

Difficulties associated with the diagnosis of bipolar affective disorder in a 16-year-old boy treated in the past for ADHD and ODD – case study

Trudności związane z rozpoznaniem zaburzenia afektywnego dwubiegunowego u 16-letniego chłopca leczonego w przeszłości z powodu ADHD i ODD – opis przypadku

Izabela Chojnowska-Ćwiąkała¹ ABCD, <https://orcid.org/0000-0003-4756-7752>,

Justyna Świerczyńska² ABCDEF, <https://orcid.org/0000-0002-9890-0677>,

Małgorzata Weryszko² EF, <https://orcid.org/0000-0002-7690-9320>,

Monika Szpringer¹ ABCD <https://orcid.org/0000-0002-6510-5714>

¹Collegium Medicum, Jan Kochanowski University in Kielce, Kielce, Poland

²Department of Psychology, Jan Kochanowski University in Kielce, Kielce, Poland

Abstract

Aim: The aim of this article is to discuss the difficulties and complexities of the bipolar affective disorder (BPAD) diagnostic process in an adolescent. The case of suspected occurrence of bipolar affective disorder in an adolescent who was diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and oppositional defiant disorder (ODD) in childhood was presented.

Case report: A 16-year-old boy was treated in the past for ADHD and ODD. The reason for the current admission to the pediatric psychiatry ward was the behavioral change that disturbed the caregivers: he has become more restless, irritable, explosive. A few nights prior to hospitalization, he was very agitated, chaotic, physically and verbally aggressive.

At admission he was disorganized, tense, in strong hand manipulation anxiety. He displayed alternating attention and loquacity. His statements were chaotic, his thinking accelerated. He displayed grandiose delusions. He was uncritical.

After the treatment, mood, psychomotor drive and circadian rhythms stabilisation were achieved. Discharged from the ward with the recommendation of further outpatient treatment and continuation of psychotherapeutic interactions.

Conclusions:

1. The diagnosis of bipolar affective disorder in adolescents is a complex and difficult process. The expression of symptoms of this disorder during adolescence is different than in adults.
2. Differential diagnosis of bipolar affective disorder for a 16-year-old boy should also consider both past ADHD and ODD and their possible sequelae should be taken into account, as well as the risk of abnormal personality development.
3. Due to the high dynamics of changes associated with the adolescence period, further pharmacological treatment of bipolar affective disorder should be combined with psychotherapeutic interventions.

Keywords: manic episode; bipolar affective disorder; adolescence; diagnostic difficulties

Streszczenie

Cel pracy: Celem artykułu jest omówienie trudności i złożoności procesu diagnostycznego zaburzenia (choroby) afektywnego dwubiegunowego (ChAD) u nastolatka. Przedstawiono przypadek podejrzenia wystąpienia zaburzenia afektywnego dwubiegunowego u adolescenta, u którego w dzieciństwie zdiagnozowano zespół nadpobudliwości z deficytem uwagi (ADHD) i zaburzenia opozycyjno-buntownicze (ODD).

Opis przypadku: Chłopiec 16-letni był leczony w przeszłości z powodu ADHD i ODD. Powodem aktualnego przyjęcia do oddziału psychiatrii dziecięcej była niepokojąca opiekunów zmiana w zachowaniu: zrobił się bardziej niespokojny, drażliwy, wybuchowy. Kilka nocy przed hospitalizacją był bardzo pobudzony, chaotyczny, agresywny fizycznie i werbalnie. Przy przyjęciu był zdeorganizowany, napięty, w silnym niepokoju manipulacyjnym. Wykazywał przerzutność uwagi, wielomówność. Jego wypowiedzi były chaotyczne, tok myślenia przyspieszony, wypowiadał treści wielkościowe. Był bezkrytyczny. Po zastosowanym leczeniu uzyskano poprawę w funkcjonowaniu w zakresie nastroju, napędu psychoruchowego i rytmów dobowych. Wypisany z zaleceniem dalszego leczenia ambulatoryjnego oraz kontynuowania oddziaływań psychoterapeutycznych.

Wnioski:

1. Rozpoznanie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych u młodzieży jest procesem złożonym i trudnym. Ekspresja symptomów tego zaburzenia w okresie adolescencji jest inna niż u osób dorosłych.
2. W diagnozie różnicowej zaburzenia afektywnego dwubiegunowego u 16-latkę należy uwzględnić zarówno rozpoznawane w przeszłości ADHD, ODD i ich możliwe następstwa, jak i ryzyko nieprawidłowego rozwoju osobowości.
3. Ze względu na dużą dynamikę zmian związanych z okresem adolescencji dalsze leczenie farmakologiczne zaburzeń afektywnych dwubiegunowych należy połączyć z oddziaływaniami psychoterapeutycznymi.

Słowa kluczowe: epizod maniakalny, zaburzenie afektywne dwubiegunowe, adolescencja, trudności diagnostyczne

Introduction

Bipolar affective disorder (BPAD) is a complex, recurrent disease. It includes pathological changes in the mood and activity in the form of hypomanic, manic, depressive and mixed episodes. In the etiology of this disorder, biological (hereditary and constitutional) and environmental (psychosocial) conditions are indicated. BPAD in adolescents is diagnosed by means of the ICD-10 criteria [1] and DSM-5 like in adults [2].

The diagnostic criteria for manic episode in the ICD-10 (F30.0) classification include: A) mood – elevated or irritable in a definitely abnormal degree for a person and persisting for at least four consecutive days (for hypomania), seven days (for mania) and B) the occurrence of at least three of the following symptoms leading to dysfunction in everyday life, such as increased activity or physical anxiety, increased verbosity, distraction, concentration difficulty, reduced need for sleep, increased sexual energy, reckless spending, and other reckless or not responsible behaviour, increased ease of contact with others and lack of distancing. The manic episode cannot be better explained by the occurrence of other mental disorders (C). Moreover, the causes of the episode are not associated with the use of psychoactive substances or organic disorder of any type (D) [1].

DSM-5 does not exclude mania / hypomania, which is caused by the use of antidepressant drugs [2]. In criterion A (acc. DSM-IV), increased energy / activity was added to two more symptoms: excitement/ euphoria and irritability [3]. In DSM-IV, in order to diagnose BPAD it was enough to state either symptom, in DSM-5 it must be related to increased energy / activity.

In the ICD-11 classification, unlike ICD-10, the depressive and manic episodes do not have their individual diagnostic codes [4]. They are components of mood disorders such as bipolar affective disorder or depression.

In the studies, bipolar affective disorder was diagnosed in 1% young subjects, and the so-called BPAD spectrum (allowing for the severity and quality of mood disorders and personality / temperament traits) in 5%, especially in teenagers [5]. In recent years, there has also been a significant increase in knowledge about BPAD originating in childhood and adolescence [6]. The

incidence of the disease increases with the age of patients, is associated with significant psychosocial difficulties, problems with school and law, an increased risk of using psychoactive substances and suicides [7-11].

The first symptoms of BPAD usually appear during puberty, although they may also occur in childhood. The risk of its occurrence increases when the disease is also diagnosed in a family member [12]. Adolescence is the most turbulent developmental stage – diagnosing disorders in this period can be difficult and requires considering the changes that occur in a teenager in the biological, psychological and social areas. Adolescence is characterized by spontaneity, emotional lability, making contact with the opposite sex, propensity for risky behavior, excessive focus on yourself, your appearance, eccentric behaviour, overestimating your abilities, experimenting with psychoactive substances. If these characteristics persist, do not fit into the context, go beyond generally accepted social norms and age-appropriate framework, and are accompanied by other manic or hypomanic symptoms, especially circadian rhythm disorder – they should be considered as potential symptoms of BPAD manic episode [13].

Due to cognitive and emotional immaturity, a teenager may have difficulty describing his/her own mood. The assessment of the symptoms such as psychomotor agitation, irritability, and inflated sense of importance may also be problematic, especially in combination with the normativeness of the advantage of urge and emotional behaviour over cognitive and emotional behaviour in childhood and adolescence.

The behaviours indicating inflated sense of importance attitudes can be difficult to grasp in children and adolescents. This is normal because children and teenagers can often tend to test themselves, compare and compete, overestimate their skills and believe that they are the "best" at various undertaken activities, smarter than others [11]. In this context, in the process of diagnosing affective disorders in children and adolescents, it is crucial to identify the changes in their functioning compared to the normative behaviour of a child at a certain age and in situational conditions.

Another symptom helpful in the diagnosis of

BPAD, difficult to assess in adolescence, is increased sexual activity. In order for it to be classified as a manic symptom, it must be inappropriate for the child's age and cannot be caused by a history of sexual abuse or the experience of early sexual intercourse. In the case of children and adolescents, increased sexual activity can be manifested by watching or drawing genitals, provocative touching intimate areas, intense and inappropriate kisses, expressive makeup, provocative clothing, and obscene language [14].

Psychopathological symptoms in the course of a manic episode in children and adolescents usually last shorter (four days) and more intensively than the symptoms of mania in adults [13]. A hypomanic teenager can sometimes function better and be more creative and productive [11]. However, recurrent hypomania can cause a worsening of his psychosocial functioning [8, 9].

The clinical picture of BPAD in children and adolescents is more diverse and is characterized by rapid mood changes compared to adults with BPAD. It is emphasized that there are other important developmental differences between children and adolescents that affect the expression of BPAD symptoms. Children usually have greater mood swings, behaviour problems and separation anxiety than adults. In contrast, teenagers present more pronounced manic and depressive episodes, suicidal thoughts and attempts, panic anxiety, and psychoactive substances abuse [15].

Manic symptoms often co-occur with ADHD symptoms [14, 16]. Approx. 70% of children with BPAD are initially diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder [17, 18]. Distraction, quick speech, psychomotor agitation, racing thoughts and increased activity are the diagnostic criteria for mania also found in ADHD. Moreover, although irritability is not a diagnostic criterion for ADHD, fits of anger and other deficits in self-regulation are often observed in the children with this disorder [19]. The incidence of ADHD in adolescents (1.9%) is much higher than the incidence of BPAD (0.1%) [20, 21].

What distinguishes BPAD from ADHD is the duration of bouts of anger (in the case of ADHD they are shorter, up to about 30 minutes) and the cause of rage – in ADHD it occurs due to excessive agitation, while in BPAD it is usually caused by setting limits for the child by the environment [22]. It may also be particularly difficult to diagnose and differentiate the symptoms such as inflated sense of importance, euphoria or psychomotor agitation, especially in small children [14, 16]. Besides, BPAD in children and adolescents is usually associated with aggression, concentration problems, anxiety, depressive symptoms and crime, social problems, social withdrawal, and sleep disorders [21–25].

Major depression, like the symptoms of mania or

hypomania in children and adolescents, should exceed what is considered normative for a certain developmental age, occur in episodes, and should not explain the comorbid disorders. Younger children may not report depression but may show boredom or may seem more irritable. Moreover, as in manic episodes, young patients with depression may have difficulty describing their mood. They will more often display behaviour problems, questioning authority, low tolerance of frustration and frequent bouts of anger than mood disorders, sleep problems. Adolescents with depression can be irritable, negativistic, they enter into relationships with other people who also cause difficulties, get into trouble with the law, skip school, and sometimes even use psychotropic substances. Initially, all these symptoms may be misinterpreted as behavioral disorders, which, in turn, may lead to the overlooking of depression symptoms [26, 27]. Young people suffering from depression may keep being active in different areas of their interest, e.g. in sport and music, but they have stopped enjoying these activities since they became depressed. Adolescents who have good intellectual potential and who are focused on getting good grades at school can still do well with learning but they need more time and effort to achieve this. It is also indicated that the symptoms of depression may change more often in adolescents compared to adults [28, 29].

The aim of this article is to discuss the difficulties and complexities of the bipolar affective disorder (BPAD) diagnostic process in an adolescent. The case of suspected occurrence of bipolar affective disorder in an adolescent, who was diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and oppositional defiant disorder (ODD) in childhood, was presented.

Case study

A 16-year-old boy was admitted to the pediatric psychiatry ward in 2019. He was brought to the hospital by the police, after a row at home. At admission, the subject was fully auto- and allopsychic-oriented. In behaviour, disorganized, tense, in strong hand manipulation anxiety. He displayed alternating attention and loquacity. His statements were chaotic, his thinking accelerated. He confirmed his well-being, he displayed grandiose delusions. He was completely uncritical of his behavior.

It is known from the interview with the mother that the subject did not sleep several nights in a row, was very agitated, unable to sit still, and did not show fatigue. He bragged about his abilities, thought that he was extraordinary.

The patient had been treated at the Outpatient Mental Health Clinic for Children and Youth since he was 8 years old. Initially, he was diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), and then at the age of 10

with oppositional defiant disorder (ODD). He was put on methylphenidate and atomoxetine. The mother informed that until about 13 years of age he had taken medications, but later refused to take them and cooperate with a psychotherapist.

From the mother's account it is known that the boy's change in behaviour has been noticeable for about two years: he has become rebellious, insubordinate, he has undergone periods of mood swings, sleep problems, he has not returned home for the night several times. He preferred the company of older youth, who had educational difficulties. A few months ago he was quiet, complained of various types of pain (headache, muscle pain). Following pediatric consultation somatic diseases were excluded. He had a reduced appetite, sleep disorder, often woke up at night, at daybreak, and took short naps during the day. He was irritable, withdrew from contacts with friends.

For three weeks there has been an even bigger change in behavior, he has become more restless, irritable, explosive. A few nights prior to hospitalization, he was very agitated, he had not slept, he bathed at 4 a.m., he was in a great physical power: he cleaned the room, ran around the room, was chaotic, physically and verbally aggressive towards his parents, he cursed.

The patient is a child from the third pregnancy and delivery. The delivery took place via caesarean section (placenta previa), he was born in asphyxia and hypoxia. At birth he got the Apgar score 7/10, body weight 2850 g. Psychomotor development was as follows: sitting 8/12, walking 16/12, speech about 2 years of age. He had no head injuries, fainting or fever seizures. He was not treated for more serious somatic or neurological diseases.

Currently, he will repeat the first grade of technical school due to educational difficulties (truancy, bad academic results). In the past, he also repeated the sixth grade of primary school.

The patient's parents are not married and have never co-inhabited. He has two older, half-brothers from his mother's first marriage. The mother is being treated psychiatrically for depression, and is taking antidepressants. One of the brothers is addicted to drugs, he is being treated psychiatrically. The father is currently in the third relationship. The mother related that the father is addicted to alcohol, the boy has occasional contact with him.

The patient confirms that he smokes cigarettes, consumes alcohol and does drugs. In the interview, he reported that he had his first contact with drugs in the 6th grade of primary school. This year, he smoked marijuana several times. Sometimes he started the day from smoking marijuana. He claimed that for some time the drug had ceased to have a calming effect on him. Recently at the party – at the suggestion of a friend – he took ecstasy.

He described the sensations after taking this substance: *"my friend told me fortune from the bottom of the skull, he read my mind, I saw the lights"*. He denied other psychotic symptoms, heard no voices, had no sense of change in smell. From the patient's report: *"Weed calmed me down, I could function, I could eat, focus. I was taking eye drops so that my mother did not find out"*. He reported that he did not like alcohol. He rarely drank vodka or beer. He had his first contact with alcohol at the age of 8. He got drunk for the first time in the 6th grade of primary school. He denied somatic complaints. He denies having 'hair of the dog' on the morning after drinking alcohol the previous night. He also denies alcohol palimpsests. He confirms amnesia after taking ecstasy – *"I don't remember what was going on with me"*.

The boy has not started sex life. He likes the girl with whom he intends to establish closer contact. He says he has been masturbating since he was 14 (he has been masturbating almost every day for several months).

Currently, the patient describes his well-being as follows: *"I have never felt like that, I breathe freshness ... I did not know that I am so, so good at crosswords, I start to see evil, I can see what is happening around me ... as if my heart was open, I understood my mother, I had no respect for my mother before, I was indifferent, now I have become affectionate ... "* *"For me, half of the staff at the Ward do drugs because they have enlarged pupils, I think they take antidepressants because they have access to them, all this is so that they can work longer"*.

In a psychiatric examination he emphasized: *"I have been in a good mood for a longer time. I smile a lot and live life to the fullest; I thought I went mad, but now I feel luxury. I have to change school. I talked to everyone face to face, I understood that my mom had a problem. I feel good now. Now it's slack. Back then my father was driving me crazy. I gave him a high five and said it was ok. My father is still watching TV and swallows everything like ... All his life he said that I was nobody and I am seventeen and my heart aches. My heart aches. I did not go home for a year. I am a thug, not a nut. I want to win this race. "*

A psychological assessment was made regarding the functioning of the patient's cognitive and emotional-motivational development. The examination was performed about two weeks after the patient had been admitted to the ward, when his condition stabilized. The following diagnostic methods were used in the study: interview and observation, WAIS-R (PL), the Benton Visual Retention Test, the Eysenck Personality Questionnaire-revised EPQ-R, the Rotter Incomplete Sentences Blank, version for adolescents. Correct formal thinking was found. The patient showed normal ability to abstract and symbolize. His cognitive performance was at an average level. There were significant differences between the

verbal and nonverbal scales, in favor of the verbal scale. Verbal understanding, perceptual organization, memory and distraction resistance were at the average level. The ability of arithmetic understanding was maintained at a sub-average level. The ability to learn new information and verbal fluency skills were at an average level. Executive functions and working memory were probably weakened due to the weakening of the ability to shift attention or due to increased fatigability. There were also perseverations. The Benton test indicated a decrease in perception and memory functions, most likely of a functional nature.

The results of a psychological study focused on emotional and motivational functioning showed that the patient experiences elevated mood, excitement. He felt euphoria, presented increased self-esteem, was involved in numerous activities through his hyperactivity, displayed a tendency to risky behaviours associated with psychoactive substances and alcohol and risking his life, accompanied by the ease of making contact with people. He showed reduced appetite and no need for sleep. The entire psychological study pointed to the persistent characteristics of attention deficit hyperactivity disorder and the dominant elevated mood and disorganization in behavior. These symptoms went beyond psychological conditions and seriously disturbed the patient's psychosocial functioning.

Discussion

The diagnosis of BPAD in adolescents is a difficult process. There are some differences in the clinical picture of mania and depression in young patients compared to adults. The diagnosis of BPAD is based on the same criteria as for adults. However, the expression of symptoms and the dynamics of the disease process are different than in adults [30]. The manic episode in adolescents may be accompanied by atypical symptoms (mood swings and psychomotor agitation are usually of a transient nature), irritability and rebellious behaviour are more common than elevated mood, among risky behaviours the most common is the tendency to fight and dangerous fun as well as behaviour of sexual nature [29]. They cause serious disorders of psychosocial functioning (family and school problems).

The presented case study indicates a manic episode in the course of BPAD in a patient with co-occurring ADHD and ODD. Many of the boy's early symptoms (hyperactivity, impulsiveness and attention deficit disorder (ADHD) as

well as increased negativistic, defiant and provocative behaviour with disobedience (ODD) overlap the current mania symptoms. The persistence of symptoms of ADHD and ODD, however, does not explain the symptoms currently occurring in the patient: elevated mood, euphoria, loquacity, numerous ideas that are chaotic and multi-threaded and are associated with overassessment of his own abilities.

At the beginning of his stay in the hospital, the patient was unable to interact with others. He was rebellious, oppositional, irritable and emotional without any apparent reason. He could not concentrate, he showed signs of excessive arousal. After the treatment – normothymic (sodium valproate), mood, psychomotor drive and circadian rhythms stabilisation were achieved. More frequent cooperation with staff and establishing relationships with other patients were observed, he was more attentive, he controlled his emotional behaviour. Discharged from the ward with the recommendation of further outpatient treatment and continuation of psychotherapeutic and psychoeducational interactions.

Conclusions

The boy has a long history of psychiatric treatment, in childhood he was diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorders. His current symptoms indicate a manic episode in the course of BPAD. Due to perinatal load, concomitance of ADHD and ODD, poor family support and taking psychoactive substances, the patient needs further observation. Also, family conditions making it difficult to perform parental roles (mother's depression, father's alcohol abuse, occasional father's contact with the patient, one of the brothers' drug addiction) may affect the persistence of the symptoms. Differential diagnosis should also consider the risk of abnormal personality development (towards borderline or dissocial personality). Specific characteristics of adolescence, including mood swings, resonance, rebellion against authority, striving for independence and defining his own identity, a tendency to exaggerate and immediately release emotional tension, and high dynamics of changes may hamper the diagnostic process and determine further prognosis. The patient requires further pharmacological treatment as well as individual, family psychological therapy and psychoeducation.

Wstęp

Zaburzenie afektywne dwubiegunowe (ChAD) ma charakter złożony i nawracający. Obejmuje patologiczne zmiany nastroju i aktywności w postaci epizodów hipomaniakalnych, maniakalnych, depresyjnych i

mieszanych. W etiologii tego zaburzenia wskazuje się na uwarunkowania biologiczne (dziedziczno-konstytucyjne) i środowiskowe (psychospołeczne).

ChAD u młodzieży rozpoznaje się przy użyciu kryteriów ICD-10 [1] oraz DSM-5 jak u dorosłych [2].

Kryteria diagnostyczne epizodu maniakalnego w klasyfikacji ICD-10 (F30.0) obejmują: A) nastrój – podwyższony lub drażliwy w stopniu zdecydowanie nieprawidłowym dla danej osoby, utrzymujący się przez co najmniej cztery kolejne dni (dla hipomanii) siedem dni (dla manii) oraz B) występowanie co najmniej trzech z poniższych objawów prowadzących do zaburzenia funkcjonowania w codziennym życiu, takich jak: wzmożona aktywność lub niepokój fizyczny, wzmożona rozmowność, odwracalność uwagi, trudności w koncentracji, zmniejszona potrzeba snu, zwiększona energia seksualna, lekkomyślne wydatki oraz inne zachowania lekkomyślne lub mało odpowiedzialne, wzmożona łatwość kontaktów z innymi i brak dystansu). Epizodu maniakalnego nie można lepiej wyjaśnić występowaniem innych zaburzeń psychicznych (C). Ponadto przyczyny epizodu nie wiążą się z używaniem substancji psychoaktywnych ani jakimikolwiek zaburzeniem organicznym (D) [1].

W klasyfikacji DSM-5 nie wyklucza się manii/hipomanii, która jest spowodowana używaniem leków antydepresyjnych [2]. W kryterium A (według DSM-IV), do wymienionych dwóch objawów: podniecenia/euforii i drażliwości, dodano zwiększoną energię/aktywność [3]. W DSM-IV do postawienia diagnozy ChAD wystarczyło stwierdzić jeden z dwóch objawów, w DSM-5 musi być to związane ze zwiększoną energią/aktywnością.

W klasyfikacji ICD-11, w odróżnieniu od ICD-10, epizod depresyjny, maniakalny nie mają swoich indywidualnych kodów diagnostycznych [4]. Są składowymi zaburzeń nastroju takich jak zaburzenia afektywne dwubiegunowe czy zaburzenia depresyjne.

W badaniach chorobę afektywną dwubiegunową rozpoznano u 1% młodych badanych, a tzw. spektrum ChAD (uwzględniające nasilenie i jakość zaburzeń nastroju oraz cechy osobowości/temperamentu) u 5% szczególnie u nastolatków [5]. W ciągu ostatnich lat zaobserwowano także duży wzrost wiedzy na temat ChAD mającej swój początek w okresie dziecięcym i nastoletnim [6]. Częstość występowania choroby wzrasta wraz z wiekiem pacjentów, wiąże się z występującymi u nich znacznymi trudnościami w funkcjonowaniu psychospołecznych, problemami szkolnymi i prawnymi, zwiększonym ryzykiem zażywania substancji psychoaktywnych oraz samobójstw [7-11].

Pierwsze objawy ChAD pojawiają się zwykle w okresie dojrzewania, chociaż mogą też występować w okresie dziecięcym. Ryzyko jej występowania wzrasta gdy chorobę rozpoznano także u członka rodziny [12]. Adolescencja to najbardziej burzliwy etap rozwoju – diagnozowanie zaburzeń w tym okresie może być utrudnione i wymaga uwzględniania zmian, jakie zachodzą u nastolatka w obszarze biologicznym,

psychologicznym i społecznym. Adolescencję cechuje spontaniczność, labilność emocjonalna, nawiązywanie kontaktów z płcią przeciwną, skłonność do zachowań ryzykownych, nadmierne skupienie na sobie, swoim wyglądzie, ekscentryczne zachowania, przecenianie swoich możliwości, eksperymentowanie z substancjami psychoaktywnymi. Jeśli charakterystyki te utrzymują się w dużym nasileniu, nie pasują do kontekstu, wykraczają poza ogólnie przyjęte normy społeczne i ramy adekwatne do wieku oraz towarzyszą im inne objawy maniakalne lub hipomaniakalne, szczególnie zaburzenia rytmów dobowych – to należy je uznać za potencjalne objawy epizodu maniakalnego ChAD [13].

Ze względu na niedojrzałość poznawczą i emocjonalną, nastolatek może mieć trudności z opisaniem własnego nastroju. Problematiczna może być także ocena objawów takich jak pobudzenie psychoruchowe, drażliwość, postawa wielkościowa szczególnie w zestawieniu z normatywnością przewagi zachowań popędowo-emocjonalnych nad poznawczo-uczuciowymi w okresie dzieciństwa i adolescencji.

Zachowania wskazujące na nastawienia wielkościowe mogą być trudne do uchwycenia u dzieci i młodzieży. Jest to normalne gdyż dzieci i młodzież często mogą wykazywać tendencję do sprawdzania siebie, porównywania i rywalizacji, przeceniać swoje umiejętności oraz wierzyć, że to właśnie oni są „najlepsi” w różnych podejmowanych aktywnościach, mądrzejsi od innych [11]. W tym kontekście w procesie diagnozowania zaburzeń afektywnych u dzieci i młodzieży kluczowe jest zidentyfikowanie zmiany w ich funkcjonowaniu w porównaniu do normatywnego zachowania dziecka w określonym wieku i uwarunkowaniach sytuacyjnych.

Innym objawem pomocnym w diagnozowaniu ChAD, trudnym do oceny w okresie nastoletnim, jest zwiększona aktywność seksualna. Aby została ona zaliczona jako objaw maniakalny musi być nieodpowiednia do wieku dziecka i nie może być spowodowana historią wykorzystywania seksualnego lub doświadczeniami wczesnego współżycia seksualnego. W przypadku dzieci i młodzieży zwiększona aktywność seksualna może przejawiać się oglądaniem lub rysowaniem narządów płciowych, prowokującym dotykiem tych okolic, intensywnymi i nieodpowiednimi pocałunkami, wyrazistym makijażem, prowokacyjnym ubiorem, niecenzuralnym językiem [14].

Objawy psychopatologiczne w przebiegu epizodu maniakalnego u dzieci i młodzieży trwają zwykle krócej (cztery dni) i intensywniej niż objawy manii u dorosłych [13]. Hipomaniakalny nastolatek czasami może lepiej funkcjonować i wykazywać większą kreatywność i produktywność [11]. Jednak nawracająca hipomania może wywoływać pogorszenie jego funkcjonowania psychospołecznego [8, 9].

Obraz kliniczny ChAD u dzieci i młodzieży jest bardziej zróżnicowany oraz cechują go szybkie zmiany nastroju w porównaniu do osób dorosłych z ChAD. Podkreśla się, że istnieją inne ważne różnice rozwojowe między dziećmi i młodzieżą, które wpływają na ekspresję objawów ChAD. Dzieci mają zwykle większe wahania nastroju, problemy z zachowaniem oraz lęk separacyjny niż osoby dorosłe. Natomiast nastolatki prezentują bardziej wyraźne epizody maniakalne i depresyjne, myśli i próby samobójcze, lęk paniczny oraz nadużywają substancji psychoaktywnych [15].

Objawy manii często współwystępują z objawami ADHD [14, 16]. U około 70% dzieci z ChAD pierwotnie diagnozowany jest zespół nadpobudliwości psychoruchowej [17, 18]. Rozproszenie uwagi, szybka mowa, pobudzenie psychoruchowe, gonitwa myśli i zwiększona aktywność to kryteria diagnostyczne manii występujące również w przebiegu ADHD. Ponadto, chociaż drażliwość nie jest kryterium diagnostycznym dla ADHD, wybuchy złości i inne deficyty w samoregulacji są często obserwowane u dzieci z tym zaburzeniem [19]. Częstość występowania ADHD u młodzieży (1,9%) jest znacznie wyższa niż w przypadku ChAD (0,1%) [20, 21].

To, co odróżnia ChAD od ADHD to czas trwania ataków złości (w przypadku ADHD są one krótsze, do ok. 30 minut) oraz przyczyna wściekłości – przy ADHD pojawia się ona na skutek nadmiernego pobudzenia, natomiast przy ChAD zazwyczaj wywołana jest ustanowieniem dziecku ograniczeń przez otoczenie [22]. Szczególnie trudne może być również diagnozowanie i różnicowanie takich objawów jak nastawienie wielkościowe, euforia czy pobudzenie psychoruchowe, zwłaszcza u małych dzieci [14, 16]. Ponadto ChAD u dzieci i młodzieży zwykle jest powiązana z agresją, problemami z koncentracją, lękiem, objawami depresyjnymi oraz z przestępczością, problemami społecznymi, wycofaniem społecznym, oraz zaburzeniami snu [21- 25].

Zaburzenia depresyjne, podobnie jak objawy manii lub hipomanii u dzieci i młodzieży, powinny przekraczać to, co uważa się za normatywne dla określonego wieku rozwojowego, występować w epizodach, a nie wyjaśniać współistniejących zaburzeń. Młodsze dzieci mogą nie zgłaszać depresji, ale wykazywać znudzenie lub mogą wydawać się bardziej drażliwe. Ponadto, podobnie jak przy epizodach maniakalnych młodzi pacjenci z depresją mogą mieć problemy z opisaniem swojego nastroju. Częściej będą oni prezentować problemy z zachowaniem, bunt w stosunku do autorytetów, niską tolerancję na frustrację i częste wybuchy złości niż zaburzenia nastroju, problemy ze snem. Młodzież z depresją może być drażliwa, negatywistyczna, wchodzić w relacje z innymi osobami, którzy również sprawiają trudności, wpadają w kłopoty z prawem, opuszczają szkołę, a czasem nawet

używają substancji psychoaktywnych. Wszystkie te objawy początkowo mogą być błędnie interpretowane jako zaburzenia behawioralne, co w konsekwencji może prowadzić do przeoczenia objawów depresji [26, 27]. Młode osoby cierpiące na zaburzenia depresyjne mogą nadal być aktywne w różnych obszarach swoich zainteresowań, np. w sporcie i muzyce, ale nie lubić tych zajęć, od czasu kiedy uaktywniła się u nich depresja. Młodzież, która ma dobry potencjał intelektualny, której zależy na uzyskiwaniu dobrych ocen w szkole może nadal dobrze sobie radzić z nauką, ale potrzebować na nią więcej czasu i wysiłku. Wskazuje się również, że objawy depresji mogą się zmieniać częściej wśród młodzieży w porównaniu z dorosłymi [28, 29].

Opis przypadku

16-letni chłopiec został przyjęty na oddział psychiatrii dziecięcej w 2019 roku. Do szpitala był dowieziony w towarzystwie policji, po awanturze w domu. Przy przyjęciu badany był w pełni zorientowany auto- i allopsychicznie. W zachowaniu zdeorganizowany, napięty, w silnym niepokoju manipulacyjnym. Wykazywał przerzutność uwagi, wielomówność. Jego wypowiedzi były chaotyczne, tok myślenia przyśpieszony. Potwierdzał dobre samopoczucie, wypowiadał treści wielkościowe. Był zupełnie bezkrytyczny do swojego zachowania.

Z wywiadu od matki wiadomo, że badany nie spał kilka nocy z rzędu, był bardzo pobudzony, nie był w stanie usiedzieć spokojnie, nie wykazywał zmęczenia. Chwalił się swoimi możliwościami, uważał, że jest nadzwyczajny.

Pacjent był leczony w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży od 8 r.ż. Początkowo diagnozowano u niego zespół nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD), a następnie od 10 r.ż. zaburzenia opozycyjno-buntownicze (ODD). Miał zalecony metylfenidat i atomoksetynę. Matka informowała, że do około 13 r.ż. przyjmował leki, jednak później odmawiał ich brania oraz współpracy psychoterapeutycznej.

Z relacji matki wiadomo, że zmiana w zachowaniu u chłopca zauważalna jest od około dwóch lat: stał się zbuntowany, niepodporządkowany, widoczne były u niego okresy zmiany nastroju, problemy ze snem, kilka razy nie wrócił do domu na noc. Preferował towarzystwo starszej młodzieży, sprawiającej trudności wychowawcze. Kilka miesięcy temu był wyciszony, skarżył się na różnego rodzaju bóle (głowy, mięśni). Konsultowany pediatrycznie – wykluczono choroby somatyczne. Miał obniżony apetyt, zaburzenia snu, często wybudzał się w nocy, nad ranem, a w ciągu dnia odbywał krótkie drzemki. Był drażliwy, wycofywał się z kontaktów z kolegami.

Od trzech tygodni nastąpiła jeszcze większa zmiana w zachowaniu, zrobił się bardziej niespokojny, drażliwy, wybuchowy. Kilka nocy przed hospitalizacją był bardzo

pobudzony, nie spał, kąpał się o 4 nad ranem, był w dużym napędzie ruchowym: sprzątał pokój, biegał po pokoju, był chaotyczny, agresywny fizycznie i werbalnie wobec rodziców, przeklinał.

Pacjent jest dzieckiem z ciąży i porodu trzeciego. Poród odbył się poprzez cesarskie cięcie (przodujące łożysko), urodzony był w zamartwicy i niedotlenieniu. Przy porodzie otrzymał 7/10 punktów w skali Apgar, ciężar ciała 2850 g. Rozwój psychomotoryczny przebiegał następująco: siadanie 8/12, chodzenie 16/12, mowa około 2 roku życia. Nie miał urazów głowy, omdleń, drgawek gorączkowych. Nie leczył się z powodu poważniejszych schorzeń somatycznych czy neurologicznych.

Aktualnie będzie powtarzał I klasę technikum ze względu na trudności wychowawcze (wagary, złe wyniki w nauce). W przeszłości powtarzał także VI klasę szkoły podstawowej.

Rodzice pacjenta nie są małżeństwem i nigdy nie mieszkali razem. Ma on dwóch przyrodnych, starszych braci z pierwszego małżeństwa matki. Matka leczy się psychiatrycznie z powodu depresji, przyjmuje leki przeciwdepresyjne. Jeden z braci jest uzależniony od narkotyków, leczy się z tego powodu psychiatrycznie. Ojciec jest aktualnie w trzecim związku. Z relacji matki wynika, że ojciec jest uzależniony od alkoholu, chłopiec ma z nim okazjonalny kontakt.

Pacjent potwierdza, że pali papierosy, spożywa alkohol oraz narkotyki. W wywiadzie podawał, że pierwszy kontakt z narkotykami miał w VI klasie szkoły podstawowej. W ostatnim roku palił kilka razy marihuanę. Zdarzało się, że rozpoczynał dzień od zapalenia marihuany. Twierdził, że od jakiegoś czasu narkotyk ten przestał na niego działać uspokajająco. Ostatnio na imprezie – za namową kolegi – spożył ekstazy. Opisowywał doznania po spożyciu tej substancji: *„kolega mi wróżył z dna czaszki, czytał w mojej głowie, widziałem światła”*. Zaprzeczał innym objawom psychotycznym, nie słyszał głosów, nie miał poczucia zmiany zapachu. Z relacji pacjenta: *„Zioło mnie uspakajało, mogłem funkcjonować, mogłem jeść, skupiać się. Żeby matka się nie zorientowała, to brałem krople do oczu”*. Podawał, że nie lubi alkoholu. Rzadko pił wódkę albo piwo. Pierwszy kontakt z alkoholem miał w wieku 8 lat. Pierwszy raz upił się alkoholem w VI klasie szkoły podstawowej. Negował dolegliwości somatyczne. Zaprzecza „klinowaniu” alkoholem na drugi dzień po spożywaniu alkoholu. Zaprzecza również palimpsestom alkoholowym. Potwierdza niepamięć po zażyciu ekstazy - *„nie pamiętam, co się ze mną działo”*.

Chłopiec nie rozpoczął życia seksualnego. Podoba mu się dziewczyna, z którą zamierza nawiązać bliższy kontakt. Podaje, że masturbuje się od 14 r.ż. (od kilku miesięcy onanizuje się prawie codziennie).

Aktualnie pacjent opisuje swoje samopoczucie

następująco: *„nigdy nie czułem się tak, oddycham świeżością..., nie wiedziałem, że taki jestem, taki dobry w krzyżówkach, zaczynam widzieć zło, widzę co się z wokół dzieje..., tak, jakby otwarło mi się serce, rozumiałem matkę, wcześniej nie miałem szacunku do matki, byłem obojętny, teraz zrobiłem się czuły...”*. *„Dla mnie połowa personelu na oddziale ćpa, bo mają powiększone źrenice, myślę, że biorą antydepresanty, bo mają do nich dostęp, to wszystko, żeby dłużej mogli pracować”*.

W badaniu psychiatrycznym podkreślał: *„od dłuższego czasu mam dobry nastrój. Dużo uśmieciam się, żyję pełnią życia; myślałem, że zwariowałem, ale teraz czuję luksus. Ja muszę zmienić szkołę. Ja pogadałem ze wszystkimi sam na sam, ja wszystko rozumiałem, że mama ma problem. Teraz czuję się dobrze. Teraz jest już luz. Wtedy mnie ojciec doprowadzał do szału. Przybiłem piątkę i powiedziałem, że jest ok. Ojciec ciągle ogląda tv i wszystko tyka, jak... Całe życie mówił, że jestem nikim, a ja mam siedemnaście wiosen i mnie serce boli. Mnie serce boli. Ja przez rok nie wracałem do domu. Ja jestem bandytą, a nie wariatem. Chcę wygrać ten wyścig.”*

Dokonano oceny psychologicznej w zakresie funkcjonowania rozwoju poznawczego i emocjonalno-motywacyjnego pacjenta. Badanie wykonano po około dwóch tygodniach od przyjęcia pacjenta na oddział, kiedy jego stan się ustabilizował. W badaniu posłużono się następującymi metodami diagnostycznymi: wywiad i obserwacja, test inteligencji, test pamięci wzrokowej Bentona, kwestionariusz osobowości, test zdań niedokończonych Rottera wersja dla młodzieży. Stwierdzono prawidłowy przebieg myślenia pod względem formalnym. Pacjent wykazywał prawidłową zdolność do abstrahowania i symbolizacji. Jego sprawność poznawcza znajdowała się na poziomie przeciętnym. Zaznaczyły się istotne różnice pomiędzy skalą słowną a bezsłowną, na korzyść skali werbalnej. Na poziomie przeciętnym plasowało się rozumienie werbalne, organizacja percepcyjna, pamięć i odporność na dystraktory. Zdolność rozumienia arytmetycznego zachowana była u badanego na poziomie niższym od przeciętnego. Zdolność uczenia się nowych informacji oraz zdolności w zakresie fluencji słownej plasowały się na poziomie przeciętnym. Osłabione były funkcje wykonawcze i pamięć operacyjna prawdopodobnie w związku osłabieniem zdolności przełączania uwagi lub w związku ze wzmożoną męczliwością. Pojawiały się również perseweraacje. Test Benton wskazywał na obniżenie funkcji spostrzeżeniowo – pamięciowych najprawdopodobniej o charakterze czynnościowym.

Wyniki badania psychologicznego koncentrujące się na funkcjonowaniu emocjonalno-motywacyjnym wykazały, że pacjent doświadcza podwyższonego nastroju, podekscytowania. Odczuwał euforię,

prezentował podwyższoną samoocenę, angażował się w liczne działania poprzez wysoką aktywność, wykazywał skłonność do ryzykownych zachowań związanych z substancjami psychoaktywnymi i alkoholem oraz narażaniem życia, towarzyszyła temu łatwość nawiązywania kontaktów z ludźmi. Prezentował obniżone łaknienie oraz brak zapotrzebowania na sen. Całość badania psychologicznego wskazywała na nadal utrzymujące się cechy nadpobudliwości psychoruchowej oraz dominujący podwyższony nastrój i dezorganizowanie w zachowaniu. Objawy te wykraczały poza uwarunkowania psychologiczne i poważnie zaburzały funkcjonowanie psychospołeczne pacjenta.

Dyskusja

Rozpoznanie ChAD u młodzieży jest procesem trudnym. Istnieją pewne różnice w obrazie klinicznym epizodów manii i depresji u młodych pacjentów w porównaniu z dorosłymi. Diagnozowanie ChAD opiera się na tych samych kryteriach jakie stosuje się wobec dorosłych. Zwraca jednak uwagę inna niż u osób dorosłych ekspresja symptomów oraz dynamika procesu chorobowego [30]. Epizodowi manii u młodzieży mogą towarzyszyć objawy nietypowe (zmiany nastroju i pobudzenie psychoruchowe mają najczęściej charakter przejściowy), drażliwość oraz zachowania buntownicze występują częściej niż wzmożony nastrój, wśród zachowań ryzykownych najczęściej występuje skłonność do bójek i niebezpiecznych zabaw oraz zachowania o charakterze seksualnym [29]. Powodują one poważne zaburzenia funkcjonowania psychospołecznego społecznego (problemy rodzinne i szkolne).

Przedstawiony opis przypadku wskazuje na epizod maniackalny w przebiegu ChAD u pacjenta ze współistniejącymi ADHD i ODD. Wiele objawów występujących u chłopca już we wcześniejszym okresie (nadruchliwość, impulsywność i deficyty uwagi (ADHD) oraz nasilone zachowania negatywistyczne, buntownicze i prowokujące z nieposłuszeństwem (ODD), nakłada się na aktualne objawy manii. Dalsze utrzymywanie się objawów ADHD i ODD nie wyjaśnia jednak występujących obecnie u badanego: wzmożonego nastroju, euforii, wielomówności, licznych pomysłów, które są chaotyczne i wielowątkowe oraz wiążą się z podwyższoną oceną własnych możliwości.

W początkowym okresie pobytu w szpitalu pacjent był niezdolny do interakcji społecznych z innymi. Był zbuntowany, opozycyjny, cechowało go rozdrażnienie i napięcie emocjonalne bez wyraźnego powodu. Nie mógł się skoncentrować, wykazywał cechy nadmiernego pobudzenia. Po zastosowanym leczeniu – normotymicznym (Valproinian sodu) uzyskano wyrównanie nastroju, napędu psychoruchowego i rytmów

dobowych. Obserwowano częstsze podejmowanie współpracy z personelem i nawiązywanie relacji z innymi pacjentami, był bardziej uważny, kontrolował swoje zachowania emocjonalne. Wypisany z oddziału z zaleceniem dalszego leczenia ambulatoryjnego oraz kontynuowania oddziaływań psychoterapeutycznych i psychoedukacyjnych.

Wnioski

Chłopiec ma wieloletnią historię leczenia psychiatrycznego, w dzieciństwie rozpoznano u niego nadpobudliwość psychoruchową i zaburzenia opozycyjno-buntownicze. Jego aktualne objawy wskazują na epizod maniackalny w przebiegu ChAD. Ze względu na obciążenie okołoporodowe, współwystępowanie ADHD i ODD, słabe wsparcie ze strony rodziny oraz przyjmowanie środków psychoaktywnych pacjent wymaga dalszej obserwacji. Także uwarunkowania rodzinne utrudniające sprawowanie ról rodzicielskich (depresja matki, nadużywanie alkoholu przez ojca, okazjonalny kontakt ojca z pacjentem, uzależnienie od narkotyków jednego z braci) mogą wpływać na dalsze utrzymywanie się objawów. W diagnostyce różnicowej należy również uwzględnić ryzyko nieprawidłowego rozwoju osobowości (w kierunku osobowości typu borderline lub dysocjalnej). Specyficzne cechy adolescencji obejmujące wahania nastroju, rezonerstwo, bunt wobec autorytetów, dążenie do uniezależnienia się i do określenia własnej tożsamości, tendencję do przesady i do natychmiastowego rozładowania napięcia emocjonalnego oraz dużą dynamikę zmian mogą utrudniać proces diagnostyczny i ustalenie dalszego rokowania. Pacjent wymaga dalszego leczenia farmakologicznego, jak również objęcia pomocą psychologiczną indywidualną, rodzinną i psychoedukacją.

Conflict of interest

The authors have declared no conflict of interest.

References:

1. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva 1992: World Health Organization.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5). American Psychiatric Publishing: Arlington 2013.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV). American Psychiatric Publishing: Washington 2000.
4. <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en>
5. Miernik-Jaeschke M, Namysłowska I. Choroba afektywna dwubiegunowa u dzieci i młodzieży. Medycyna Praktyczna; cytowana 23.11.2016. Dostępna z: <http://www.mp.pl>.
6. Fristad MA, Nick EA. Bipolar disorder during childhood and adolescence. W: De Rubeis R.J, Strunk D.R. red., The Oxford Handbook of Mood Disorders. Oxford-New York; Oxford University Press: 2017: 287-298.

7. Van Meter AR, Moreira ALR, Youngstrom EA. Meta-analysis of epidemiologic studies of pediatric bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2011; 72 (9): 1250-56.
8. Goetz M, Novak T, Vesela M, Hlavka Z, Brunovsky M, Povazan M, et al. Early stages of pediatric bipolar disorder: retrospective analysis of a Czech inpatient sample. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015; 11: 2855-2864.
9. Goldstein BI, Strober M, Axelson D, Goldstein TR, Gill MK, Hower H, et al. Predictors of first-onset substance use disorders during the prospective course of bipolar spectrum disorders in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013; 52 (10): 1026-37.
10. Stringaris A, Santosh P, Leibenluft E, Goodman R. Youth meeting symptom and impairment criteria for mania-like episodes lasting less than four days: an epidemiological enquiry. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009; 51(1): 31-38.
11. Birmaher B. Bipolar disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*. 2013; 18 (3): 140-148.
12. Souza-Queiroz J, Boisgontier J, Etain B, Poupon C, Duclap D, d'Albis MA, et al. Childhood trauma and the limbic network: a multimodal MRI study in patients with bipolar disorder and controls. *J Affect Disord*. 2016; 200: 159-164.
13. Rabe-Jabłońska J. Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. W: Namysłowska I. red., *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa; Wyd. Lekarskie PZWL: 2011: 324-335.
14. Marangoni C, De Chiara L, Faedda GL. Bipolar disorder and ADHD: Comorbidity and diagnostic distinctions. *Curr Psychiatry Rep*. 2015; 17 (8): 604.
15. Birmaher B, Axelson D, Strober M, Gill MK, Yang M, Ryan N, et al. Comparison of Manic and Depressive Symptoms between Children and Adolescents with Bipolar Spectrum Disorders. *Bipolar Disord*. 2009; 11 (1): 52-62.
16. Galanter CA, Leibenluft E. Frontiers between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2008; 17: 325-346.
17. Leibenluft E. Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *Am J Psychiatry*. 2011; 168, 129-142.
18. Kutcher M. Dzieci z zaburzeniami łączonymi. Warszawa: LIBER; 2007.
19. Costello EJ, Foley DL, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders, II: developmental epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006; 45: 8-25.
20. Brzozowska A., Wolańczyk T. Zaburzenia nastroju u dzieci. W: Wolańczyk T, Komender J. red., *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*. Warszawa; Wyd. Lekarskie PZWL: 2005: 126-146.
21. Mick E, Biedermann J, Pandina G, Faraone SV. A preliminary meta-analysis of the child behavior checklist in pediatric bipolar disorder. *Biol Psychiatry*. 2003; 53 (11): 1021-27.
22. Axelson DA, Birmaher B, Strober MA, Goldstein BI, Ha W, Gill MK, et al. Course of subthreshold bipolar disorder in youth: diagnostic progression from bipolar disorder not otherwise specified. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011; 50 (10): 1001-16.
23. Nieto RG, Castellanos FX. A meta-analysis of neuropsychological functioning in patients with early onset schizophrenia and pediatric bipolar disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2011; 40: 266-280.
24. Krysiak-Rogała K., Jernajczyk W. Zaburzenia snu u dzieci i młodzieży z zaburzeniami i chorobami psychicznymi – zaburzenia afektywne i lękowe. *Psychiatr. Pol*. 2013; 47 (2): 303-312.
25. Łojko D, Suwalska A, Rybakowski J. Dwubiegunowe zaburzenia nastroju i zaburzenia depresyjne w klasyfikacji DSM-5. *Psychiatr. Pol*. 2014; 48 (2): 245-260.
26. Birmaher B, Williamson DE, Dahl RE, Axelson DA, Kaufman J, Dorn LD, et al. Clinical presentation and course of depression in youth: does onset in childhood differ from onset in adolescence? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 43 (1): 63-70.
27. Yorbik O, Birmaher B, Axelson D, Williamson DE, Ryan ND. Clinical characteristics of depressive symptoms in children and adolescents with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65 (12): 1654-59.
28. Angst J, Azorin JM, Bowden CL, Perugi G, Vieta E, Gamma A, et al. Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the BRIDGE study. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68 (8): 791-798.
29. Maalouf FT, Porta G, Vitiello B, Emslie G, Mayes T, Clarke G, et al. Do sub-syndromal manic symptoms influence outcome in treatment resistant depression in adolescents? A latent class analysis from the TORDIA study. *J Affect Disord*. 2012; 138: 86-95.
30. Nikiel T, Grygo M. Trudności w rozpoznawaniu i leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej u dzieci – część I: Implikacje teoretyczne. *Psychiatria i psychoterapia* 2008; 4 (1): 3-12.

Corresponding author

Dr n. med. Izabela Chojnowska-Ćwiakła
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach,
Collegium Medicum
izabela.chojnowska-cwiakala@ujk.edu.pl

Otrzymano: 05.06.2020
Zrecenzowano: 26.06.2020
Przyjęto do druku: 29.06.2020