

# Autyzm u niemowląt

## Obecny stan wiedzy

Autism in infants: an update

Fred. R. Volkmar, Katarzyna Chawarska

World Psychiatry, 2008; 7: 19–21

W pierwszej publikacji na temat autyzmu jej autor, Leo Kanner, wyraził przekonanie o wrodzonej naturze tego zaburzenia.<sup>1</sup> Wyniki późniejszych badań potwierdziły, że choć u niewielkiego odsetka dzieci objawy autyzmu ujawniają się po kilku miesiącach prawidłowego rozwoju,<sup>2</sup> to w większości przypadków objawy manifestują się w ciągu pierwszych dwóch lat życia<sup>3</sup>. Wiele umiejętności, których nie posiadają starsze dzieci z autyzmem, prawidłowo rozwijające się niemowlęta opanowują z łatwością.<sup>4</sup> Wczesne występowanie pierwszych objawów autyzmu wydaje się mieć związek z genetycznym podłożem tego zaburzenia (potwierdzonym wynikami licznych badań).<sup>5</sup>

Nieco paradoksalnie wiedza o pierwszych przejawach autyzmu pozostaje ograniczona, co jest niekorzystne z kilku powodów. Po pierwsze utrudnia to wyjaśnienie kwestii złożonego wpływu tego zaburzenia na różne aspekty rozwoju, ze względu na skupienie się na tych procesach i sekwencjach rozwojowych, które przebiegają nieprawidłowo. Ponadto istnieją obecnie silne przesłanki mówiące, że wczesna diagnoza i interwencja mogą znacznie poprawić wyniki leczenia.<sup>6</sup> Możliwość szybkiego rozpoczęcia leczenia zależy od rozpoznania autyzmu na bardzo wczesnym etapie życia dziecka. W niniejszej publikacji autorzy dokonali przeglądu obecnej wiedzy na temat autyzmu w pierwszych miesiącach życia, ze szczególnym uwzględnieniem problematyki diagnostycznej i rozwojowej oraz przedstawili zagadnienia istotne dla dalszego postępu badań.

## Obraz kliniczny autyzmu w wieku niemowlęcym

Postęp wiedzy na temat autyzmu ujawniającego się w okresie niemowlęcym był dotychczas z wielu powodów ograniczony. Spośród 11 dzieci, których dane opisał Kanner, tylko jedno nie przekroczyło trzeciego roku życia, a ponad połowa z nich miała więcej niż cztery lata.<sup>1</sup> Do niedawna autyzm rozpoznawano zwykle około czwartego roku życia, nawet wówczas, gdy rodzice zauważali niepokojące objawy już kilka lat wcześniej.<sup>7</sup> Z tego powodu wiele badań na temat wczesnego rozwoju tych dzieci opierało się na retrospektywnych relacjach rodziców lub rzadziej na analizach domowych nagrań wideo.<sup>8,9</sup> Pierwsze wyniki badań obserwacyjnych z udziałem małych dzieci, skierowanych do specjalisty w celu diagnostyki różnicowej, nasunęły wiele nurtujących pytań dotyczących manifestacji autyzmu w pierwszych latach życia.<sup>10</sup> Coraz większa liczba danych na temat wczesnego rozwoju dzieci autystycznych zasadniczo potwierdza pierwotne spostrzeżenia Kannera, według którego głównym i charakterystycznym przejawem omawianego zaburzenia jest upośledzenie rozwoju umiejętności społecznych. Niemowlęta cierpiące na autyzm nawiązują jedynie ograniczony kontakt wzrokowy i przejawiają zmniejszone zainteresowanie relacjami społecznymi (*social attention*) i mniejszą reaktywność na bodźce społeczne;<sup>11</sup> rzadziej angażują się w naśladowanie głosu lub ruchów (*vocal or motor imitation*),<sup>12</sup> a także mogą mieć trudności z regulacją wzbudzenia i odpowiadać na bodźce sensoryczne w sposób odbiegający od normy<sup>12</sup>.

Do niedawna najczęstszymi źródłami informacji o wczesnym rozwoju tych dzieci były retrospektywne relacje rodziców, które z kilku po-

ZESTAWIENIE SKRÓTÓW: DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV Edition

wodów trudno interpretować. Wiadomo, że wielu rodziców ma poważne obawy co do rozwoju dziecka już w pierwszym roku jego życia, a w ciągu drugiego roku życia dziecka ma je prawie 90% z nich.<sup>13</sup> Ich niepokój zwykle dotyczy obserwowanych nieprawidłowości w relacjach społecznych lub dziwaczności; pojawiają się obawy, że dziecko może być głuche lub że jego mowa się nie rozwija. Istnieje wyraźna potrzeba uzyskania informacji z badań prospektywnych, przeprowadzonych w populacjach obarczonych dużym ryzykiem wystąpienia autyzmu.<sup>14</sup> Po zgromadzeniu takich informacji ważne będzie jednak rozważanie ich w świetle szybkiego postępu zmian (*rozwojowych – przyp. tłum.*) w wieku niemowlęcym (gdyż znaczenie i waga konkretnych zachowań może w istotny sposób korelować z etapem rozwoju dziecka). Przykładowo wczesne zainteresowanie stymulacją wzrokową (np. wpatrywanie się w wiatraczki) może się stopniowo zmienić w powtarzalne, stereotypowe zachowania, częściej obserwowane u dzieci w wieku 2–3 lat. Podobnie jest w przypadku oceny zachowań niemowląt – większą wagę przykładają się do obecności różnych kontekstów i sytuacji, na przykład: stan wzbudzenia lub „efekt nowości” może znacznie silniej wpływać na zachowania związane z wykazywaniem zainteresowania.

Jak już zaznaczono, możliwość przeprowadzenia badania z udziałem niemowląt autystycznych w istotny sposób komplikuje fakt, że w niektórych przypadkach (ok. 20%) ich wczesny rozwój mieści się w granicach normy. Dotychczas nie ustalono wspólnego stanowiska dotyczącego znaczenia regresji rozwojowej w rozpoznawaniu autyzmu, choć Rogers<sup>15</sup> zwrócił uwagę, że subtelne opóźnienia rozwojowe mogą poprzedzać bardziej oczywiste utraty nabytych umiejętności. Przeprowadzenie badań prospektywnych, w których uczestniczyłyby obarczone dużym ryzykiem młodsze rodzeństwo dzieci z autyzmem, ułatwiłoby ocenę znaczenia regresji i ustalenie, czy przejawiające ją dzieci stanowią swoistą podgrupę wymagającą dalszych analiz.

Cennym sposobem rozwiązania problemu braku bezpośrednich obserwacji niemowląt cierpiących na autyzm jest retrospektywna analiza nagrań wideo. Mimo pewnych ograniczeń tej metody, przeprowadzone dotychczas badania z jej wykorzystaniem generalnie potwierdziły obec-

ność różnic we wczesnym rozwoju u dzieci zdiagnozowanych w późniejszym okresie jako autystyczne. Przykładem może być przegląd nagrań wideo z udziałem niemowląt w wieku do szóstego miesiąca życia, w którym wykazano, że dzieci z rozpoznaniem później autyzmem, w sytuacjach społecznych w mniejszym stopniu nawiązywały kontakt wzrokowy (*less social visual attention*), rzadziej się śmiały i wokalizowały oraz rzadziej angażowały się w eksplorowanie obiektu.<sup>11</sup> Co interesujące, nie zaobserwowano odchyień od normy pod względem zachowań powtarzalnych (*repetitive behaviors*).<sup>11</sup> Nieco starsze dzieci (8–12 mż.) rzadziej reagowały na wołanie ich po imieniu.<sup>9,16</sup> Taki brak reakcji na własne imię u 12-miesięcznego dziecka może wskazywać na celowość dalszej diagnostyki w kierunku autyzmu, chociaż prawidłowy wynik „testu imienia” nie wyklucza ryzyka wystąpienia tego zaburzenia. Osterling i wsp. stwierdzili, że w porównaniu z niemowlętami opóźnionymi umysłowo 12-miesięczne dzieci z autyzmem różniły się pod względem reagowania na swoje imię.<sup>17</sup> Natomiast porównanie tych ostatnich z grupą dzieci nieopóźnionych umysłowo wykazało inne różnice, które dotyczyły: zachowań powtarzalnych, posługiwania się gestykulacją i patrzenia na przedmioty trzymane przez inne osoby.<sup>17</sup>

U dzieci w wieku 6–12 miesięcy różnice w obszarze komunikacji stają się wyraźniejsze i obejmują ogólny brak reakcji na komunikaty werbalne, a zwłaszcza na własne imię. Niemowlęta z autyzmem są mniej zainteresowane innymi osobami, gdy w tym samym czasie większość dzieci zaczyna w pełniejszy sposób integrować eksplorację otoczenia z interakcjami społecznymi, a ich działania stają się bardziej intencjonalne. Z drugiej strony, niektóre zachowania często relacjonowane przez rodziców jako niepokojące, po konfrontacji z nagraniami wideo okazały się nie różnicować dzieci autystycznych od nieautystycznych (np. pod względem trudności z regulacją wzbudzenia). Takie problemy mogą być mniej charakterystyczne w przypadku autyzmu; inną przyczyną trudności w zaobserwowaniu różnic może być specyfika dostępnych materiałów nagraniowych.

Badania dotyczące rozwoju dzieci w wieku poniemowlęcym (1–3 rż.) z rozpoznaniem autyzmem są o wiele liczniejsze niż te przeprowadzane z udziałem niemowląt. Te drugie są niezwy-

kle istotne, ponieważ pomagają wytypować takie aspekty zachowań, które będzie można traktować jako zapowiedź nieprawidłowości obserwowanych w późniejszym okresie. Zasadniczo różnice między dziećmi z autyzmem a ich prawidłowo rozwijającymi się rówieśnikami rodzice i inne osoby mogą łatwo zaobserwować najpóźniej do 30. miesiąca życia. Zachowania odróżniające dzieci autystyczne od dzieci z opóźnieniem rozwoju obejmują zarówno sposoby wchodzenia w interakcję z drugą osobą (pozy wyczekujące [*anticipatory postures*], przejawianie aktywności w relacji w sposób naprzemienny [*turn taking*], intensywność kontaktu wzrokowego), jak i zachowania związane z pewnymi aspektami tworzenia wspólnego pola uwagi (np. wskazywanie na różne przedmioty, patrzenie w kierunku wskazywanym przez inną osobę lub na pokazywane przez drugą osobę przedmioty). Ponadto można u nich częściej zaobserwować ograniczone odwzajemnianie emocjonalne, nietypowe zachowania związane z percepcją sensoryczną oraz odbiegające od normy przejawy aktywności motorycznej.<sup>3</sup> Inne problematyczne obszary to niezrozumiałe, dziwaczne formy zabawy i ograniczona reakcja na komunikaty słowne.<sup>18,19</sup> Dostępne dane (oparte na relacjach rodziców i bezpośrednich obserwacjach) wskazują, że u tych dzieci w wieku 2–3 lat pojawia się więcej bardziej charakterystycznych zachowań autystycznych i dlatego w tym okresie życia rozpoznanie można ustalić z większą pewnością.<sup>20</sup>

### Kwestie diagnostyczne

Od czasów pierwszego opisu autyzmu autorstwa Kanner<sup>1</sup> zmodyfikowano koncepcję diagnostyczną tego zaburzenia na podstawie wyników badań i wniosków wyciągniętych z obserwacji klinicznych, zachowując jednak historyczną i pojęciową łączność z oryginalną jego charakterystyką<sup>21</sup>. Według Kanner<sup>1</sup> głównym problemem były trudności w relacjach społecznych, wskazał on także obecność wielu odbiegających od normy zachowań, którym nadał zbiorczą nazwę „nacisku na niezmienność” (*insistence of sameness*) lub „oporu przed zmianą” (*resistance to change*). Zachowania te obejmowały dziwaczne ruchy i manieryzmy, jak również problemy z radzeniem sobie ze zmianą i nowością. Takie ujęcie zagadnienia zachowa-

no w klasyfikacji Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV Edition (DSM-IV). Przedstawioną w niej definicję autyzmu oparto o wyniki wielośrodkowego badania,<sup>13</sup> obejmującego niemal 1000 osób cierpiących na to zaburzenie z więcej niż 20 ośrodków na całym świecie. Ponad 300 spośród badanych dzieci nie przekroczyło piątego roku życia (większość była jednak w przedziale 3.–5. rz.). Ostatecznie ustalony zestaw kryteriów diagnostycznych objął szeroki zakres objawów i można go stosować u osób od wczesnego dzieciństwa (tj. od ok. 3. rz.) aż do dorosłości. W czasach, gdy opracowywano klasyfikację DSM-IV, mniej interesowano się rozpoznawaniem autyzmu u niemowląt, stąd zaproponowane kryteria diagnostyczne wydają się przydatne dopiero w przypadku dzieci w wieku powyżej trzeciego roku życia. Analiza wyników omawianego badania, uzyskanych u dzieci, które nie przekroczyły piątego roku życia, ujawniła, że pewne objawy są silnie powiązane z konkretnymi etapami rozwoju. Takie elementy wykluczono z zestawu kryteriów DSM-IV, ponieważ niemożliwe byłoby ich zastosowanie w pełnym zakresie manifestacji objawowej.

Jako przykład może posłużyć objaw przywiązania dziecka do niezwykłych obiektów. Charakteryzuje się on małą czułością (0,50), ale za to dużą swoistością (0,90), ma zatem dużą moc predykcyjną dla autyzmu, lecz tylko w młodszej grupie wiekowej.

Możliwość zastosowania obecnie obowiązujących kryteriów DSM-IV w rozpoznawaniu autyzmu u niemowląt i bardzo małych dzieci kwestionuje się z kilku powodów, między innymi ze względu na to, że niektórych dostępnych kryteriów nie da się wprost zastosować u niemowląt, co zmniejsza możliwość diagnozy.<sup>22</sup>

Inne podejście diagnostyczne opiera się na tworzeniu kwestionariuszy przesiewowych i skal służących do oceny. Są one ważną alternatywą dla bardziej szczegółowego podejścia diagnostycznego wykorzystującego kryteria „typu DSM”, ale ich stosowanie wiąże się z innymi problemami i ograniczeniami.<sup>23</sup> Na przykład istnieje wówczas ryzyko zbyt częstego stawiania omawianej diagnozy, choć i tak jest ono mniejsze niż prawdopodobieństwo rozpoznań fałszywie ujemnych. Inne istotne problemy dotyczą kwestii efektywności diagnostycznej i wymagań czasowych oraz łatwości zastosowania takich narzędzi i poziomu wyszko-

lenia wymaganego do ich wykorzystania.<sup>23</sup> Testy przesiewowe pierwszego poziomu mają za zadanie zidentyfikować dzieci o mniejszej sprawności niż stwierdzana u rówieśników, podczas gdy testy drugiego poziomu służą konkretnie do odróżnienia dzieci obciążonych ryzykiem wystąpienia autyzmu od dzieci z innymi trudnościami. Testy drugiego poziomu są zwykle przeznaczone do stosowania w bardziej specjalistycznych warunkach. Opracowane dotąd testy przesiewowe nie są przystosowane do diagnozowania dzieci w wieku do pierwszego roku życia.

### Przyszłe kierunki badań i konsekwencje dla systemów opieki zdrowotnej

Ostatnio zaczęły się ukazywać doniesienia, których autorzy opisują nowe podejście do badań nad zainteresowaniem pacjenta interakcjami społecznymi (*social attention*). Ich wyniki mogą się w istotny sposób przyczynić do tworzenia testów przesiewowych i metod wczesnej diagnostyki. Podstawą tych odkryć była obserwacja, iż starsze osoby cierpiące na autyzm wykazują dalece odbiegające od normy wzorce wchodzenia w relacje z innymi.<sup>24</sup> Podobne wyniki uzyskano badając dzieci w wieku poniemowlęcym.<sup>25</sup> Są one spójne z ogólnym brakiem zainteresowania i motywacji do tworzenia relacji społecznych.<sup>26</sup> Inne podejście opierało się na badaniu automatycznego sygnalizowania zainteresowania (*automatic attention cueing*),<sup>27</sup> w celu ujednoznacznienia różnic pomiędzy dziećmi zdrowymi a tymi, u których można podejrzewać autyzm, w zakresie wodzenia wzrokiem we wczesnych okresach życia.

Wykorzystanie strategii opartych na tych technikach może otworzyć nowe i ważne możliwości w zakresie wczesnych badań przesiewowych, opartych na bardziej fizjologicznych podstawach.

W miarę ulepszania metod diagnostycznych i przesiewowych coraz więcej niemowląt będzie kierowanych do oceny i leczenia. Wątpliwości dotyczą tego, jakie formy opieki zdrowotnej byłyby dla nich najkorzystniejsze. Choć w ostatnim raporcie US National Research Council<sup>6</sup> przedstawiono przydatne metody pracy z dziećmi nieco starszymi (tj. w wieku przedszkolnym), to nadal nie ustalono, jaki rodzaj pomocy byłby optymalny dla niemowląt. Wiadomo jednak, że możliwość rozpoczęcia leczenia w jak najwcześniejszym okre-

sie życia dziecka zapewnia szansę na znaczną poprawę uzyskanych wyników.

Tłumaczyła lek. Magdalena Miernik-Jaeschke

Konsultował dr med. Maciej Pilecki

Reprinted from *World Psychiatry*, 2008, vol. 7, Fred. R. Volkmar, Katarzyna Chawarska, „Autism in infants: an update”, pp. 19–21, Copyright 2008 World Psychiatric Association, with permission from World Psychiatric Association.

### Piśmiennictwo

1. Kanner L.: Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 1943; 2: 217–250
2. De Giacomo A., Fombonne E.: Parental recognition of developmental abnormalities in autism. *Eur. Child. Adolesc. Psychiatry*, 1998; 7: 131–136
3. Volkmar F., Chawarska K., Klin A.: Autism in infancy and early childhood. *Annu. Rev. Psychol.*, 2005; 56: 315–336
4. Klin A., Volkmar F.R., Sparrow S.S.: Autistic social dysfunction: some limitations of the theory of mind hypothesis. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 1992; 33: 861–876
5. Rutter M.: Genetic influences and autism. In: Volkmar F.R., Paul R., Klin A., eds: *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. Hoboken, Wiley, 2005: 425–452
6. National Research Council. *Educating young children with autism*. Washington, National Academy Press, 2001
7. Siegel B., Pliner C., Eschler J., et al.: How children with autism are diagnosed: difficulties in identification of children with multiple developmental delays. *J. Dev. Behav. Pediatr.*, 1988; 9: 199–204
8. Cohen D.J., Volkmar F.R., Paul R.: Issues in the classification of pervasive developmental disorders: history and current status of nosology. *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, 1986; 25: 158–161
9. Osterling J., Dawson G.: Early recognition of children with autism: a study of first birthday home videotapes. *J. Autism Dev. Disord.*, 1994; 24: 247–257
10. Lord C.: Follow-up of two-year-olds referred for possible autism. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 1995; 36: 1365–1382
11. Maestro S., Muratori F., Cavallaro M.C., et al.: Attentional skills during the first 6 months of age in autism spectrum disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2002; 41: 1239–1245
12. Dawson G., Osterling J., Meltzoff A.N., et al.: Case study of the development of an infant with autism from birth to two years of age. *J. Appl. Dev. Psychol.*, 2000; 21: 299–313
13. Volkmar F.R., Klin A., Siegel B., et al.: Field trial for autistic disorder in DSM-IV. *Am. J. Psychiatry*, 1994; 151: 1361–1367
14. Lord C., Risi S.: Diagnosis of autism spectrum disorders in young children. In: Wetherby A.M., Prizant B.M., eds.: *Autism spectrum disorders: a transactional developmental perspective*. Baltimore, Brookes, 2000: 167–190
15. Rogers S.J.: Developmental regression in autism spectrum disorders. *Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev.*, 2004; 10: 139–143
16. Werner E., Dawson G., Osterling J., et al.: Recognition of autism spectrum disorder before one year of age: a retrospective study based on home videotapes. *J. Autism. Dev. Disord.*, 2000; 30: 157–162
17. Osterling J.A., Dawson G., Munson J.A.: Early recognition of 1-year-old infants with autism spectrum disorder versus mental retardation. *Dev. Psychopathol.*, 2002; 14: 239–251
18. Dahlgren S.O., Gillberg C.: Symptoms in the first two years of life. A preliminary population study of infantile autism. *Eur. Arch. Psychiatry Neurol. Sci.*, 1989; 238: 169–174
19. Cox A., Klein K., Charman T., et al.: Autism spectrum disorders at 20 and 42 months of age: stability of clinical and ADI-R diagnosis. *J. Child Psychol. Psychiatry All Disclipl.*, 1999; 40: 719–732
20. Lord C.: Follow-up of two-year-olds referred for possible autism. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 1996; 36: 1065–1076
21. Volkmar F.R., Klin A.: Issues in the classification of autism and related conditions. In: Volkmar F.R., Paul R., Klin A., eds: *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. Hoboken, Wiley, 2005: 5–41
22. Stone W.L., Lee E.B., Ashford L., et al.: Can autism be diagnosed accurately in children under 3 years? *J. Child Psychol. Psychiatry All Disclipl.*, 1999; 40: 219–226
23. Coonrod E.E., Stone W.L.: Screening for autism in young children. In: Volkmar F.R., Paul R., Klin A., eds: *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. Hoboken, Wiley, 2005: 707–729
24. Klin A., Jones W., Schultz R., et al.: Visual fixation patterns during viewing of naturalistic social situations as predictors of social competence in individuals with autism. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2002; 59: 809–816

25. Klin A., Jones W., Schultz R., et al.: The enactive mind, or from actions to cognition: lessons from autism. *Philos. Trans R Soc. Lond. B Biol. Sci.*, 2003; 358: 345–360
26. Dawson G., Carver L., Meltzoff A.N., et al.: Neural correlates of face and object recognition in young children with autism spectrum disorder, developmental delay, and typical development. *Child Dev.*, 2002; 73: 700–717
27. Chawarska K., Klin A., Volkmar F.: Automatic attention cueing through eye movement in 2-year-old children with autism. *Child Dev.*, 2003; 74: 1108–1122

## Komentarz

Artykuł F.R. Volkmar i K. Chawarskiej prezentuje w kompetentny i zarazem zwięzły sposób istotny problem specyfiki diagnozy wczesnych objawów autyzmu dziecięcego. Rozpoznaniu tego zaburzenia towarzyszy szczególne brzemie ciąży na rodzinach cierpiących na nie dzieci. Wydaje się, że jest ono znacznie większe niż w przypadku jakiegokolwiek innego przewlekłego zaburzenia okresu rozwojowego. Autyzm dziecięcy daje bowiem najmniej gratyfikacji emocjonalnych z opieki nad dzieckiem. Dzieci te najtrudniej jest kochać. Trudno jest też pogodzić się z ich niepełnosprawnością – uwierzyć w jej charakter.

Autyzm dziecięcy przedstawiany jest często nie jako zaburzenie przeżywania lecz dysfunkcja komunikacji. Rodzice latami żyją w poczuciu, że ich starania nie były wystarczające, by rozbić „szklaną ścianę” dzielącą dziecko od ich świata. Konfrontują się z poczuciem winy za nie dość skuteczną walkę o zdrowie dziecka. Poczucie winy w tym względzie skrywa jednak w sobie nadzieję wpływu. Trudno bowiem zaakceptować bezradność. Wielu rodziców pacjentów nosi w sobie też mniej lub bardziej uświadomione poczucie winy za chorobę. Teorie biologiczne prowadzą do konfrontacji z pytaniem o to, czy materiał genetyczny zawiódł. Niektóre klasyczne teorie psychoanalityczne są szczególnie obciążające dla matek, posądzanych o swoisty brak miłości do dziecka.

Rozpoznanie autyzmu u dziecka dla wielu rodziców brzmi jak wyrok. Stąd też tendencja niektórych profesjonalistów do odwlekania określenia czym są obserwowane, czasem dość oczywiste objawy. Wielu pediatrów i lekarzy rodzinnych jak mantrę powtarza zdanie „wyrośnie z tego”. Opóźnianie rozpoznania powoduje jednak odwlekanie wdrożenia adekwatnego postępowania terapeutycznego. Wczesna interwencja wydaje się bowiem w istotny sposób zwiększać szansę na poprawę stanu klinicznego.

Gorąco zachęcam do lektury artykułu.

**dr med. Maciej Pilecki**  
z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Katedry Psychiatrii  
CM UJ

## Dalsze leczenie po zakończeniu serii zabiegów elektrowstrząsowych cd. ze strony 84

## Piśmiennictwo

1. Weiner R.D., Coffey C.E., Fochtmann L.J. i wsp.: The practice of electroconvulsive therapy. recommendations for treatment, training and privileging. A Task Force Report of the American Psychiatric Association. Washington, APA., 2001
2. Greenberg R.M., Kellner C.H.: Electroconvulsive Therapy. A Selected Review. *Am. J. Geriatric Psychiatry*, 2005; 13: 268–294
3. Sackeim H.A.: Continuation therapy following ECT: directions for future research. *Psychopharmacol. Bull.*, 1994; 30: 501–521
4. Sackeim H.A., Haskett R.F., Mulsant B.H. i wsp.: Continuation pharmacotherapy in the prevention of relapse following electroconvulsive therapy: a randomized, controlled trial. *JAMA*, 2001; 285: 1299–1307
5. Hese R.T., Oczkowski Z., Twardowska H.: Skojzarzone leczenie zespołów depresyjnych środkami farmakologicznymi i zmodyfikowanymi elektrowstrząsami jednostronnymi, w doświadczeniach Oddziału Psychiatrycznego CSG w Bytomiu. W: Bukowczyk W., Wasik A., Spisła B., red.: *Psychofarmakoterapia i psychoterapia stanów depresyjnych*. Wrocław, PTP, 1972: 44–49
6. Zys T., Zięba A.: Leczenie elektrowstrząsowe w lekoopornych depresjach. *Wiśnienie Spotkania z Depresją*. Krynica, 2005
7. Abrams R.: *Electroconvulsive Therapy*. New York, Oxford University Press, 2002
8. Flint A.J., Rifat S.L.: Two year outcome of psychotic depression in late life. *Am. J. Psychiatry*, 1998; 155: 178–183
9. Fink M., Abrams R., Bailine S. i wsp.: Ambulatory electroconvulsive therapy; report of task force of the Association for Convulsive Therapy. *Convuls. Ther.*, 1996; 12: 42–55
10. Kramer B.A.: Maintenance electroconvulsive therapy in clinical practice. *Convuls. Ther.*, 1990; 6: 279–286
11. Kramer B.A.: A naturalistic view of maintenance ECT at a university setting. *J. ECT*, 1999; 15: 226–231
12. Thienhaus O.J., Margletta S., Bennet J.A.: A study of the clinical efficacy of maintenance ECT. *J. Clin. Psychiatr.*, 1990; 51: 141–144
13. Lauritzen L., Odgaard K., Clemmesen L. i wsp.: Relapse prevention by means of paroxetine in ECT-treated patients with major depression; a comparison with imipramine and placebo in medium term continuation therapy. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1996; 94: 241–251
14. Fox H.A.: Continuation and maintenance ECT. *J. Pract. Behav. Psychiatry* 1996; 6: 357–363
15. Rabheru K., Persad E.: A review of continuation and maintenance electroconvulsive therapy. *Can. J. Psychiatry*, 1997; 42: 476–484
16. National Institute for Clinical Excellence: Guidance on the use of electroconvulsive therapy. *Technology Appraisal 59*. London, 2003. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/59ectfullguidance.pdf>
17. Beyer J.L., Weiner R.D., Glenn M.D.: *Electroconvulsive Therapy. A Programmed Text*. Washington, American Psychiatric Press, 1998
18. Grundhaus L., Pande A.C., Haskett R.F.: Full and abbreviated courses of maintenance electroconvulsive therapy. *Convuls. Ther.*, 1990; 6: 130–138