygodne środowisko rodzinne. Zatem w celu lepszego poznania obrazu klinicznego ZAD w populacji pediatrycznej należałoby poszerzyć grupę badaną o pacjentów z innych ośrodków, w tym leczonych w warunkach ambulatoryjnych, a także ocenić stabilność postawionej diagnozy w perspektywie dłuższego czasu.

Wnioski

1. W badanej populacji czas od wystąpienia pierwszych objawów ze spektrum ZAD do postawienia diagnozy ZAD wynosi $16,9 \pm 14,7$ miesięcy, co z jednej strony może prowadzić do odroczenia prawidłowego leczenia, a w konsekwencji powodować pogorszenie skuteczności farmakoterapii i rokowania. Z drugiej jednak strony występujące podprogowe czy niepełne objawy ZAD nie są jednoznaczne z rozwojem ZAD typu I lub II, ponadto też nie zawsze korzyści ze stosowanej farmakoterapii w tej grupie pacjentów będą przewyższać jej efekty uboczne.

2. ZAD wśród hospitalizowanych pacjentów z województwa śląskiego najczęściej rozpoczyna się epizodem depresji. Jest to też najczęstsza pierwsza diagnoza stawiana osobom z ZAD, zatem dzieci i młodzież z tym rozpoznaniem powinny być szczególnie obserwowane pod kątem ryzyka rozwoju ZAD.

3. Prawie połowa dzieci i młodzieży z ZAD leczonych w OKPiPWR ma zaburzenia współistniejące, co może mieć wpływ na obraz kliniczny choroby w tej populacji osób. Wśród hospitalizowanych pacjentów z ZAD najwięcej osób ma zdiagnozowane używanie SPA. Ponadto najczęstszymi zaburzeniami współistniejącymi są CZR, cechy nieprawidłowo kształtującej się osobowości w kierunku BP oraz ADHD.

4. Wyniki badania wskazują na istotną częstość niektórych objawów chorobowych w tej populacji, takich jak m.in.: drażliwość, lęk, myśli samobójcze, urojenia zgodne z nastrojem oraz zachowania agresywne. Może to być przydatne zarówno w procesie diagnostycznym dzieci i młodzieży, jak i w prowadzeniu odpowiedniego leczenia.

Piśmiennictwo

1. Cichoń L, Janas-Kozik M, Siwiec A, Rybakowski JK. *Obraz kliniczny i leczenie choroby afektywnej dwubiegunowej w populacji dzieci i młodzieży*. Psychiatr. Pol. 2020; 54(1): 35–50.
2. <https://icd.who.int> (dostęp: 10.01.2024).
3. Gałęcki P, Świącicki Ł. red. *Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk reference*. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2015.
4. Goetz M, Novak T, Vesela M, Hlavka Z, Brunovsky M, Povazan M i wsp. *Early stages of pediatric bipolar disorder: Retrospective analysis of a Czech inpatient sample*. Neuropsychiatr. Dis. Treat. 2015; 11: 2855–2864.
5. Stringaris A, Zavos H, Leibenluft E, Maughan B, Eley TC. *Adolescent irritability: Phenotypic associations and genetic links with depressed mood*. Am. J. Psychiatry 2012; 169(1): 47–54.

6. O'Donovan C, Alda M. *Depression preceding diagnosis of bipolar disorder*. Front. Psychiatry 2020; 11: 500.
7. Rybakowski JK, Suwalska A, Lojko D, Rymaszewska J, Kiejna A. *Types of depression more frequent in bipolar than in unipolar affective illness: Results of the Polish DEP-BI study*. Psychopathology 2007; 40(3): 153–158.
8. Birmaher B. *Bipolar disorder in children and adolescents*. Child Adolesc Ment Health 2013; 18(3): 10.1111/camh.12021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3835470/>.
9. Doerfler LA, Connor DF, Toscano Jr PF. *Aggression, ADHD symptoms, and dysphoria in children and adolescents diagnosed with bipolar disorder and ADHD*. J. Affect. Disord. 2011; 131(1–3): 312–319.
10. Safer DJ, Zito JM, Safer AM. *Age-grouped differences in bipolar mania*. Compr. Psychiatry 2012; 53(8): 1110–1117.
11. Van Meter AR, Burke C, Kowatch RA, Findling RL, Youngstrom EA. *Ten-year updated meta-analysis of the clinical characteristics of pediatric mania and hypomania*. Bipolar Disord. 2016; 18(1): 19–32.
12. Geller B, Tillman R, Craney JL, Bolhofner K. *Four-year prospective outcome and natural history of mania in children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype*. Arch. Gen. Psychiatry 2004; 61(5): 459–467.
13. Goldstein TR, Birmaher B, Axelson D, Ryan ND, Strober MA, Gill MK i wsp. *History of suicide attempts in pediatric bipolar disorder: Factors associated with increased risk*. Bipolar Disord. 2005; 7(6): 525–535.
14. Marangoni C, De Chiara L, Faedda GL. *Bipolar disorder and ADHD: Comorbidity and diagnostic distinctions*. Curr. Psychiatry Rep. 2015; 17(8): 604.
15. Yen S, Frazier E, Hower H, Weinstock LM, Topor DR, Hunt J i wsp. *Borderline personality disorder in transition age youth with bipolar disorder*. Acta Psychiatr. Scand. 2015; 132(4): 270–280.
16. Riemann G, Weisscher N, Post RM, Altshuler L, McElroy S, Frye MA i wsp. *The relationship between self-reported borderline personality features and prospective illness course in bipolar disorder*. Int. J. Bipolar Disord. 2017; 5(1): 31.
17. Connor DF, Ford JD, Pearson GS, Scranton LV, Dusad A. *Early-onset bipolar disorder: Characteristics and outcomes in the clinic*. J. Child Adolesc. Psychopharmacol. 2017; 27(10): 875–883.
18. Faedda GL, Marangoni C, Serra G, Salvatore P, Sani G, Vázquez GH i wsp. *Precursors of bipolar disorders: A systematic literature review of prospective studies*. J. Clin. Psychiatry 2015; 76(5): 614–624.
19. Axelson D, Birmaher B, Strober M, Gill MK, Valeri S, Chiappetta L i wsp. *Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders*. Arch. Gen. Psychiatry 2006; 63(10): 1139–1148.
20. Goldstein BI, Strober MA, Birmaher B, Axelson DA, Esposito-Smythers C, Leonard H i wsp. *Substance use disorders among adolescents with bipolar spectrum disorders*. Bipolar Disord. 2008; 10(4): 469–478.
21. Kowatch RA, Fristad M, Birmaher B, Wagner KD, Findling RL i wsp.; Child Psychiatric Workgroup on Bipolar Disorder. *Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2005; 44(3): 213–235.
22. Kowatch RA, Youngstrom EA, Danielyan A, Findling RL. *Review and meta-analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents*. Bipolar Disord. 2005; 7(6): 483–496.

23. Sala R, Axelson DA, Castro-Fornieles J, Goldstein TR, Ha W, Liao F i wsp. *Comorbid anxiety in children and adolescents with bipolar spectrum disorders: Prevalence and clinical correlates*. J. Clin. Psychiatry 2010; 71(10): 1344–1350.
24. Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB, Wisniewski SR, Ostacher M, DelBello MP i wsp.; STEP-BD Investigators. *Long-term implications of early onset in BP disorder: Data from the first 1000 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for BP Disorder (STEP-BD)*. Biol. Psychiatry 2004; 55(9): 875–881.
25. Frías Á, Palma C, Farriols N. *Comorbidity in pediatric bipolar disorder: Prevalence, clinical impact, etiology and treatment*. J. Affect. Disord. 2015; 174: 378–389.
26. *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2019 r.* <https://www.cinn.gov.pl/portal?id=166545> (dostęp: 10.01.2024).
27. Pedersen SD, Østergaard SD, Petersen L. *The association between school exam grades and subsequent development of bipolar disorder*. Acta Neuropsychiatrica 2018; 30(4): 209–217.
28. Duffy A, Alda M, Hajek T, Sherry SB, Grof P. *Early stages in the development of bipolar disorder*. J. Affect. Disord. 2010; 121(1–2): 127–135.
29. Akiskal HS. *Developmental pathways to bipolarity: Are juvenile-onset depressions pre-bipolar?* J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1995; 34(6): 754–763.
30. Baldessarini RJ, Faedda GL, Offidani E, Vázquez GH, Marangoni C, Serra G i wsp. *Antidepressant-associated mood-switching and transition from unipolar major depression to bipolar disorder: A review*. J. Affect. Disord. 2013; 148(1): 129–135.

Adres: Lena Cichoń

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego

Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu

e-mail: lenacichon@interia.pl

Otrzymano: 15.01.2023

Zrecenzowano: 20.06.2023

Otrzymano po poprawie: 25.10.2023

Przyjęto do druku: 22.11.2023