

**Rola opieki farmaceutycznej w optymalizacji leczenia zaburzeń nastroju  
u młodzieży – analiza przypadku klinicznego**

mgr farm. Marta Paciej  
Praca w ramach specjalizacji z farmacji klinicznej  
**Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu**  
Kierownik specjalizacji: mgr farm. Tomasz Burycz

## 1. Wstęp

Pacjenci z zaburzeniami nastroju to wciąż szybko rosnąca grupa, wymagająca długotrwałej opieki oraz specjalnego podejścia, w kontekście której zagadnienia: przestrzeganie zaleceń lekarskich (*compliance*), realizacja zaleceń zgodna z ustalonym planem terapeutycznym (*adherence*) czy zgodność terapeutyczna oparta na partnerskiej relacji i wspólnym podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia (*concordance*) nabierają nowego znaczenia [7] a opieka farmaceutyczna może się przyczynić do poprawy efektów terapii. W tej grupie zaburzenia nastroju u dzieci i młodzieży stanowią istotny problem zdrowia publicznego, którego znaczenie systematycznie rośnie wraz ze wzrostem częstości występowania objawów depresyjnych, lękowych oraz zachowań autoagresywnych w populacji osób w wieku rozwojowym. Według danych epidemiologicznych, epizody depresyjne występują u kilku do kilkunastu procent nastolatków[3], a ich wczesny początek wiąże się z istotnym ryzykiem przewlekłego przebiegu choroby, nawrotów w wieku dorosłym oraz zwiększonej śmiertelności związanej z zachowaniami samobójczymi.[3]

Obraz kliniczny zaburzeń nastroju w wieku rozwojowym często różni się od postaci obserwowanych u dorosłych. Objawy mogą być niespecyficzne, zmienne w czasie i silnie modulowane przez czynniki środowiskowe, takie jak sytuacja rodzinna, funkcjonowanie szkolne czy relacje rówieśnicze. W konsekwencji proces diagnostyczny bywa utrudniony, a różnicowanie pomiędzy epizodem depresyjnym a wczesnymi postaciami choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD) pozostaje jednym z największych wyzwań klinicznych w psychiatrii dzieci i młodzieży.

Farmakoterapia zaburzeń nastroju w tej grupie wiekowej wymaga szczególnej ostrożności. Stosowanie leków przeciwdepresyjnych z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny oraz atypowych leków przeciwpsychotycznych musi uwzględniać odmienności farmakokinetyczne i farmakodynamiczne organizmu rozwijającego się, zwiększoną wrażliwość na działania niepożądane oraz ograniczoną liczbę badań klinicznych prowadzonych w populacji pediatrycznej[5], częste stosowanie leków off-label. Szczególne znaczenie ma monitorowanie działań niepożądanych o charakterze endokrynologicznym, metabolicznym i neurologicznym [13,14], które mogą istotnie wpływać na jakość życia pacjenta oraz długofalowe bezpieczeństwo leczenia. W tym kontekście coraz większą rolę przypisuje się opiece farmaceutycznej jako integralnemu elementowi procesu terapeutycznego.

Współczesne modele opieki zdrowotnej podkreślają znaczenie farmaceuty jako samodzielnego zawodu medycznego, odpowiedzialnego nie tylko za wydawanie produktów leczniczych, lecz również za analizę farmakoterapii, monitorowanie jej bezpieczeństwa oraz edukację pacjenta i jego opiekunów. Ustawa o zawodzie farmaceuty jednoznacznie wskazuje na obowiązek sprawowania opieki farmaceutycznej w sposób ciągły i ukierunkowany na poprawę skuteczności leczenia oraz minimalizację ryzyka działań niepożądanych. Szczególnym wyzwaniem w psychiatrii wieku rozwojowego pozostaje zapewnienie właściwej realizacji zaleceń do leczenia farmakologicznego. Młodzież często wykazuje trudności w systematycznym przyjmowaniu leków, co może wynikać z braku akceptacji diagnozy, obaw przed działaniami niepożądanymi, nieregularnego trybu życia czy presji środowiska szkolnego. W takich sytuacjach rola farmaceuty w identyfikowaniu barier terapeutycznych i wspieraniu przestrzegania zaleceń lekarskich nabiera szczególnego znaczenia.

## 2. Analiza przypadku klinicznego

Celem niniejszego studium przypadku jest przedstawienie długoterminowego przebiegu leczenia zaburzeń nastroju u pacjentki w wieku rozwojowym, z uwzględnieniem aspektów farmakoterapeutycznych, bezpieczeństwa stosowanych leków oraz praktycznego zastosowania opieki farmaceutycznej. Analiza przypadku ma na celu przedstawienie, w jaki sposób kompetencje farmaceuty, wynikające z obowiązujących regulacji prawnych, mogą zostać wykorzystane w codziennej praktyce klinicznej w celu poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia pacjentów psychiatrycznych.

### Kompetencje farmaceuty wynikające z ustawy o zawodzie farmaceuty

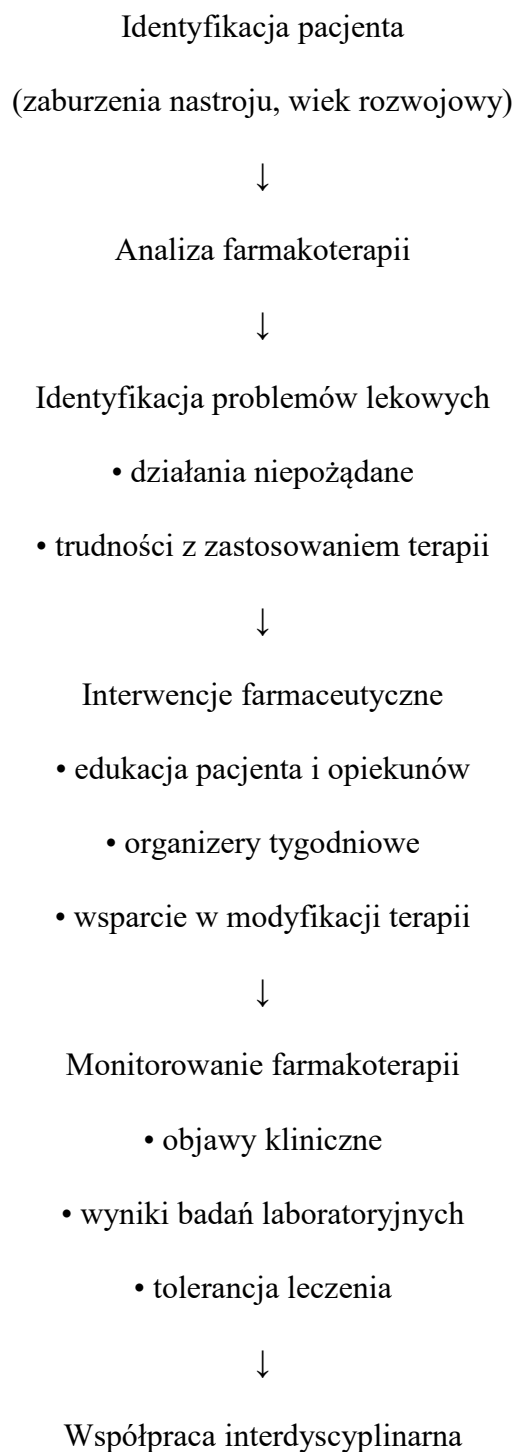
Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty definiuje farmaceutę jako samodzielny zawód medyczny, którego zadania obejmują ochronę zdrowia pacjenta poprzez świadczenie opieki farmaceutycznej, prowadzenie usług farmaceutycznych oraz współpracę z innymi zawodami medycznymi.

### Kluczowe kompetencje farmaceuty wynikające z ustawy o zawodzie farmaceuty w odniesieniu do studium przypadku

Kluczowa kompetencja farmaceuty	Znaczenie w praktyce klinicznej	Przykład realizacji w analizowanym przypadku
Sprawowanie opieki farmaceutycznej	Ciągłe świadczenie zdrowotne ukierunkowane na bezpieczeństwo i skuteczność terapii	Objęcie pacjentki długoterminową opieką farmaceutyczną w trakcie wielokrotnych zmian farmakoterapii
Analiza farmakoterapii	Ocena zasadności i bezpieczeństwa schematu leczenia	Analiza skojarzonego stosowania SSRI oraz atypowych leków przeciwpsychotycznych u pacjentki w wieku rozwojowym
Monitorowanie działań niepożądanych	Wczesne wykrywanie i ograniczanie powikłań leczenia	Identyfikacja hiperprolaktynemii i mlekotoku związanych ze stosowaniem risperidonu
Zapewnienie bezpieczeństwa farmakoterapii	Minimalizacja ryzyka błędów i powikłań lekowych	Wskazanie konieczności badań kontrolnych (prolaktyna, morfologia)
Edukacja pacjenta i opiekunów	Zwiększenie świadomości i akceptacji leczenia	Edukacja dotycząca działań niepożądanych oraz zasad regularnego przyjmowania leków
Wspieranie adherencji	Poprawa systematyczności przyjmowania leków	Zastosowanie tygodniowych organizatorów lekowych i dostosowanie godzin dawkowania
Współpraca interdyscyplinarna	Spójność procesu terapeutycznego	Przekazywanie lekarzowi informacji o tolerancji leczenia i objawach niepożądanych

<b>Kluczowa kompetencja farmaceuty</b>	<b>Znaczenie w praktyce klinicznej</b>	<b>Przykład realizacji w analizowanym przypadku</b>
Dokumentowanie opieki farmaceutycznej	Zapewnienie ciągłości i oceny skuteczności opieki	Prowadzenie dokumentacji działań farmaceutycznych w okresie 2-letniej obserwacji

Plan przeprowadzenia opieki farmaceutycznej:



farmaceuta – psychiatra – psycholog – opiekun



Ocena efektów terapii

- stabilizacja nastroju
- poprawa bezpieczeństwa leczenia



Kontynuacja lub modyfikacja opieki farmaceutycznej

Przedstawiony poniżej przypadek kliniczny ilustruje praktyczne zastosowanie tych kompetencji w obszarze psychiatrii wieku rozwojowego.

### **Opis przypadku**

Pacjentka, lat 12, w momencie pierwszej konsultacji psychiatrycznej, została skierowana do lekarza psychiatrii dzieci i młodzieży z powodu myśli samobójczych, obniżonego nastroju, zaburzeń snu oraz epizodów samouszkodzeń. Była to pierwsza w życiu konsultacja psychiatryczna.

### **Wywiad ogólny i rodzinny**

- obciążony wywiad rodzinny: depresja u matki, zaburzenia psychiczne u dziadka ojczystego
- niestabilna sytuacja rodzinna (rozpad związku rodziców, zmiany miejsca zamieszkania)
- trudności w relacjach rówieśniczych, wycofanie społeczne
- rozwój psychoruchowy prawidłowy
- brak chorób przewlekłych

### **Stan psychiczny przy pierwszej wizycie**

- nastrój obniżony
- myśli samobójcze bez tendencji realizacyjnych
- brak objawów psychotycznych
- orientacja i kontakt zachowane

Rozpoznano **epizod depresji umiarkowany (ICD-10: F32.1)** i włączono farmakoterapię.

### **Polskie Towarzystwo Psychiatryczne**

#### **Rekomendacje dotyczące leczenia depresji u dzieci i młodzieży**

publikowane w „Psychiatria Polska” [8] jednomyślnie z Amerykańskim Towarzystwem Psychiatrycznym wskazują: SSRI (fluoksetyna) jako lek pierwszego wyboru w depresji młodzieńczej. [9,10]

## Standardy leczenia choroby afektywnej dwubiegunowej w Polsce

(opracowania Sekcji Psychofarmakologii PTP) oraz Amerykańska Akademia Psychiatrii Dzieci i Młodzieży rekomendują atypowe neuroleptyki (risperidon/arypiprazol) w manii młodzieńczej. [11,12]

Jednocześnie wspomniane wyżej organizacje wskazują na konieczność monitorowania działań niepożądanych wyżej wymienionych leków oraz prowadzenia równoczesnej psychoterapii. [13,14]

**Tabela 1. Przebieg leczenia farmakologicznego (chronologicznie)**

Okres	Rozpoznanie	Lek	Dawka	Uwagi kliniczne
V–VI 2023	F32.1 łagodny epizod depresyjny	Fluoksetyna	10 → 30 mg/dobę	Poprawa nastroju, aktywizacja
VII–XII 2023	F32.1	Fluoksetyna	30 mg/dobę	Utrzymanie poprawy, zaburzenia snu
I–III 2024	nawracające wahania nastroju, zmiana kwalifikacji klinicznej	Fluoksetyna	30 mg/dobę	Epizod o charakterze maniakałnym
III 2024	F39 (obs. ChAD)	Risperidon (Orizon)	Od 1 mg/dobę do 3 mg/dobę	Senność, hiperprolaktynemia
III 2024	F39 (obs. ChAD)	Risperidon	3 mg/dobę	Zalecenie włączenia bromergonu w celu wyciszenia hiperprolaktynemii
III–VI 2024	F39 (obs. ChAD) zmiana leczenia	Arypiprazol (Apra) redukcja risperidonu	5–15 mg/dobę Redukcja dawki z 3 mg/dobę – 0 mg/dobę	Poprawa stabilności nastroju
VII–X 2024	F39 (obs. ChAD) stabilizacja nastroju	Arypiprazol	do 15 mg/dobę	Normalizacja prolaktyny
I–III 2025	F39 (obs. ChAD) nawroty objawów depresyjnych	Arypiprazol	do 30 mg/dobę	Senność, objawy wegetatywne
IV 2025 →	F39 (obs. ChAD)	Arypiprazol + sertralina	30 mg + 25 mg/dobę	Redukcja objawów depresyjnych

\* Źródło danych: dokumentacja medyczna i opis opieki farmaceutycznej

## Działania niepożądane i bezpieczeństwo farmakoterapii

W trakcie leczenia najtrudniejszymi momentami były radykalne zmiany w farmakoterapii, w których kluczowe było przygotowanie tygodniowych planów przyjmowania leków. Obserwowano liczne działania niepożądane, typowe dla stosowanych grup terapeutycznych związane zarówno z ich włączeniem, wysyceniem organizmu jak i redukcją stosowanej dawek.

Przykłady:

### Risperidon

- ✓ hiperprolaktynemia (454 ng/ml)
- ✓ mlekotok
- ✓ senność dzienna
- ✓ objawy pozapiramidowe (drżenia)

### Arypiprazol

- ✓ senność
- ✓ zawroty głowy
- ✓ hipotonia ortostatyczna
- ✓ drżenia rąk

### SSRI (fluoksetyna, sertralina)

- ✓ zaburzenia snu
- ✓ objawy żołądkowo-jelitowe
- ✓ wahania apetytu

Wystąpienie hiperprolaktynemii (454 ng/ml) mogło być nasilone przez wcześniejsze leczenie fluoksetyną i hamowanie CYP2D6 (pełne „wyplukanie” leku z organizmu może trwać nawet **3–5 tygodni** po odstawieniu a działanie farmakologiczne i potencjalne interakcje związane z hamowaniem CYP2D6 utrzymują się długo po zakończeniu terapii) co mogło prowadzić do zwiększenia stężenia risperidonu w osoczu. Było to przyczyną nasilenia działań niepożądanych zależnych od blokady receptorów D2 [5,12] takie jak senność i objawy wegetatywne, w tym hiperprolaktynemii.

Wdrożone postępowanie polegało na stopniowej modyfikacji farmakoterapii – przede wszystkim redukcji dawki risperidonu aż do jego całkowitego odstawienia oraz włączeniu aripiprazolu, który dzięki częściowemu działaniu agonistycznym wobec receptorów dopaminowych D2 wykazuje korzystny wpływ na poziom prolaktyny.

W efekcie tych działań uzyskano stopniową normalizację stężenia prolaktyny oraz poprawę tolerancji leczenia, bez konieczności stosowania dodatkowych leków korygujących (ograniczających mlekotok). Jednocześnie osiągnięto stabilizację stanu psychicznego pacjenta, co potwierdza zasadność indywidualizacji terapii oraz uwzględniania potencjalnych interakcji lekowych w planowaniu leczenia.

Prowadzono regularne badania laboratoryjne (morfologia, TSH, lipidogram, prolaktyna, EKG), zgodnie z zaleceniami psychiatry.

Przedstawiony przypadek ilustruje liczne, typowe trudności w leczeniu zaburzeń nastroju u pacjentów w wieku rozwojowym. Szczególną uwagę należy zwrócić na:

- dynamiczne zmiana obrazu klinicznego,
- kluczowe znaczenie współpracy pacjenta w procesie leczenia,
- trudności w kontakcie pacjenta z lekarzem ( opieka ambulatoryjna )
- ryzyko tendencji do nadmiernego diagnozowania w kierunku ChAD,
- edukację rodziców/opiekunów i wsparcie w procesie terapeutycznym wychowanka,
- wysoką częstość działań niepożądanych leków przeciwpsychotycznych,
- istotną rolę farmaceuty jako członka zespołu terapeutycznego.

Zgodnie z aktualnymi wytycznymi międzynarodowymi (Brytyjskiego Narodowego Instytutu Doskonałości Zdrowia i Opieki(NICE), Amerykańską Akademią Psychiatrii Dzieci i Młodzieży (AACAP), Kanadyjską Sieć ds. Leczenia Zaburzeń Nastroju i Lękowych/Międzynarodowym Towarzystwem Zaburzeń Afektywnych Dwubiegunowych(CANMAT/ISBD) farmakoterapia zaburzeń nastroju u młodzieży powinna być prowadzona ostrożnie, z minimalizacją dawek oraz systematyczną oceną bilansu korzyści i ryzyka.[4,10,12] Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia, szczególnie w zakresie działań metabolicznych i endokrynologicznych, stanowi element standardu postępowania.[13,14] Znaczenie współpracy lekarz – pacjent i modelu zgodności terapeutycznej w leczeniu psychiatrycznym podkreśla również piśmiennictwo.[7]

### **3. Wnioski**

Zaburzenia nastroju w wieku rozwojowym wymagają długoterminowej, dynamicznej oceny diagnostycznej. Przebieg kliniczny przedstawionego przypadku potwierdza, że obraz zaburzeń afektywnych u dzieci i młodzieży może ulegać istotnym zmianom w czasie. Objawy depresyjne, wahania nastroju oraz reakcje na stres środowiskowy mogą imitować wczesne stadia choroby afektywnej dwubiegunowej, co niesie ryzyko zarówno niedodiagnozowania, jak i nadrozpoznanie ChAD. Konieczna jest regularna weryfikacja rozpoznania w oparciu o długoterminową obserwację, a nie jednorazową ocenę kliniczną. Istotny element zespołowego modelu leczenia zaburzeń psychicznych stanowi opieka farmaceutyczna. W przedstawionym przypadku opieka farmaceutyczna przyczyniła się do zwiększenia bezpieczeństwa leczenia poprzez identyfikację działań niepożądanych, wsparcie w procesie modyfikacji terapii oraz edukację pacjentki i jej opiekunów. Rola farmaceuty nie ograniczała się do wydania leków, lecz obejmowała ciągłe monitorowanie farmakoterapii i współpracę z lekarzem, psychoterapeutą w celu oceny stanu pacjenta, prowadzącą do modyfikacji farmakoterapii. W praktyce klinicznej niezbędna jest

ściśła współpraca lekarza, farmaceuty, psychologa oraz opiekunów pacjenta. Przypadek ten pokazuje, że tylko interdyscyplinarne podejście pozwala na adekwatną ocenę stanu pacjenta, szybką reakcję na działania niepożądane oraz dostosowanie leczenia do zmieniających się potrzeb rozwojowych i psychospołecznych dziecka. Farmakoterapia w psychiatrii wieku rozwojowego powinna być prowadzona zgodnie z zasadą minimalnej skutecznej dawki. W analizowanym przypadku eskalacja dawek neuroleptyków II generacji, mimo poprawy w zakresie stabilizacji nastroju, wiązała się z wystąpieniem istotnych endokrynologicznych i metabolicznych działań niepożądanych. Wystąpienie hiperprolaktynemii z objawami klinicznymi (mlekokot) u pacjentki leczonej risperidonem potwierdza znane w literaturze ryzyko tego powikłania u dzieci i młodzieży.[6,12] Przypadek ten podkreśla konieczność rutynowego monitorowania parametrów laboratoryjnych (prolaktyna, profil lipidowy, glikemia), nawet przy stopniowej modyfikacji dawek oraz stałej oceny bilansu korzyści i ryzyka, zwłaszcza w terapii długoterminowej.

Zmiana farmakoterapii, która nastąpiła z powodu braku akceptacji dotychczasowego rozpoznania i zastosowanej farmakoterapii ze względu na liczne działania niepożądane, mimo korzystniejszego profilu metabolicznego, nie była wolna od działań niepożądanych. Zastosowanie aripiprazolu pozwoliło na normalizację stężenia prolaktyny i poprawę tolerancji leczenia, jednak przy wyższych dawkach pojawiły się objawy takie jak senność dzienna, zawroty głowy oraz objawy wegetatywne. Wskazuje to, że także leki o częściowym agonizmie receptorów dopaminowych nie są wolne od działań niepożądanych i również wymagają uważnej obserwacji klinicznej, szczególnie w populacji pediatrycznej. Kolejnym aspektem godnym uwagi jest akceptacja pacjenta proponowanego leczenia farmakologicznego, będąca kluczowym czynnikiem determinującym skuteczność terapii. Stanowi ona duży problem większości pacjentów niezależnie od jednostki chorobowej stąd jej dodatkowa waga u pacjentów z zaburzeniami nastroju. Trudności w systematycznym przyjmowaniu leków, obserwowane u pacjentki, które mogą wynikać z dużej liczby działań niepożądanych, pomimo nadzoru opiekunów, miały istotny wpływ na stabilizację efektu terapeutycznego. Problem ten jest szczególnie istotny u nastolatków, u których czynniki takie jak rytm dnia, presja szkolna czy brak akceptacji leczenia mogą znacząco obniżać skuteczność farmakoterapii.

Pomimo stosowania złożonych schematów farmakologicznych, istotny wpływ na przebieg choroby miały czynniki środowiskowe, takie jak zmiany miejsca zamieszkania, relacje rodzinne oraz funkcjonowanie szkolne. Potwierdza to, że leczenie zaburzeń nastroju w wieku rozwojowym powinno mieć charakter kompleksowy, a farmakoterapia nie powinna być jedyną formą interwencji, a psychoterapia i oddziaływania psychospołeczne powinny być niezbędnym jej uzupełnieniem.

Przedstawiony przypadek potwierdza zasadność traktowania opieki farmaceutycznej jako procesu, a nie jednorazowej interwencji. Długoterminowy charakter obserwacji umożliwił wychwycenie zarówno korzyści terapeutycznych, jak i narastających działań niepożądanych. Model ciągłej opieki farmaceutycznej zwiększa szanse na utrzymanie skutecznego i bezpiecznego leczenia, zwłaszcza w przewlekłych zaburzeniach psychicznych.

#### **4. Podsumowanie i implikacje dla praktyki farmaceutycznej**

#### **4.1. Monitorowanie bezpieczeństwa farmakoterapii leków psychotropowych**

Stosowanie leków przeciwpsychotycznych II generacji oraz inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny wiąże się z ryzykiem działań niepożądanych, które mogą być wychwycone na etapie aptecznym. Farmaceuta powinien zwracać szczególną uwagę na objawy sugerujące hiperprolaktynemię, zaburzenia metaboliczne, senność dzienną oraz objawy wegetatywne i – w razie potrzeby – inicjować kontakt z lekarzem prowadzącym.

#### **4.2. Znaczenie farmaceutycznej analizy w ocenie zgodności (wypełnienie zaleconych wskazań) pacjenta**

W populacji młodzieży zastosowanie się do farmakoterapii stanowi jedno z głównych wyzwań klinicznych. Farmaceuta, poprzez systematyczny kontakt z pacjentem i jego opiekunami, jest w stanie zidentyfikować problemy z regularnością przyjmowania leków, pomijaniem dawek czy nieakceptacją terapii, a następnie zaproponować rozwiązania dostosowane do wieku i trybu życia pacjenta.

#### **4.3. Edukacja pacjenta i opiekunów jako kluczowy element opieki farmaceutycznej**

Przypadek wskazuje na potrzebę prowadzenia ukierunkowanej edukacji farmaceutycznej obejmującej:

- cel i mechanizm działania leków psychotropowych,
- konieczność systematycznego przyjmowania leków,
- samoobserwacja pacjenta i jej dokumentacja,
- możliwe działania niepożądane i objawy alarmowe,
- znaczenie stopniowego odstawiania leków,
- konsekwencje i możliwe działania niepożądane w przypadku stosowania używek,
- edukacja w zakresie prowadzenia aktywności seksualnej,
- regularne kontrolne badania laboratoryjne.

Edukacja ta powinna być prowadzona w sposób dostosowany do poziomu rozwoju pacjenta oraz kompetencji zdrowotnych opiekunów.

#### **4.4. Rola farmaceuty w zapobieganiu powikłaniom farmakoterapii**

Wczesne rozpoznanie działań niepożądanych oraz interakcji lekowych może zapobiec eskalacji problemów zdrowotnych i nieplanowanym przerwom w leczeniu. Farmaceuta, jako specjalista w zakresie farmakologii, ma realny wpływ na poprawę bezpieczeństwa terapii poprzez systematyczną ocenę ryzyka i zgłaszanie niepokojących objawów.

#### **4.5. Opieka farmaceutyczna jako proces ciągły**

Analizowany przypadek jednoznacznie wskazuje, że skuteczna opieka farmaceutyczna w psychiatrii nie powinna mieć charakteru incydentalnego.

Ciągłość kontaktu z pacjentem umożliwia ocenę długofalowych efektów leczenia, obserwację zmian tolerancji leków oraz reagowanie na zmieniające się potrzeby terapeutyczne.

#### **4.6. Współpraca interdyscyplinarna jako standard opieki**

Farmaceuta powinien funkcjonować jako członek zespołu terapeutycznego, współpracując z lekarzem psychiatrą, psychologiem oraz opiekunami pacjenta. Taki model opieki sprzyja spójności przekazu terapeutycznego i zwiększa skuteczność leczenia.

#### **4.7. Znaczenie dokumentowania interwencji farmaceutycznych**

Dokumentowanie działań podejmowanych w ramach opieki farmaceutycznej pozwala na ocenę ich skuteczności, zapewnia ciągłość opieki oraz może stanowić podstawę do dalszego rozwoju standardów praktyki farmaceutycznej w obszarze psychiatrii dzieci i młodzieży.

#### **Piśmiennictwo:**

1. Dokumentacja opieki farmaceutycznej. Studium przypadku – czas obserwacji 2 lata Materiał niepublikowany 2023–2025
2. Dokumentacja medyczna. Historia zdrowia i choroby, karty wizyt psychiatrycznych Materiał niepublikowany 2023–2025
3. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in children and adolescents *Lancet* 2012; 379(9820):1056–1067
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Depression in children and young people: identification and management (NG134) London: NICE 2019; aktualizacja 2022
5. Stahl SM. *Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications* 5th ed. Cambridge: Cambridge University Press 2021
6. Birmaher B, Axelson D. Bipolar disorder in youth *Am J Psychiatry* 2006; 163(9):1513–1521
7. Zapała J. Compliance, adherence i concordance w relacji między lekarzem a pacjentem jako zintegrowany model komunikacji *Psychoonkologia* 2018; 22(3):123–130
8. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne. Rekomendacje leczenia depresji i choroby afektywnej dwubiegunowej u dzieci i młodzieży *Psychiatr Pol* 2019; 53(4):xxx–xxx
9. Birmaher B, Brent D, AACAP Work Group i wsp. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46(11):1503–1526
10. Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jensen PS i wsp. Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Major and Persistent Depressive Disorders *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2018; 57(10):1039–1109

11. McClellan J, Kowatch R, Findling RL i wsp. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Bipolar Disorder J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46(1):107–125
12. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV i wsp. CANMAT and ISBD 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder Bipolar Disord 2018; 20(2):97–170
13. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Bipolar disorder: assessment and management (CG185) London: NICE 2014; aktualizacja 2020
14. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Bipolar Disorder Washington DC: APA Publishing 2023 Polskie Towarzystwo Psychiatryczne. Rekomendacje leczenia depresji i choroby afektywnej dwubiegunowej u dzieci i młodzieży Psychiatr Pol 2019; 53(4):xxx–xxx