

Rafał Szmajda<sup>1</sup>, Aleksandra Lewandowska<sup>2</sup>, Agnieszka Gmitrowicz<sup>1</sup>

## Doznania podobne do psychotycznych w przebiegu zaburzeń zachowania – opis przypadku

### Psychotic-like experiences in conduct disorders – a case report

<sup>1</sup> Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska

<sup>2</sup> Oddział Psychiatryczny dla Dzieci, Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi, Łódź, Polska

Adres do korespondencji: Rafał Szmajda, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Czechosłowacka 8/10 (bud. B-1: Psychiatria), 91-738 Łódź, tel.: +48 795 009 696, e-mail: rafalszmajda87@gmail.com

#### Streszczenie

Objawy psychotyczne u dzieci i młodzieży to ważny i zarazem interesujący temat. Współczesne kryteria zaburzeń psychicznych, zawarte w ICD-10 czy DSM-5, w oczywisty sposób nie wyczerpują bogactwa psychopatologii i nie są w stanie w pełni opisać przeżyć pacjenta. W psychiatrii dzieci i młodzieży różnicowanie doznań psychotycznych jest szczególnie istotne. Szereg fenomenów, które można zakwalifikować jako psychotyczne, występuje jako wariant normy lub, jak wynika z opracowań, nie ma znaczenia klinicznego. Niniejsza praca opisuje przypadek adolescenta, u którego przy bezrefleksyjnym traktowaniu kryteriów łatwo można rozpoznać schizofrenię, jednak pogłębienie wywiadu i obserwacji pozwoliło dostrzec fenomenologię objawów psychotycznych w przebiegu zaburzeń zachowania. W artykule omówiono diagnostykę różnicową, która w analizowanym przypadku doprowadziła do ustalenia rozpoznania z kręgu zaburzeń dysocjacyjnych oraz zaburzeń zachowania.

**Słowa kluczowe:** psychiatria młodzieżowa, zaburzenia zachowania, zaburzenia psychotyczne, diagnostyka różnicowa

#### Abstract

Psychotic symptoms in children and adolescents are an important and, at the same time, interesting issue. Current ICD-10 and DSM-5 criteria for mental disorders obviously fail to exhaust the richness of psychopathologies and to fully describe patient's experiences. Differentiation of psychotic experiences is of particular importance in pediatric psychiatry. A number of phenomena that can be classified as psychotic either occur as a variant of normal or, as reported in studies, have no clinical significance. We describe a case of an adolescent who, with a thoughtless use of criteria, could have been easily diagnosed with schizophrenia; however, a more thorough interview and observation allowed for identification of the phenomenology of psychotic symptoms in the course of conduct disorders. The paper discusses the differential diagnosis, which allowed for the diagnosis of dissociative and conduct disorders in the described patient.

**Keywords:** adolescent psychiatry, conduct disorders, psychotic disorders, differential diagnosis

## WSTĘP

W swojej codziennej praktyce psychiatry dzieci i młodzieży często spotykają się z objawami psychotycznymi – wytwórczymi, które nie zawsze są związane z rozwojem procesu chorobowego pod postacią schizofrenii czy choroby afektywnej. W przypadku małego pacjenta, który zaczął prezentować objawy psychotyczne, istotne jest jak najszybsze postawienie diagnozy różnicowej na podstawie danych z wywiadu rodzinnego, rozwojowego i dotyczącego sytuacji traumatycznych. Wiodącą przesłanką jest ustalenie, czy istnieje konieczność wdrożenia leczenia przeciwpsychotycznego. Z badań wynika jednoznacznie, że im dłuższy okres nieleczony psychozy, tym mniej pomyślne rokowanie (Owens *et al.*, 2010). Odnosi się to przede wszystkim do rozpoznania prodromu schizofrenii, określanego jako zespół bardzo wysokiego ryzyka psychozy (*ultra-high risk syndrome*, UHR) lub zagrażający stan psychiczny (*at risk mental state*). W klasyfikacji DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) znalazły się propozycje kryteriów zespołu łagodnej psychozy (*attenuated psychosis syndrome*), które zakładają występowanie w ostatnim miesiącu przynajmniej raz na tydzień urojeń i/lub omamów, i/lub zdeorganizowanych wypowiedzi o niewielkim nasileniu, ze względu na zachowaną oceną rzeczywistości – na tyle dokuczliwych lub utrudniających funkcjonowanie, że wymagają uwagi klinicznej (American Psychiatric Association, 2013). Najistotniejsze dla diagnozy wydaje się wykluczenie podłoża reaktywnego. Według kryteriów UHR w obrazie słabych objawów psychotycznych (*attenuated psychotic symptoms*) powinien występować, z nasileniem subklinicznym, przynajmniej jeden z następujących objawów: nastawienie odnoszące, dziwaczne przekonania lub myślenie magiczne, zaburzenia percepcji, nastawienie paranoiczne, zaburzenia myślenia, dziwaczne zachowanie, mowa lub wygląd. Jak jednak pokazują najnowsze badania, nawet co czwarta osoba w populacji ogólnej może w swoim życiu doświadczyć doznań podobnych do psychotycznych (*psychotic-like experiences*, PLE) (Bourgin *et al.*, 2020).

W grupie pacjentów w wieku rozwojowym omamy słuchowe i wzrokowe mogą się pojawić w przebiegu zaburzeń lękowych, zespołu stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder*, PTSD), a nawet zaburzeń zachowania (Anketell *et al.*, 2010; Garralda, 1984; Rabe-Jabłońska i Pawełczyk, 2013). Istnieje cała grupa halucynacji słuchowych niemających znaczenia klinicznego (Rabe-Jabłońska i Pawełczyk, 2013). Przykładem objawów, które mogą uchodzić za wytwórcze, ale mają charakter normy rozwojowej, jest występowanie u dzieci w wieku 5–12 lat niewidzialnego przyjaciela (Bartels-Velthuis *et al.*, 2010; Rabe-Jabłońska i Pawełczyk, 2013; Taylor *et al.*, 1993).

W przedstawionym poniżej przypadku halucynacje początkowo sugerowały zespół paranoiczny, jednak okoliczności, czas trwania symptomów, a także brak innych objawów, w tym rozszczepionych, spowodowały rewizję rozpoznania. Celem pracy jest prezentacja postępowania

diagnostycznego i rozpoznania różnicowego u nastoletniego pacjenta z uwzględnieniem nowej kategorii diagnostycznej z DSM-5. Dane pacjenta zostały zmienione w sposób uniemożliwiający jego identyfikację.

## OPIS PRZYPADKU

Chłopiec lat 13, dotychczas nieleczony psychiatrycznie, został przyjęty w trybie nagłym z powodu zachowań agresywnych. Jak wynikało z relacji opiekunów (matki i ojczyma), w dniu przyjęcia wziął siekierę i wypowiadał groźby agresji i autoagresji. Podczas pierwszego badania chłopiec chętnie zgłosił się do gabinetu i zajął wskazane miejsce. Już na początku rozmowy relacjonował spotkania z niewidzialnym przyjacielem o imieniu Timi, który namawia go do „złych rzeczy” – w dniu przyjęcia miał namawiać chłopca do obciążenia sobie ręki. Timi pojawił się około miesiąca wcześniej i powracał okresowo, głównie w sytuacjach stresujących. W ciągu miesiąca zdarzyło się to około 3 razy, a pacjent był przekonany o istnieniu Timiego przez nie więcej niż 15–20 minut. Opisywał, że słyszał „z uszu” chłopięcy głos. Nigdy nie widział Timiego, nie umiał opisać, jak on wygląda.

W trakcie pierwszego badania pacjent był w miernie obniżonym nastroju i sprawiał wrażenie nieco wylęknionego. Afekt był żywy i dostosowany, sen i apetyt – w normie. Chłopiec zgłosił, że od miesiąca ma problemy z koncentracją. Relacjonował, iż czasem słyszy rozmowy, kiedy nikogo nie ma w pobliżu, ale później na ogół nie pamięta ich treści. Miał wrażenie, że inni ciągle go obserwują i coś o nim wiedzą. Zaprzeczał urojeniom zabierania, nasyłania i ugłosnienia myśli. Negował urojenia kontroli. Przeczył halucynacjom wzrokowym. Dało się zauważyć, że w różny sposób opowiada o swoich objawach różnym badającym: lekarzowi prowadzącemu, ordynatorowi, psychologowi.

Z wywiadu rozwojowego i wczesnodziecięcego wynikało, iż pacjent przyszedł na świat z ciążą drugiej i porodu drugiego. Został urodzony siłami natury, o czasie. Otrzymał 9 punktów w skali Apgar, masa urodzeniowa wynosiła 2700 g, a długość ciała – 48 cm. Kamienie milowe osiągnął o czasie. W rodzinie nie występowały choroby psychiczne ani samobójstwa. Trening czystościowy chłopiec ukończył w wieku 2 lat. Uczęszczał do żłobka, przedszkola, szkoły. Według swojej relacji miał drobne problemy z zachowaniem. Nie chorował, nigdy nie doznał urazu głowy. Miał dużo kolegów, ale nigdy nie lubił mówić o sobie. Jeśli za kims nie przepadał, nie rozmawiał z tą osobą. Nie powtarzał klas, uczył się przeciętnie. W przeszłości nie był dzieckiem fantazującym, nie miał wcześniej niewidzialnego przyjaciela. Lubił zabawy związane z wcielaniem się w role. Dotychczasowe funkcjonowanie nie sugerowało całościowych zaburzeń rozwoju.

Ani autoanamneza, ani wywiad rodzinny nie potwierdzały epizodów wzmożonego nastroju połączonego z bezsennością, wielkościowym nastawieniem i wysoką samooceną. Nie wskazywały także na występowanie epizodów obniżonego nastroju. Wstępnie wykluczono rozwój choroby afektywnej dwubiegunowej.

Opiekunowie zrobili chłopcu testy narkotykowe – wyniki były ujemne. Podejrzewali, że mógł mieć kontakt z substancjami psychoaktywnymi (SPA): „Podobno koledzy częstowali go dopalaczami”. Wykonany w oddziale test na obecność SPA dał wynik ujemny. W badaniu internistycznym i neurologicznym nie stwierdzono odchyień od normy. Wyniki badania elektrokardiograficznego (EKG) i elektroencefalograficznego (EEG) były prawidłowe. Podczas hospitalizacji pacjent funkcjonował bez większych zastrzeżeń. Współpracował z personelem i przestrzegał regulaminu oddziału. Jedynie okresowo był arogancki, zdarzały się również drobne incydenty związane z dokuczaniem młodszemu współpacjentom.

Chłopiec miał dobry kontakt z rówieśnikami, nie izolował się. Nie prezentował zaburzeń spostrzegania, w tym halucynacji, ani formalnych zaburzeń myślenia. Był pogodny i żywy afektywnie. Początkowo prowadzono obserwację w kierunku zespołu paranoidalnego, nie zdecydowano się na włączenie leczenia przeciwpsychotycznego. Już w 3. dniu hospitalizacji pacjent przestał zgłaszać objawy wytwórcze. Uzupełniony przez rodzinę wywiad wskazał na problemy prawne chłopca: toczyło się postępowanie związane z poważnym zniszczeniem mienia, którego miał on dokonać (został rozpoznany na monitoringu). Pacjent był objęty nadzorem kuratorskim. W toku pogłębionego wywiadu ustalono szereg nieprawidłowych zachowań: w chwilach gniewu chłopiec trząskał drzwiami i oknami, celowo potłukł porcelanę matki, zatrzasnął się w domu, kiedy został sam. Zdaniem opiekunów robił to wszystko umyślnie i „na złość”. Trzy lata wcześniej w sylwestra dostał ataku szału, zaczął biec przed siebie i mówił, że chce skakać z dachu. Ojczym podawał, że „zadziałal prowokacyjnie” i chciał go tam zaprowadzić – w rezultacie chłopiec zrezygnował ze swoich zamiarów. Gdy matka przyznała się nauczycielom, że syn popala papierosy, zaczął ją nazywać „konfidentem”. Próbował wymuszać od mamy pieniądze na swoje zachcianki. Od przynajmniej 2 lat prezentował postawę buntowniczą, bywał złośliwy i mściwy, w szkole często negował autorytet nauczycieli i wychowawcy. Miewał wybuchy złości i agresji. W dniu przyjęcia ponownie próbował wymusić od matki drobną kwotę. Kiedy spotkał się z odmową, wpadł w szał, był bardzo pobudzony. To wtedy zaczął grozić, że poobcina sobie ręce siekierą.

Skonfrontowany z powyższymi faktami, pacjent zaczął wiązać pojawienie się Timiego ze swoją obiektywnie trudną sytuacją. Wielokrotnie dopytywany o objawy wytwórcze, mówił, że „Timi już odszedł”. Nie bez znaczenia pozostawała sytuacja rodzinna: chłopiec od pierwszych miesięcy życia wychowywał się z matką i ojczymem, nigdy nie miał kontaktu z biologicznym ojcem. Uważał ojczyma za ojca biologicznego – co zmieniło się w ciągu 2 tygodni poprzedzających hospitalizację. Z powodu kłótni i separacji matki i ojczyma pacjent poznał prawdę. Wywołało to jego złość oraz wzrost impulsywności i drażliwości, które osiągnęły punkt kulminacyjny tuż przed przyjęciem do szpitala.

W oddziale przeprowadzono diagnozę psychologiczną. Badania psychometryczne nie wskazywały na istniejącą patologię, ale nie wykluczyły też jednoznacznie symulacji.

Pacjent został objęty terapią indywidualną i grupową. Odbyły się konsultacje w ramach terapii rodzin. W czasie hospitalizacji matka i ojczym chłopca zakończyli separację, co mogło mieć związek z szybką poprawą jego zachowania. W toku hospitalizacji nie podjęto decyzji o stosowaniu leczenia przeciwpsychotycznego. Pacjent został wypisany do domu w wyrównanym nastroju i prawidłowym napędzie, bez objawów psychotycznych, myśli suicydalnych i autoagresywnych, z zaleceniem dalszej opieki w warunkach ambulatoryjnych. Ostatecznie rozpoznano inne objawy dysocjacyjne (konwersyjne) i opozycyjno-buntownicze zaburzenia zachowania.

## OMÓWIENIE

Według ostatnich doniesień w populacji ogólnej nawet 26,7% osób może doświadczać objawów wytwórczych, których obecność silnie koreluje z obecnością zaburzeń psychicznych (Bourgin *et al.*, 2020).

Jak wynika z badań, halucynacje słuchowe mogą występować u 5–16% ludzi w okresie dzieciństwa i adolescencji (Askenazy *et al.*, 2007; Bartels-Velthuis *et al.*, 2010). Część takich halucynacji stanowi szeroko pojętą normę rozwojową; inne, choć nie są zaliczane do normy, uważa się za objawy bez znaczenia klinicznego. Badania pokazują, że dzieci z zaburzeniami zachowania doświadczają zarówno bardziej przewlekłych, jak i poważniejszych halucynacji słuchowych – podobne doniesienia pojawiały się już w latach 80. XX wieku (Garralda, 1984). W literaturze przedmiotu jeszcze w okresie przed II wojną światową istniało pojęcie ejdetyzmu, czyli specyficznego usposobienia dzieci do odtwarzania w wyobraźni widzianych wcześniej obrazów. Obrazy te pojawiają się w polu widzenia z pełnym natężeniem szczegółów i można powiedzieć, że u dzieci zaciera się granica między rzeczywistością spostrzeżeń a wyobrażeniami. Jednak w opisanym przypadku najbardziej charakterystycznym objawem były pseudohalucynacje słuchowe, więc o przeżyciach ejdetycznych nie może być mowy.

U prezentowanego pacjenta wykluczono całościowe zaburzenia rozwoju (*autism spectrum disorder*, ASD). Dzieci i młodzież z ASD mogą mieć dość bogaty świat fantazji, a z uwagi na charakter zaburzeń doświadczają problemów z jednoznacznym odróżnieniem świata realnego od wyobrażonego. W omawianym przypadku istotne było uwzględnienie różnych koncepcji dotyczących źródła zgłaszanych objawów. Nie dało się wykluczyć świadomej symulacji objawów. Charakter relacjonowanych przez pacjenta doznań najbardziej odpowiadał pseudohalucynacjom słuchowym o charakterze imperatywnym, ale także komentującym. Chłopiec próbował tłumaczyć te doznania pojawianiem się niewidzialnego przyjaciela, którego obecność czuł. Wymienione objawy wytwórcze sugerują pierwszy epizod schizofrenii paranoidalnej, w ramach nadal obowiązującej klasyfikacji ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10<sup>th</sup> revision) nazywanej też zespołem paranoidalnym. Obserwacja w kierunku zespołu paranoidalnego nie potwierdziła podejrzeń. Pacjent nie

spełniał kryteriów ICD-10, zgodnie z którymi objawy zespołu paranoidalnego utrzymują się przez większość czasu co najmniej przez miesiąc (World Health Organization, 1993).

Szybkie ustąpienie objawów pozytywnych i brak objawów negatywnych sugerowały czynnościowe podłoże zaburzeń. Obserwacja stanu psychicznego i wywiad nie dostarczyły danych upoważniających do rozpoznania zaburzenia afektywnego dwubiegunowego (*bipolar disorder*, BPD). Nie występowały epizody maniakalne ani depresyjne. Nie było także stanów sugerujących epizod mieszany. Rozpoznanie zaburzenia afektywnego dwubiegunowego u dzieci i młodzieży budzi kontrowersje wśród współczesnych badaczy i klinicystów. Dotychczas nie ustalono też jednoznacznie, czy istnieją (a jeśli tak, to jak wyglądają) stany prodromalne BPD. Potwierdzono jednak występowanie przejściowych stanów psychotycznych w przebiegu choroby (Cichoń *et al.*, 2020).

Nie bez znaczenia pozostawała sytuacja rodziny pacjenta, która w ostatnim czasie istotnie się pogorszyła (ze względu na separację rodziców i ujawnienie tajemnic). Uzupełnienie wywiadu wskazywało, że chłopiec ma kuratora (problemy z zachowaniem), a niedawno uwikłał się w sprawę niszczenia mienia szkoły. Pewnym tropem mogącym sugerować etiologię objawów wytwórczych są badania nad związkiem objawów psychotycznych z przeżytą traumą. Badacze (Kelleher *et al.*, 2008) wykazali związek między nadużyciem fizycznym, przemocą domową lub przemocą rówieśniczą a objawami wytwórczymi. Nastolatkiwce prezentujący takie objawy istotnie częściej relacjonowali wymienione wyżej doświadczenia traumatyczne. Stres jest jednak zjawiskiem subiektywnym, którego doświadczanie zależy od indywidualnej podatności, a u nastolatków koreluje z częstszym doświadczaniem objawów podobnych do psychotycznych (Turley *et al.*, 2019).

Zarówno w klasyfikacji DSM-5, jak i w ICD-10 zawarto kryteria dla dwóch zjawisk: schizotypii i osobowości schizoidalnej. Podczas gdy autorzy DSM obie kategorie diagnostyczne włączyli do typu zaburzeń osobowości, w ICD-10 występuje osobowość schizoidalna oraz zaburzenie podobne do schizofrenii (typu schizofrenii, czyli właśnie schizotypia). Osobowość schizoidalna opisywana jest w rozdziale dotyczącym zaburzeń osobowości, natomiast schizotypię włączono do grupy zaburzeń z kręgu schizofrenii (rozdział z zaburzeniami kodowanymi od F20 do F29). Nie wnikając w rozróżnienie tych fenomenów psychopatologicznych, należy podkreślić, że obydwa pojęcia opisują stany o dość nieostrym, nieustalonym w czasie początku, związane ze specyficznym funkcjonowaniem społecznym jednostki. W prezentowanym przypadku mamy zaś do czynienia z wyraźnie umiejscowionym w czasie wystąpieniem objawów – a zarazem z brakiem zachowań wskazujących na inne cechy funkcjonowania odpowiadające powyższym kategoriom diagnostycznym.

W kontekście etiologii objawów wytwórczych u dzieci i młodzieży na wyróżnienie zasługują jeszcze dwa, nieujęte w klasyfikacjach terminy: *pseudologia fantastica* (także „mitomania”, „kłamstwo patologiczne”) oraz *maladaptive daydreaming*.

Pierwszy termin dotyczy częstego, nawykowego kłamania, opowiadania zmyślonych historii, które przedstawiają osobę kłamiącą w korzystnym świetle. Typowe kłamstwo patologiczne nie jest całkowicie absurdalne. Zdaniem autorów niniejszej pracy, nawet jeśli zgłaszane przez pacjenta objawy wytwórcze były nieprawdziwe i chłopiec świadomie symulował, nie spełniało to kryteriów kłamstwa patologicznego. Nie występował bowiem charakterystyczny wzorzec nawykowych, powtarzających się kłamstw oraz brnięcia dalej w kłamstwo w razie konfrontacji z nieprawdziwością opowiadanych historii.

*Maladaptive daydreaming* – drugi z przytoczonych terminów, tłumaczony jako „dezadaptacyjne marzycielstwo” – polega na przeżywaniu bardzo żywych, intensywnych fantazji, które zakłócają codzienne funkcjonowanie jednostki. Epizody takie mogą się pojawiać z różną częstością i zazwyczaj mają czynnik spustowy (Greene *et al.*, 2020; Marcusson-Clavertz *et al.*, 2019; Schupak i Rosenthal, 2009; Somer *et al.*, 2020). Charakter zaburzeń opisywanych przez pacjenta nie wskazuje na *maladaptive daydreaming*.

Mając na uwadze powyższe wątpliwości, nie zdecydowano się na włączenie leczenia przeciwpsychotycznego. Pomimo braku farmakoterapii objawy ustąpiły. Być może dalsza obserwacja wykaże, że opisana sytuacja była paragnomenem, jednak nie zostały spełnione kryteria ryzykownego stanu psychicznego (*at risk mental state*), oznaczającego podwyższone ryzyko psychozy. W ramach ryzykownego stanu psychicznego wyróżnia się trzy grupy pacjentów (Fusar-Poli, 2017). Chłopiec nie spełniał kryteriów dla grupy 1., czyli nie miał dodatkowego wywiadu rodzinnego ani rozpoznania zaburzeń schizotypowych. Zgłaszane objawy nie spełniały również kryterium dla grupy 3. – grupy przemijających krótkotrwałych epizodów psychotycznych (*brief limited intermittent psychotic symptoms*, BLIPS). Zasadne wydawałoby się rozpoznanie z grupy 2. ryzykownego stanu psychicznego, czyli podprogowych objawów psychotycznych, lecz do spełnienia kryteriów zarówno z grupy 2., jak i 3. konieczne jest pogorszenie poziomu funkcjonowania o co najmniej 30% w minionym roku. Jak wykazały Remberk i wsp. (2012), stany psychotyczne spełniające kryteria zaburzeń z kręgu F20, F21, F23 według klasyfikacji ICD-10 mają w swoim obrazie objawy o charakterze negatywnym, określone na podstawie skali PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale).

W odniesieniu do ryzykownego stanu psychicznego nadal trwa dyskusja dotycząca stosowania leków przeciwpsychotycznych (LPP). Międzynarodowe Stowarzyszenie Wczesnej Psychozy (International Early Psychosis Association, IEPA) wyróżnia trzy sytuacje, w których należy pomyśleć o LPP: 1) nasiloną agresją i wrogością; 2) myśli samobójcze – przy nieskuteczności leczenia przeciwdepresyjnego; 3) gwałtowne pogorszenie stanu psychicznego. W opisywanym przypadku żadna z tych sytuacji nie miała miejsca. Zastosowane interwencje terapeutyczne przyniosły dobry skutek, odstąpiono więc od leczenia farmakologicznego. Niestety pacjent nie skorzystał z dalszej opieki psychiatrycznej ani psychoterapeutycznej, w związku z czym nie jest możliwa weryfikacja postawionych tez.

Przedstawiony tu przykład pokazuje, że kryteria, nawet najbardziej rozbudowane, mogą nie być wystarczające do opisu bogatej fenomenologii życia psychicznego człowieka. Burzliwy okres rozwojowy, jakim jest adolescencja, predysponuje do szeregu zjawisk, które nie pojawiają się w innych grupach wiekowych. W świetle powyższej analizy nawet diagnoza innych zaburzeń dysocjacyjnych jest dyskusyjna. Autorzy zachęcają do refleksji nad rozpoznawaniem psychoz u młodzieży, tak by nie doprowadzać do krzywdzącej pacjentów nadrozpoznowalności. Pytanie, czy autorzy niniejszej pracy zetknęli się z wczesnym przypadkiem psychozy, czy z symulacją, czy z objawami wytwórczymi w przebiegu zaburzeń zachowania, pozostaje otwarte.

### Konflikt interesów

*Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.*

### Piśmiennictwo

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5<sup>th</sup> ed., American Psychiatric Association, Arlington 2013.
- Anketell C, Dorahy MJ, Shannon M et al.: An exploratory analysis of voice hearing in chronic PTSD: Potential associated mechanisms. *J Trauma Dissociation* 2010; 11: 93–107.
- Askenazy FL, Lestideau K, Meynadier A et al.: Auditory hallucinations in pre-pubertal children. A one-year follow-up, preliminary findings. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007; 16: 411–415.
- Bartels-Velthuis AA, Jenner JA, van de Willige G et al.: Prevalence and correlates of auditory vocal hallucinations in middle childhood. *Br J Psychiatry* 2010; 196: 41–46.
- Bourgin J, Tebeka S, Mallet J et al.: Prevalence and correlates of psychotic-like experiences in the general population. *Schizophr Res* 2020; 215: 371–377.

- Cichoń L, Janas-Kozik M, Siwiec A et al.: Clinical picture and treatment of bipolar affective disorder in children and adolescents. *Psychiatr Pol* 2020; 54: 35–50.
- Fusar-Poli P: The Clinical High-Risk state for psychosis (CHR-P), version II. *Schizophr Bull* 2017; 43: 44–47.
- Garralda ME: Hallucinations in children with conduct and emotional disorders: I. The clinical phenomena. *Psychol Med* 1984; 14: 589–596.
- Greene T, West M, Somer E: Maladaptive daydreaming and emotional regulation difficulties: a network analysis. *Psychiatry Res* 2020; 285: 112799.
- Kelleher I, Harley M, Lynch F et al.: Associations between childhood trauma, bullying and psychotic symptoms among a school-based adolescent sample. *Br J Psychiatry* 2008; 193: 378–382.
- Marcusson-Clavertz D, West M, Kjell ONE et al.: A daily diary study on maladaptive daydreaming, mind wandering, and sleep disturbances: examining within-person and between-persons relations. *PLoS One* 2019; 14: e0225529.
- Owens DC, Johnstone EC, Miller P et al.: Duration of untreated illness and outcome in schizophrenia: test of predictions in relation to relapse risk. *Br J Psychiatry* 2010; 196: 296–301.
- Rabe-Jabłońska J, Pawełczyk A: Czy słuchowe słowne halucynacje mają zawsze znaczenie kliniczne? *Psychiatr Psychol Klin* 2013; 13: 76–82.
- Remberk B, Bogumił B, Namysłowska I: Retrospektywna analiza przebiegu epizodów psychotycznych u hospitalizowanej młodzieży. *Psychiatr Pol* 2012; 46: 511–521.
- Schupak C, Rosenthal J: Excessive daydreaming: a case history and discussion of mind wandering and high fantasy proneness. *Conscious Cogn* 2009; 18: 290–292.
- Somer E, Abu-Rayya HM, Brenner R: Childhood trauma and maladaptive daydreaming: fantasy functions and themes in a multi-country sample. *J Trauma Dissociation* 2020; 1–16. DOI: 10.1080/15299732.2020.1809599.
- Taylor M, Cartwright BS, Carlson SM: A developmental investigation of children's imaginary companions. *Dev Psychol* 1993; 29: 276–285.
- Turley D, Drake R, Killackey E et al.: Perceived stress and psychosis: the effect of perceived stress on psychotic-like experiences in a community sample of adolescents. *Early Interv Psychiatry* 2019; 13: 1465–1469.
- World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. World Health Organization, Geneva 1993.