



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΑΥΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ»

«AUTISM AND COMORBIDITY WITH MENTAL DISORDERS»

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΜΑΝΘΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ: 1276

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΙΑΦΑΚΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

Ιωάννινα

Σεπτέμβριος 2025

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία συνιστά μέρος των προπτυχιακών μου σπουδών με σκοπό την ολοκλήρωσή τους και τη λήψη πτυχίου του Τμήματος Λογοθεραπείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Θα επιθυμούσα, λοιπόν, να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες στην οικογένειά μου αλλά και στους φίλους μου, οι οποίοι με στήριξαν αδιάκοπα και ανιδιοτελώς στις αποφάσεις μου σε όλη τη διάρκεια των ακαδημαϊκών μου σπουδών, προσφέροντάς μου αγάπη, δύναμη και κατανόηση. Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην καθηγήτριά μου, την κυρία Σιαφάκα Βασιλική, για την πολύτιμη καθοδήγησή της, τη βοήθεια στη συγγραφή της παρούσας εργασίας, τις γνώσεις και τη στήριξη που μου προσέφερε, συμβάλλοντας καθοριστικά στην ολοκλήρωση τόσο της πτυχιακής μου εργασίας όσο και στην πολύπλευρη διεύρυνση των γνώσεών μου ως φοιτήτρια. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τη διεύθυνση, το προσωπικό αλλά και τη γραμματεία του Τμήματος Λογοθεραπείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων για τη βοήθεια και την υποστήριξη που μου παρείχαν τόσο κατά τη διάρκεια των σπουδών μου όσο και για την εκπόνηση της πτυχιακής μου μελέτης. Η συμβολή όλων σας υπήρξε ανεκτίμητη και για αυτό σας ευχαριστώ από καρδιάς...

Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
ABSTRACT	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°	11
Εισαγωγή.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°	16
Θεωρητικό Υπόβαθρο	16
2.1 Ορισμός Αυτισμού ως Νευροαναπτυξιακή Διαταραχή και ως Κοινωνική Διαταραχή	16
2.2 Ορισμός Ψυχικών Διαταραχών – Γενική Επισκόπηση.....	18
2.3 Η Έννοια της Συννοσηρότητας.....	21
2.4 Σχέση Αυτισμού και Ψυχικών Διαταραχών	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°	26
Αυτισμός	26
3.1 Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-5	26
3.2 Επιδημιολογία	30
3.3 Αιτιολογία και Παράγοντες Κινδύνου	35
3.3.1 Γενετικοί Παράγοντες.....	35
3.3.1.1 Προγεννητικοί Παράγοντες (Ενδομήτριοι).....	36
3.3.1.2 Περιγεννητικοί Παράγοντες.....	41
3.3.1.3 Μεταγεννητικοί Παράγοντες.....	42
3.3.2 Οικογενειακοί-Περιβαλλοντικοί-Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες	44
3.4 Ταξινόμηση και Υποτύποι του Αυτισμού.....	46
3.5 Κλινική Εικόνα – Συμπτωματολογία	49
3.6 Κλινική Αξιολόγηση	51
3.7 Επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή και στην κοινωνική λειτουργικότητα	55
3.8 Θεραπευτικές Προσεγγίσεις και Παρεμβάσεις.....	56
Κεφάλαιο 4°	60
Ψυχικές Διαταραχές.....	60
4.1 Αιτιολογικοί Παράγοντες Ψυχικών Διαταραχών Παιδικής και Εφηβικής Ηλικίας.....	60
4.1.1 Βιολογικοί-Οργανικοί Παράγοντες	60
4.1.2 Σωματικές Νόσοι και Τραύματα	64
4.1.3 Ιδιοσυγκρασιακοί Παράγοντες.....	64
4.1.4 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες	66
4.2 Επιδημιολογία των Ψυχικών Διαταραχών της Παιδικής και Εφηβικής Ηλικίας.....	68
4.3 Κλινική Αξιολόγηση.....	72
4.4 Θεραπευτικές Προσεγγίσεις.....	76

Κεφάλαιο 5°	81
Συννοσηρότητα Αυτιστικού Φάσματος και Ψυχικών Διαταραχών.....	81
5.1 Ψυχικές Διαταραχές	81
5.1.1 Αγχώδεις Διαταραχές.....	81
5.1.2 Διαταραχές Διάθεσης.....	85
5.1.3 Αυτοκτονικότητα και Αυτοκτονικός Ιδεασμός	88
5.1.4 Διαταραχές Διατροφής.....	89
5.1.5 Σχιζοφρένεια και άλλες Ψυχωσικές Διαταραχές	90
5.1.6 Διαταραχές Ύπνου	91
5.1.7 Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ)	92
5.1.8 Διαταραχές Προσωπικότητας.....	93
5.1.9 Διαταραχές Συμπεριφοράς.....	93
5.1.10 Δυσφορία Φύλου	94
Κεφάλαιο 6ο	97
Κλινικές Παρεμβάσεις και Θεραπεία.....	97
6.1 Ο Ρόλος του Λογοθεραπευτή.....	97
6.2 Ο Ρόλος του Ψυχολόγου-Ψυχίατρου	99
6.3 Φαρμακευτική Αγωγή	100
Κεφάλαιο 7°	102
Συζήτηση.....	102
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ.....	105
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α	107
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β	109
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ	113
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	114

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εξετάζει τη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) υπό το πρίσμα της συννοσηρότητάς της με ποικίλες ψυχικές διαταραχές, εστιάζοντας ιδιαίτερα στον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό, με ορισμένες αναφορές στον ενήλικο πληθυσμό. Αρχικά, γίνεται αναφορά στο θεωρητικό υπόβαθρο, στο οποίο παρουσιάζονται με σαφήνεια βασικοί ορισμοί, ακολουθεί η ιστορική αναδρομή και εξέλιξη της έννοιας του αυτισμού, αλλά και το πώς αυτή η νευροαναπτυξιακή διαταραχή διαδραματίζει διττό ρόλο και ερμηνεύεται ως βιολογικό, αλλά και ως κοινωνικό φαινόμενο. Παράλληλα, πραγματοποιείται εκτενής αναφορά στις ψυχικές διαταραχές, με βάση τα πιο πρόσφατα διαγνωστικά εγχειρίδια ταξινόμησης, όπως το DSM-5 και το ICD-11, καθώς και στη σύγχρονη έννοια της συννοσηρότητας, η οποία αναδύει και υπογραμμίζει την πολυπλοκότητα της κλινικής πραγματικότητας και τη συχνή συνύπαρξη πολλών και διαφορετικών διαγνώσεων σε ένα άτομο.

Στη συνέχεια, η εργασία εστιάζει στην αναλυτική παρουσίαση των αιτιολογικών παραγόντων της ΔΑΦ (προγεννητικών, περιγεννητικών, μεταγεννητικών), καθώς και της κλινικής εικόνας, της συμπτωματολογίας και της καθημερινής λειτουργικότητας των ατόμων με αυτισμό. Ένας από τους βασικούς στόχους της έρευνας είναι η έμφαση στην ουσιαστική κατανόηση της συννοσηρότητας του αυτισμού με ψυχικές διαταραχές. Για το λόγο αυτό πραγματοποιείται ανάλυση των πιο συχνών ψυχικών διαταραχών που έχει αποδειχθεί πως παρατηρούνται σε άτομα με ΔΑΦ, όπως οι αγχώδεις διαταραχές, η κατάθλιψη, η ΔΕΠ-Υ, οι διαταραχές ύπνου και συμπεριφοράς, η ψυχωσικές διαταραχές και η σχιζοφρένεια, καθώς και οι διατροφικές διαταραχές. Γίνεται επίσης αναφορά στην αυτοκτονικότητα και στον αυτοκτονικό ιδεασμό, έννοιες οι οποίες συχνά σχετίζονται με δυσκολίες στη συναισθηματική ρύθμιση και στην κοινωνική κατανόηση.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην αιτία της σύνδεσης του αυτισμού με τις ψυχικές διαταραχές που προαναφέρθηκαν, με συνέπεια η εργασία να στρέφεται σε μία επικείμενη παράθεση γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που ενδέχεται να συνιστούν το θεμέλιο των συννοσηρών αυτών καταστάσεων, ενώ παράλληλα εστιάζει και στην κοινή συμπτωματολογία που μπορεί να έχει κάθε φορά ο αυτισμός με την εκάστοτε συννοσηρή ψυχική διαταραχή. Συνάμα, επισημαίνεται η ανάγκη για διεπιστημονική προσέγγιση τόσο στη διάγνωση όσο και στην παρέμβαση, με το ρόλο του λογοθεραπευτή να αναδεικνύεται ως ιδιαίτερα σημαντικός για την ενίσχυση την κοινωνικής επικοινωνίας και της

συναισθηματικής κατανόησης. Τέλος, περιγράφονται οι θεραπευτικές δυνατότητες και οι ευκαιρίες που παρέχονται μέσω της συνεργασίας των λογοθεραπευτών, των ψυχολόγων, των παιδοψυχιάτρων αλλά και της φαρμακευτικής αγωγής, όπου αυτή κριθεί αναγκαία, επισημαίνοντας τη σημασία της εξατομικευμένης φροντίδας και της έγκαιρης παρέμβασης.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι πρωτίστως η διεξοδική κατανόηση του αυτιστικού φάσματος, των ψυχικών διαταραχών και της μεταξύ τους συσχέτισης και δευτερευόντως αλλά εξίσου σημαντικός σκοπός είναι να καταδείξει την ανάγκη για ευαισθητοποίηση, επιστημονική εμβάθυνση και ανθρωποκεντρική προσέγγιση στο σύνολο των θεραπευτικών πρακτικών, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ατόμων αυτών και της λειτουργικότητάς τους.

Λέξεις-Κλειδιά

Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), συννοσηρότητα, ψυχικές διαταραχές, παιδική και εφηβική ηλικία, θεραπευτικές παρεμβάσεις, κλινική αξιολόγηση, έγκαιρη διάγνωση, ψυχική υγεία, λογοθεραπευτές, ψυχολόγοι, ποιότητα ζωής, διεπιστημονική προσέγγιση.

ABSTRACT

The present thesis examines Autism Spectrum Disorder (ASD) through the lens of its comorbidity with various mental disorders, focusing particularly on the child and adolescent population, with some references to the adult population. Initially, the theoretical background is presented, clearly outlining key definitions, the historical overview and evolution of the concept of autism follow, as well as how this neurodevelopmental disorder plays a dual role and is interpreted as both a biological and a social phenomenon. At the same time, an extensive reference is made to mental disorders, based on the most recent diagnostic classification manuals, such as the DSM-5 and ICD-11, as well as the contemporary concept of comorbidity, which highlights and underscores the complexity of clinical reality and the frequent coexistence of multiple and different diagnoses in an individual.

Next, the paper focuses on the analytical presentation of the etiological factors of ASD — prenatal, perinatal, postnatal — as well as the clinical picture, symptomatology, and daily functioning of individuals with autism. One of the main objectives of the research is to emphasize the essential understanding of the comorbidity of autism with mental disorders. For this reason, an analysis is conducted on the most common mental disorders that have been shown to occur in individuals with ASD, such as anxiety disorders, depression, ADHD, sleep and behavioral disorders, psychotic disorders and schizophrenia as well as eating disorders. There is also a mention of suicidality and suicidal ideation, which are often related to difficulties in emotional regulation and social understanding.

Particular emphasis is placed on the cause of the connection between autism and the aforementioned mental disorders, resulting in the work focusing on an impending presentation of genetic and environmental factors that may constitute the foundation of these comorbid conditions, while simultaneously addressing the common symptomatology that autism may exhibit each time with the respective comorbid mental disorder. At the same time, the need for an interdisciplinary approach in both diagnosis and intervention is emphasized, with the role of the speech therapist being highlighted as particularly important for enhancing social communication and emotional understanding. Finally, the therapeutic possibilities and opportunities that exist through the collaboration of speech therapists, psychologists, child psychiatrists, and pharmacological treatment, where deemed necessary, are described, emphasizing the importance of personalized care and timely intervention.

The purpose of this work is primarily to achieve an in-depth understanding of the autism spectrum, mental disorders, and their interrelation, and secondarily, but equally important, to demonstrate the need for awareness, deepening of scientific knowledge, and a human-centered approach in all therapeutic practices, with the aim of improving the quality of life and the functionality of these individuals.

Keywords

Autism Spectrum Disorder (ASD), comorbidity, mental disorders, childhood and adolescence, therapeutic interventions, clinical assessment, early diagnosis, mental health, speech therapists, psychologists, quality of life, interdisciplinary approach.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Εισαγωγή

Ο Αυτισμός, ή πιο ορθά, η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), αποτελεί μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή που χαρακτηρίζεται από ελλείμματα στην αμοιβαία, κοινωνική επικοινωνία, καθώς και από μία τάση για ενασχόληση με περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα και στερεότυπα πρότυπα συμπεριφορών, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων με συνοδές αισθητηριακές δυσλειτουργίες (American Psychiatric Association, 2013 & World Health Organization, 2018). Στη διαταραχή του αυτισμού εμπλέκονται διάφορες εγκεφαλικές δομές με τρόπο όμως που δεν έχει αποσαφηνιστεί ακόμη πλήρως. Η αιτιολογία της ΔΑΦ είναι πολυπαραγοντική και υποστηρίζεται πως οφείλεται στον συνδυασμό γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Bai et al., 2019 & Colvert et al., 2015). Το γεγονός αυτό καθιστά τη διαταραχή αυτή μία ετερογενή κατάσταση με ποικίλο εύρος σοβαρότητας και εκδήλωσης συμπτωμάτων. Λόγω του ευρέος αυτού φάσματος, η διάγνωση καθίσταται επίσης περίπλοκη και σύνθετη διαδικασία καθώς είναι αναγκαίο να συνυπολογιστούν όλοι οι επιμέρους παράγοντες που απαρτίζουν τα κριτήρια της ΔΑΦ σύμφωνα μάλιστα με το DSM-5 και το ICD-11. Ωστόσο, παρά τις πολυάριθμες και πρωτοπόρες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί με επίκεντρο τον αυτισμό, παραμένουν αρκετά άλυτα ερωτήματα.

Οι ψυχικές διαταραχές ως ευρύτερη έννοια καθίστανται ως μία εμμένουσα δυσλειτουργία στη συμπεριφορά του ατόμου, στις σκέψεις του ή ακόμη και στα συναισθήματά του (Stein et al., 2010 & Wakefield., 2007). Η έννοια των ψυχικών διαταραχών, παρόλο που εκ πρώτης όψεως φαντάζει απλή και λιτή, είναι εντέλει αρκετά σύνθετη. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αναφερθεί πως οι ψυχικές διαταραχές δεν εκδηλώνονται απαραίτητα μόνο μέσα από ακραίες επαναλαμβανόμενες μεταβολές στις σκέψεις, τις συμπεριφορές και τα συναισθήματα, που ακολουθούν ένα επίμονο μοτίβο που αποκλίνει από την νόρμα. Η εκτίμηση μιας ψυχικής διαταραχής θα πρέπει να περιλαμβάνει και άλλους παράγοντες όπως τα συμπτώματα, τα βιολογικά ή περιβαλλοντικά αίτια, τους ιδιοσυγκρασιακούς παράγοντες καθώς και μια σειρά από άλλες παραμέτρους που θα αναλυθούν παρακάτω.

Ένα ζήτημα που απασχολεί ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα αλλά και τον γενικότερο πληθυσμό -και το οποίο κατέστη το βασικό αντικείμενο μελέτης στην παρούσα πτυχιακή -

είναι η συννοσηρότητα του αυτισμού με τις ψυχικές διαταραχές, όπως είναι οι Αγχώδεις Διαταραχές, η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ), οι Διαταραχές Ύπνου, οι Διαταραχές Συμπεριφοράς, οι Καταθλιπτικές Διαταραχές, η Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή (OCD) και πολλές άλλες που θα αναλυθούν εκτενώς στα κεφάλαια που ακολουθούν (Lai et al., 2019).

Η συννοσηρότητα αναφέρεται στην ταυτόχρονη παρουσία δύο ή περισσότερων διαταραχών στο ίδιο άτομο (Gadernann et al., 2012), μια κατάσταση που περιπλέκει τόσο τη διάγνωση όσο και τη θεραπεία.

Στο πέρασμα των χρόνων ποικίλες μελέτες (Simonoff et al., 2008 & Lai et al., 2019) θέτουν τις βάσεις προκειμένου να αναδείξουν πως πολλά άτομα τα οποία βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού εμφανίζουν σε υψηλά ποσοστά ψυχικές διαταραχές, γεγονός που αποτελεί τροχοπέδη στην ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών, στην καθημερινή λειτουργικότητά τους αλλά και στην μακροπρόθεσμη πορεία τους. Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση αυτών των συννοσηρών καταστάσεων είναι κρίσιμη τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς όσο και για το υποστηρικτικό τους περιβάλλον.

Η παρούσα εργασία επιχειρεί να αναλύσει τη συννοσηρότητα του αυτισμού με διάφορες ψυχικές διαταραχές, διερευνώντας τα αίτια, τις κλινικές εκδηλώσεις και τις θεραπευτικές προσεγγίσεις. Συγκεκριμένα, επιδιώκεται να απαντηθούν ερωτήματα όπως: Ποιες ψυχικές διαταραχές εμφανίζονται συχνότερα σε άτομα με ΔΑΦ; Ποιοι παράγοντες συμβάλλουν στην ανάπτυξη συννοσηρότητας; Ποιες είναι οι προκλήσεις στη διάγνωση και τη θεραπεία;

Η πτυχιακή εργασία ξεκινά με την απόδοση κάποιων πολύ κρίσιμων και θεμελιωδών όρων, αλλά και την παράθεση του θεωρητικού υπόβαθρου των όσων θα απαρτίσουν το μεγαλύτερο μέρος της εργασίας. Οι όροι αυτοί είναι:

- Η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος ως νευροαναπτυξιακή αλλά και ως κοινωνική διαταραχή λόγω του αντίκτυπου που έχει στην κοινωνική αλληλεπίδραση του ατόμου. Γίνεται επίσης αναφορά και ιστορική αναδρομή του ορισμού του αυτισμού μέχρι να καταλήξει να λάβει τον όρο που ευρέως χρησιμοποιούμε σήμερα.
- Οι Ψυχικές Διαταραχές, με τον γενικότερο όρο όπως έχει χαρακτηριστεί μέσω των εγχειριδίων DSM-5 και ICD-11, αλλά και με αναφορά στον «κοινωνικό εγκέφαλο», σύμφωνα με τον Porcelli. Ταυτόχρονα, γίνεται λόγος για τη νευροβιολογική βάση στην οποία στηρίζεται η έννοια των ψυχικών διαταραχών.

- Η συννοσηρότητα, καθώς μέσω της παρουσίας της έννοιας αυτής αναδεικνύεται η πολυπλοκότητα της κλινικής πραγματικότητας και αμφισβητούνται κάποια παραδοσιακά διαγνωστικά πλαίσια.
- Τέλος, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη σχέση ανάμεσα στις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος και σε άλλες ψυχικές νόσους, όπως η ΔΕΠ-Υ, οι αγχώδεις διαταραχές και οι συναισθηματικές δυσλειτουργίες. Τα ευρήματα ερευνών (Ghirardi et al., 2021) υποδεικνύουν ότι άτομα με ΔΑΦ παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας, η οποία οφείλεται σε συνδυασμό γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.

Στο επόμενο κεφάλαιο, αναλύεται η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ). Γίνεται αναφορά στα διαγνωστικά κριτήρια του αυτισμού κατά τα εγχειρίδια του DSM-5 και του ICD-11 καθώς τα διαγνωστικά αυτά εργαλεία είναι ευρέως γνωστό πως αποτέλεσαν βασική προϋπόθεση για την κατανόηση και τη διάγνωση του αυτισμού. Ακολουθεί αναφορά σε επιδημιολογικά δεδομένα, τα οποία σκιαγραφούν την αυξητική τάση της διάγνωσης παγκοσμίως, καθώς και σε δημογραφικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη συχνότητα εμφάνισης, όπως το φύλο, η ηλικία, το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο και η γεωγραφική κατανομή. Ιδιαίτερο βάρος δίδεται στην πολυπαραγοντική αιτιολογία της ΔΑΦ, καθώς αναλύονται γενετικοί, προγεννητικοί, περιγεννητικοί, μεταγεννητικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου που δρουν συνδυαστικά και διαμορφώνουν το κλινικό προφίλ της διαταραχής. Το κεφάλαιο συνεχίζει με την παρουσίαση της κλινικής εικόνας του αυτισμού, περιλαμβάνοντας τα χαρακτηριστικά συμπεριφοράς, επικοινωνίας και κοινωνικής αλληλεπίδρασης, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο αυτά επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου στην καθημερινή ζωή. Τέλος, γίνεται λόγος για τα εργαλεία αξιολόγησης, την ταξινόμηση των υποτύπων της ΔΑΦ, τις δυσκολίες που προκύπτουν στη διαγνωστική διαδικασία καθώς και για τις θεραπευτικές προσεγγίσεις και παρεμβάσεις του αυτισμού.

Έπειτα, η εργασία στρέφεται προς την παράθεση μιας σφαιρικής παρουσίασης των ψυχικών διαταραχών που εκδηλώνονται κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, με στόχο την κατανόηση των παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνισή τους και της σύνδεσής τους με το αυτιστικό φάσμα. Αρχικά, εξετάζονται οι κύριες αιτιολογικές συνιστώσες- βιολογικές, σωματικές, περιβαλλοντικές και ιδιοσυγκρασιακές- οι οποίες επηρεάζουν την ψυχική ανάπτυξη και την ευαλωτότητα του ατόμου. Παράλληλα, αναλύονται επιδημιολογικά δεδομένα που καταδεικνύουν τη συχνότητα εμφάνισης των ψυχικών διαταραχών στον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό, εστιάζοντας στην ανοδική τάση που

έχει λάβει τις τελευταίες δεκαετίες συγκριτικά με τα προηγούμενα έτη. Η εμβάθυνση στον τομέα της κλινικής αξιολόγησης καθίστανται καίριας σημασίας, καθώς συνιστά ακρογωνιαίο λίθο της διάγνωσης αλλά και της ορθής επιλογής της στρατηγικής που είναι συνετό να ακολουθηθεί. Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά και στις θεραπευτικές προσεγγίσεις που ανά τα χρόνια έχουν διαμορφωθεί με σκοπό την επιτυχή και αποτελεσματική έκβαση και αντιμετώπιση των εκάστοτε διαταραχών. Το κεφάλαιο αυτό αποτελεί ένα θεωρητικό υπόβαθρο για την κατανόηση του φαινομένου της συννοσηρότητας των ψυχικών αυτών διαταραχών με το φάσμα του αυτισμού, που θα αναλυθεί εκτενώς στο επόμενο κεφάλαιο.

Στο πέμπτο κεφάλαιο, η εργασία επικεντρώνεται σε μία προς μία τις ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται συχνά στα άτομα με διαταραχή αυτιστικού φάσματος, αναδεικνύοντας τη συννοσηρότητα ως ένα φαινόμενο που περιπλέκει σημαντικά τη διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία. Εξετάζονται διαδοχικά διαταραχές άγχους, διάθεσης, ύπνου, διατροφής, διαταραχές προσωπικότητας και συμπεριφοράς, ΔΕΠ-Υ, σχιζοφρένεια και ψυχωτικές διαταραχές καθώς και φαινόμενα και καταστάσεις όπως η αυτοκτονικότητα και ο αυτοκτονικός ιδεασμός αλλά και η δυσφορία του γένους, σαφώς, υπό το πρίσμα της αλληλεπίδρασής τους με τον αυτισμό. Το κεφάλαιο εστιάζει τόσο στους γενετικούς όσο και στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που συμβάλλουν στη συννοσηρότητα, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για έγκαιρη αναγνώριση και ολιστική διαχείριση και αντιμετώπιση αυτών των περιπτώσεων, προκειμένου να βελτιωθεί ουσιαστικά η ποιότητα ζωής των ατόμων στο φάσμα.

Το τελευταίο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας εστιάζει στη συννοσηρότητα ψυχιατρικών διαταραχών σε παιδιά με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος και αναδεικνύει την αναγκαιότητα μιας ολιστικής, διεπιστημονικής προσέγγισης στην αντιμετώπισή τους. Εξετάζεται εκτενώς ο ρόλος του λογοθεραπευτή στη στήριξη της επικοινωνίας, της κοινωνικής ένταξης και της συναισθηματικής κατανόησης των παιδιών, καθώς και η σημασία της συνεργασίας του με την οικογένεια και άλλους επαγγελματίες. Παράλληλα, αναλύεται η συμβολή του ψυχολόγου και του παιδοψυχιάτρου στη διαγνωστική διαδικασία και στη θεραπευτική παρέμβαση, με έμφαση στη Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία. Τέλος, παρουσιάζεται ο ρόλος της φαρμακευτικής αγωγής ως συμπληρωματικό μέσο για την αντιμετώπιση συνοδών συμπτωμάτων όπως το άγχος, η κατάθλιψη και η υπερκινητικότητα, όταν οι μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις δεν επαρκούν. Μέσα από αυτήν τη σύνθεση, αναδεικνύεται

η σημασία του συντονισμού των ειδικοτήτων για την ολοκληρωμένη υποστήριξη των παιδιών με ΔΑΦ και ψυχικές συννοσηρότητες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

Θεωρητικό Υπόβαθρο

2.1 Ορισμός Αυτισμού ως Νευροαναπτυξιακή Διαταραχή και ως Κοινωνική Διαταραχή

Η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) είναι μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή που χαρακτηρίζεται από προκλήσεις στην κοινωνική επικοινωνία και την παρουσία περιορισμένων και επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών. Είναι μία ετερογενής κατάσταση με αυξανόμενο επιπολασμό που επηρεάζει περίπου 1 στα 36 παιδιά σε χώρες υψηλού εισοδήματος (Wang et al., 2023; Lord et al., 2020; Sharma et al., 2018). Συνιστά το αποτέλεσμα μιας άτυπης ανάπτυξης του εγκεφάλου, η οποία ξεκινά ενδομήτρια και συνεχίζει και μετά την γέννηση (Hazlett et al., 2017). Όπως αναφέρεται από τον Bailey και τους συνεργάτες, «Ο Αυτισμός είναι μία Νευροαναπτυξιακή Διαταραχή στα πλαίσια της οποίας Γνωσιακές Δυσλειτουργίες παίζουν έναν καθοριστικό ρόλο και στην αιτιολογία της οποίας οι γενετικοί παράγοντες φαίνεται να είναι πιο σημαντικοί» (Bailey et al., 1996).

Ο χαρακτηρισμός μιας εικόνας από διάχυτα ελλείμματα σε συνδυασμό με νησίδες ικανοτήτων που δεν έχουν επηρεαστεί, αποδίδει μία μοναδική εικόνα στη διαταραχή του αυτισμού, η οποία οδήγησε τον Eric Schopler να την προσομοιάσει με μία εικόνα διάσπαρτων, πολλαπλών, μικροσκοπικών εγκεφαλικών επεισοδίων. Η ποικιλία στη μορφή και την ένταση αυτών των δυσκολιών αλλά και των ικανοτήτων, αντικατοπτρίζονται στη χρήση του όρου του Φάσματος για την περιγραφή της διαταραχής.

Η ιστορία του αυτισμού έχει τις ρίζες της πριν από τον 20ο αιώνα, καθώς υπάρχουν πρώιμες αναφορές σε συμπεριφορές που σήμερα θα μπορούσαν να ενταχθούν στο φάσμα του αυτισμού. Ωστόσο, οι πρώτες επιστημονικές περιγραφές ξεκίνησαν τον 20ο αιώνα. Το 1911 ο Γερμανός ψυχίατρος Eugen Bleuler εισήγαγε τον όρο «αυτισμός» για να περιγράψει ένα σύμπτωμα της σχιζοφρένειας που ήταν συναφές με την κοινωνική απομόνωση. Το 1943 ο Αυστριακός παιδοψυχίατρος Leo Kanner περιέγραψε παιδιά με χαρακτηριστικά όπως

έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων, επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και στερεοτυπίες, καθορίζοντας έτσι την κλινική εικόνα του αυτισμού. Ένα χρόνο αργότερα, το 1944, ο Hans Asperger μελέτησε παιδιά με παρόμοια συμπτώματα αλλά με φυσιολογική ή ανώτερη νοημοσύνη, περιγράφοντας αυτό που αργότερα αναγνωρίστηκε ως Σύνδρομο Asperger. Το 1980 το DSM-III (Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών) αναγνώρισε τον αυτισμό ως ξεχωριστή νευροαναπτυξιακή διαταραχή, απορρίπτοντας πλέον τις αβάσιμες θεωρίες που τον συνέδεαν με τη σχιζοφρένεια ή με τα ψυχολογικά αίτια. Το 1994 το DSM-IV καθιέρωσε τον όρο Διαταραχές του Αυτιστικού Φάσματος (Autism Spectrum Disorders - ASD), συμπεριλαμβάνοντας το Σύνδρομο Asperger. Στη σύγχρονη εποχή, το DSM-5 (2013) ενοποίησε όλες τις υποκατηγορίες κάτω από το γενικό όρο Διαταραχή του Αυτιστικού Φάσματος (ASD), αντανακλώντας μια πιο ολοκληρωμένη αντίληψη της κατάστασης.

Οι βασικοί τρεις θεμελιώδεις χαρακτηρισμοί που θα μπορούσαν να αποδώσουν την έννοια του Αυτισμού στο επίπεδο της καθημερινότητας είναι: «η έλλειψη κοινού νου» (*lack of common sense*), «η δυσκολία κατανόησης του προφανούς» (*implicit understanding*) και «η έλλειψη ισορροπίας». Έτσι, εμφανίζονται στο προσκήνιο τύποι ατόμων είτε ως «αποσυρμένοι/απομονωμένοι» (*aloof*) είτε ως «υπερκοινωνικοί, ενεργοί αλλά αλλόκοτοι» (*oversociability, overfamiliarity, active but odd*), είτε ως «παθητικοί», που απλά ακολουθούν τους άλλους (Wing & Gould, 1979). Οι τρεις διαφορετικοί τύποι κοινωνικής συναλλαγής αντανακλούν το ίδιο βασικό κοινωνικό έλλειμμα: τη δυσκολία κατανόησης του κοινωνικού περιβάλλοντος και των προσδοκιών που αυτό θέτει στα άτομα με ΔΑΦ. Αυτό που διαφοροποιεί τις κατηγορίες μεταξύ τους είναι ο τρόπος με τον οποίο κάθε άτομο επιλέγει να διαχειριστεί και να ανταποκριθεί σε αυτές τις δυσκολίες (Φρανσίς.Κ,2023).

Επιπροσθέτως, όπως ήδη έχει αναφερθεί, η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) χαρακτηρίζεται κυρίως από ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και αλληλεπίδραση, παράλληλα με επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και περιορισμένα ενδιαφέροντα. Αυτές οι κοινωνικές προκλήσεις αποτελούν καθοριστικό χαρακτηρισμό του αυτισμού. Τα άτομα με ΔΑΦ συχνά αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις στην κοινωνική επικοινωνία, οι οποίες περιλαμβάνουν δυσκολίες στη συζήτηση, τη διαμόρφωση σεναρίων κατάστασης και την ερμηνεία κοινωνικο-πολιτισμικών νοημάτων και συμπεριφορών (Frye, 2018; Ochs et al., 2004; Gotts 2012). Η κοινωνικότητα φαίνεται να είναι το κεντρικό έλλειμμα στον αυτισμό, από το οποίο πηγάζουν σε μεγάλο βαθμό όλες οι υπόλοιπες διαταραχές στην επικοινωνία, τη γλώσσα και τη συμπεριφορά (Dawson et al., 2004).

2.2 Ορισμός Ψυχικών Διαταραχών – Γενική Επισκόπηση

Οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν μία ευρεία κατηγορία καταστάσεων που επηρεάζουν τη σκέψη, τη συμπεριφορά και τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα της ζωής και τη λειτουργικότητά του (American Psychiatric Association [APA], 2022). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), οι ψυχικές διαταραχές είναι καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από κλινικά σημαντικές διαταραχές στη γνωστική λειτουργία, στη συναισθηματική ρύθμιση ή στη συμπεριφορά του ατόμου, οι οποίες συνδέονται με δυσφορία ή έκπτωση της λειτουργικότητας σε κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλο σημαντικό πλαίσιο της ζωής (World Health Organization [WHO], 2019).

Ο ορισμός των ψυχικών διαταραχών έχει εξελιχθεί μέσα από επιστημονικές προσεγγίσεις και ταξινομήσεις που βασίζονται στην παρατήρηση και την έρευνα. Οι δύο κύριες διεθνείς ταξινομήσεις των ψυχικών διαταραχών είναι το *Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5-TR)* της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (APA) και η *Διεθνής Ταξινόμηση Νοσημάτων (ICD-11)* του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO). Ειδικότερα, το DSM-5-TR (2022) ορίζει τις ψυχικές διαταραχές ως σύνδρομα που χαρακτηρίζονται από κλινικά σημαντικές διαταραχές στη γνωστική λειτουργία, στη συναισθηματική ρύθμιση ή στη συμπεριφορά ενός ατόμου, οι οποίες αντανακλούν δυσλειτουργία στις ψυχολογικές, βιολογικές ή αναπτυγμένες διεργασίες (APA, 2022). Σύμφωνα με το ICD-11(2019), οι ψυχικές, συμπεριφορικές και νευροαναπτυξιακές διαταραχές είναι καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από σημαντική έκπτωση στη σκέψη, στη συναισθηματική ρύθμιση ή στη συμπεριφορά, η οποία οδηγεί σε δυσλειτουργία στην καθημερινή ζωή (WHO, 2019).

Οι ψυχικές διαταραχές σε γενικό υπόβαθρο επηρεάζουν σημαντικά την κοινωνική λειτουργικότητα, καθώς η ικανότητα των ανθρώπων να αντικαθιστούν και να ανταποκρίνονται σε κοινωνικά ερεθίσματα εξαρτάται από εξειδικευμένα νευρικά δίκτυα, που συγκροτούν τον «κοινωνικό εγκέφαλο» (Porcelli et al., 2019). Ο κοινωνικός εγκέφαλος περιλαμβάνει περιοχές όπως η αμυγδαλή, ο προμετωπιαίος λοβός (PFC) και ο πρόσθιος προσαγωγός φλοιός (ACC), οι οποίες εμπλέκονται στην αναγνώριση των συναισθημάτων, στην κοινωνική αλληλεπίδραση και σαφώς στη λήψη αποφάσεων (Bickart et al., 2014).

Η κοινωνική δυσλειτουργία συνιστά κυρίαρχη συνέπεια πολυάριθμων και ποικίλων νευροψυχιατρικών διαταραχών, όπως η σχιζοφρένεια (SCZ), η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (MDD) και η νόσος του Αλτσχάιμερ (AD) (Kennedy & Adolphs., 2012). Κοινός γνώμονας των προαναφερθέντων διαταραχών είναι η κοινωνική απόσυρση, δηλαδή η προοδευτική απομάκρυνση από κοινωνικές σχέσεις και δραστηριότητες, η οποία ενδέχεται να προηγείται άλλων κλινικών συμπτωμάτων (NICE., 2014).

Από νευροβιολογική σκοπιά, η κοινωνική συμπεριφορά ρυθμίζεται από νευροδιαβιβαστές όπως:

- Η οξυτοκίνη (OXT), η οποία προάγει τη συναισθηματική σύνδεση και την κοινωνική εμπιστοσύνη (Guastella et al., 2008).
- Η ντοπαμίνη (DA), η οποία σχετίζεται με το αίσθημα ανταμοιβής από κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (Gunaydin & Deisseroth, 2014).
- Η σεροτονίνη (5-HT), η οποία ρυθμίζει τη διάθεση και την κοινωνική ευαισθησία (Dolen et al., 2013).

Η κοινωνική δυσλειτουργία μπορεί να θεωρηθεί ανεξάρτητος διαγνωστικός δείκτης με πιθανή προγνωστική αξία σε πολλές ψυχικές διαταραχές (Cotter et al., 2018). Μάλιστα, προτείνεται ότι οι στοχευμένες παρεμβάσεις, όπως η ενίσχυση της οξυτοκίνης, θα μπορούσαν να βελτιώσουν τις κοινωνικές δεξιότητες σε ασθενείς με αυτισμό, σχιζοφρένεια ή κατάθλιψη (Macdonald & Leary, 2005).

Ζωτικής σημασίας είναι επίσης, να καθορίζονται τα όρια μεταξύ του φυσιολογικού και του παθολογικού ώστε να μην χρησιμοποιείται αβίαστα και αβασάνιστα ο όρος «παθολογικό». (Παπαγεωργίου.Β.Α, 2005). Παράγοντες καίριας σημασίας για τον καθορισμό αυτού του ορίου είναι:

- *Η Ηλικία και το Αναπτυξιακό Στάδιο* διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη θέσπιση αυτού του ορίου καθώς τα παιδιά και οι έφηβοι διανύουν -σε αντίθεση με τους ενήλικες- μία πορεία ανάπτυξης και ωρίμανσης, σωματικής και ψυχικής. Συμπεριφορές που είναι αναμενόμενες και αποδεκτές σε ένα πρώιμο στάδιο μπορεί να θεωρηθούν προβληματικές εάν επιμείνουν σε μεταγενέστερες ηλικίες. Παράλληλα, δυσκολίες ψυχικής ή σωματικής φύσης που εμφανίζονται σε μία φάση της ανάπτυξης ενδέχεται να επηρεάσουν αρνητικά την πορεία των επόμενων σταδίων.

- *Η ποιότητα της σκέψης* αποτελεί θεμελιώδες χαρακτηριστικό της παιδικής ανάπτυξης και διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην εκδήλωση ψυχικών διαταραχών. Στα πρώτα χρόνια της ζωής η αντίληψη του κόσμου, των συναισθημάτων και των επιθυμιών είναι εγωκεντρική, καθώς το παιδί δυσκολεύεται να διαχωρίσει την εσωτερική του εμπειρία από την εξωτερική πραγματικότητα. Ωστόσο, γύρω στην ηλικία των πέντε ετών αποκτά σταδιακά την ικανότητα να αναγνωρίζει και να διαχωρίζει τις προσωπικές του επιθυμίες, συναισθήματα και πεποιθήσεις από τον αντικειμενικό κόσμο. Η εξέλιξη της σκέψης επηρεάζει καθοριστικά τη διάκριση μεταξύ φυσιολογικής και παθολογικής συμπεριφοράς συμβάλλοντας στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή του παιδιού.
- *Η Επίδραση Περιβάλλοντος* αποδίδει την εξάρτηση του παιδιού από το περιβάλλον. Το βρέφος λαμβάνει αποκλειστική φροντίδα από τη μητέρα και καθίσταται απόλυτα εξαρτημένο από εκείνη. Ωστόσο, καθώς μεγαλώνει αποκτά, σταδιακά σωματική και ψυχική ανεξαρτησία. Επομένως, γίνεται σαφές πως η ψυχική οργάνωση του παιδιού εκτυλίσσεται και σε σχέση με τη μητέρα αλλά και σε σχέση με την οργάνωση της οικογένειας καθώς και από τις σχέσεις με τα υπόλοιπα μέλη. Οποιοδήποτε πρόβλημα μέσα στην οικογένεια μπορεί να επηρεάσει το παιδί και να οδηγήσει στην εκδήλωση προβλημάτων (Ιεροδιακόνου, 1991).
- *Τα Ιδιοσυγκρασιακά Χαρακτηριστικά*, τα οποία αφορούν τη συμπεριφορά ενός ατόμου, το κίνητρό του για να προβαίνει σε ορισμένες πράξεις αλλά και το πόσο καλά πραγματοποιεί αυτές τις πράξεις. Τα χαρακτηριστικά αυτά συνιστούν σημαντική προγνωστική αξία στην αναπτυξιακή ψυχοπαθολογία με πρακτικές και θεωρητικές επιπτώσεις (Chess 1986, Rutter 1982). Συνεπώς, τα ιδιαίτερα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά, καθορίζουν σε ένα μεγάλο ποσοστό την αντίδραση που μπορεί να έχει κάποιο παιδί απέναντι σε ένα συγκεκριμένο γεγονός. Είτε θα επιδείξει την κατάλληλη συμπεριφορά είτε θα αντιδράσει με διαφορετικό τρόπο και να παρουσιάσει προβλήματα.
- *Η Συχνότητα και η Σοβαρότητα* μιας συμπεριφοράς διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην αξιολόγησή της. Η διαφοροποίηση μεταξύ φυσιολογικής και αποκλίνουσας συμπεριφοράς εξαρτάται, μεταξύ άλλων, από το πόσο συχνά εκδηλώνεται. Μια μεμονωμένη εκδήλωση μιας

συγκεκριμένης συμπεριφοράς δεν αποτελεί ένδειξη προβλήματος. Αντίθετα, όταν μια συμπεριφορά εμφανίζεται με αυξημένη συχνότητα, μπορεί να αποτελεί ένδειξη υποκείμενης δυσλειτουργίας ή ακόμη και να ενέχει κίνδυνο για το ίδιο το άτομο ή το κοινωνικό του περιβάλλον.

- *Οι Επιδράσεις στους Άλλους*, καθώς ο αντίκτυπος που έχουν οι ενήλικες στη ζωή του παιδιού είναι καθοριστικός παράγοντας στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς του. Η ικανότητα των ενηλίκων να παρέχουν κατάλληλη καθοδήγηση και υποστήριξη συμβάλλει στην οριοθέτηση μεταξύ φυσιολογικής και αποκλίνουσας συμπεριφοράς. Ένα σταθερό και υποστηρικτικό περιβάλλον μπορεί να προάγει την υγιή ανάπτυξη του παιδιού, ενώ η αδυναμία χειρισμού κρίσιμων καταστάσεων μπορεί να προκαλέσει δυσλειτουργικές συμπεριφορές.
- *Οι Οικογενειακές συνθήκες*, διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη συνολική ευημερία των μελών της οικογένειας. Δυσμενείς καταστάσεις, όπως η ύπαρξη σοβαρής ασθένειας ή οι οικονομικές δυσκολίες, μπορεί να επιβαρύνουν σημαντικά τα μέλη της, οδηγώντας σε αυξημένο άγχος και αδυναμία αποτελεσματικής διαχείρισης των καθημερινών προκλήσεων. Αυτοί οι παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν τόσο τη συναισθηματική ισορροπία όσο και τη δυναμική των οικογενειακών σχέσεων, αυξάνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης δυσλειτουργικών συμπεριφορών.

Ο χαρακτηρισμός μιας συμπεριφοράς ως «φυσιολογική» ή ως «παθολογική» θα πρέπει να θεμελιώνεται ύστερα από λεπτομερή διερεύνηση όλων των παραπάνω παραγόντων με γνώμονα την κριτική σκέψη, τη βαθιά και σφαιρική γνώση της φυσιολογικής ανάπτυξης και την κλινική παρατήρηση.

2.3 Η Έννοια της Συννοσηρότητας

Ο όρος «συννοσηρότητα» εισήχθη από τον Feinstein το 1970 για να περιγράψει την ταυτόχρονη παρουσία δύο ή περισσότερων διακριτών διαταραχών σε έναν ασθενή. Η συννοσηρότητα συνιστά έναν όρο «ομπρέλα», ο οποίος, κατά μία ευρύτερη έννοια, μπορεί να περιλαμβάνει την ταυτόχρονη ύπαρξη κάποιας οργανικής και κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής, όπως για παράδειγμα η άνοια που σχετίζεται με οργανικές καταστάσεις ή συναισθηματικές αλλαγές που προκύπτουν από ενδοκρινοπάθειες. Όντας ένα

επιδημιολογικό δεδομένο, γίνεται σαφές πως δεν αφορά αποκλειστικά το άτομο, αλλά επηρεάζεται από τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού στον οποίο αναφέρεται. Το γεγονός ότι κάποιες διαταραχές σε ορισμένες περιπτώσεις και καταστάσεις εμφανίζονται συγχρόνως, δεν συνιστά τη συνύπαρξή τους πανάκεια σε κάθε μεμονωμένη περίπτωση.

Πολλές φορές η συννοσηρότητα μεταξύ διαφορετικών διαταραχών, τείνει να αποδίδει λαθεμένα κάποια άμεση σχέση αιτίας μεταξύ τους. Στην πραγματικότητα, σε ορισμένες περιπτώσεις μία διαταραχή μπορεί να είναι η αρχή της άλλης. Η ύπαρξη πολλαπλών διαταραχών στο ίδιο άτομο αμφισβητεί, τουλάχιστον εν μέρει, την παραδοσιακή νοσολογική προσέγγιση, η οποία βασίζεται σε διακριτές διαγνωστικές κατηγορίες. Έχει διατυπωθεί η άποψη ότι η συννοσηρότητα μπορεί να είναι αποτέλεσμα ενός ταξινομικού συστήματος που κατηγορεί τις ψυχικές διαταραχές με τρόπο που δεν αντικατοπτρίζει την πολυπλοκότητα της κλινικής πραγματικότητας. Επίσης, το γεγονός ότι μία διαταραχή είναι ήδη παρούσα μπορεί να καταστήσει μία δεύτερη πιο εμφανή, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι εμφανίζεται συχνότερα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Τέλος, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και οι επαγγελματίες υγείας, καθώς ο τρόπος με τον οποίο μελετούν και καταγράφουν τις διαταραχές, μπορεί να επηρεάσει τη διάγνωση και την καταγραφή της συννοσηρότητας (Klykylo, 2002).

Σύμφωνα με ευρήματα της Εθνικής Έρευνας Συννοσηρότητας (NCS) - της πρώτης μεγάλης κλίμακας ψυχιατρικής επιδημιολογικής μελέτης που χρησιμοποίησε εκτεταμένες διαγνωστικές συνεντεύξεις σε ένα εθνικό αντιπροσωπευτικό δείγμα των Ηνωμένων Πολιτειών- αποκαλύπτεται πως η συχνότητα εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών είναι εμφανώς υψηλότερη από ό,τι είχε εκτιμηθεί στο παρελθόν. Παρά τη μεγάλη εξάπλωση των ψυχικών διαταραχών, οι σοβαρές μορφές τους συγκεντρώνονται σε ένα μικρότερο ποσοστό του πληθυσμού και χαρακτηρίζονται από την παρουσία πολλαπλών ψυχιατρικών διαταραχών. Η υψηλή αυτή συννοσηρότητα συνδέεται με αυξημένη δυσλειτουργία και χρόνια πορεία των διαταραχών (Kessler.R.C ,2009). Συνεπώς, οι προσαρμογές που λαμβάνονται υπόψη για τη συννοσηρότητα παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ακριβή εκτίμηση της επιβάρυνσης που προκαλεί μια ασθένεια, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για ψυχικές διαταραχές. Αυτό αναδεικνύει τη σημασία της καταγραφής και τις αναλύσεις της συνεννόησης στις μελέτες που αφορούν την ψυχική υγεία, καθώς η συνύπαρξη πολλαπλών διαταραχών μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τόσο τη διάγνωση όσο και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών (Gadernann.A.M., Alonso.J, Vilagut .G, Zaslavsky.A.M, Kessler.R.C. ,2012).

Η κατανόηση της συννοσηρότητας είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση της κλινικής φροντίδας, για την επιδημιολογική έρευνα και για τον αποτελεσματικό σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας. Απαιτεί σαφείς ορισμούς και αναλυτικά μοντέλα, προκειμένου να διευκολύνει την ερμηνεία και τη διαχείριση πολύπλοκων καταστάσεων υγείας (Valderas et al., 2009).

2.4 Σχέση Αυτισμού και Ψυχικών Διαταραχών

Τα άτομα με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) τείνουν να παρουσιάζουν συχνά σωματικές ή /και ψυχιατρικές συνυπάρχουσες διαταραχές, με υψηλότερα ποσοστά επιπολασμού από το γενικό πληθυσμό. Οι πιο συνήθεις καταστάσεις που έρχονται συχνά στο προσκήνιο, όταν αναφερόμαστε στη σχέση του αυτισμού με τις ψυχικές διαταραχές, αφορούν στη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ ή ADHD), στις Αγχώδεις Διαταραχές, στις Διαταραχές Ύπνου, στις Καταθλιπτικές Διαταραχές, στις Επιληπτικές Κρίσεις, στις Αισθητηριακές και Κινητικές Δυσλειτουργίες καθώς και στην Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή (OCD) (Lai et al., 2019). Μάλιστα, περίπου το 56% των ατόμων που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού εμφανίζουν μια συνυπάρχουσα ψυχιατρική πάθηση, με την ADHD και τις διαταραχές διασπαστικής συμπεριφοράς να παρουσιάζουν άμεσες γενετικές συσχετίσεις με τον αυτισμό (Okewole et al., 2024).

Πρόσφατες έρευνες (Tick et al., 2016) πραγματεύονται τις επιδράσεις που μπορεί να έχουν οι συνοδές ψυχικές διαταραχές στις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος. Ωστόσο, είναι αναγκαίο να σημειωθεί πως καμία μελέτη δεν έχει διεξαχθεί σε δείγμα ατόμων που να πληρούν πλήρως τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΑΦ, αλλά σκοπός των ερευνών ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της διάγνωσης της ΔΑΦ και των συναισθηματικών διαταραχών, της υπερκινητικότητας και των διαταραχών συμπεριφοράς.

Στις έρευνες αυτές παράλληλα, πραγματοποιείται ανάλυση, με γνώμονα, τόσο τις γενετικές όσο και τις περιβαλλοντικές αντιδράσεις ενώ εξετάζεται και κατά πόσο τα συνοδά προβλήματα συνιστούν συνέπεια των συμπτωμάτων της ΔΑΦ.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ερευνών , ένα ποσοστό το οποίο ανέρχεται πάνω από το 50% των ατόμων τα οποία βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού παρουσιάζει συναισθηματικές δυσκολίες ή υπερκινητικότητα, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό παρουσιάζει και τα τρία προβλήματα ταυτόχρονα (Tick et al., 2016; Okewole et al., 2024). Επίσης, έχει διαπιστωθεί

ότι η σύνδεση μεταξύ ΔΑΦ και των συναισθηματικών διαταραχών οφείλεται κυρίως σε γενετικούς παράγοντες, ενώ στην περίπτωση των προβλημάτων που αφορούν στη συμπεριφορά, τον μεγαλύτερο αντίκτυπο είχαν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες (Tick et al., 2016).

Συμπερασματικά, προκύπτει ότι η υπερκινητικότητα είναι ικανή να επηρεάσει την αναγνώριση της ΔΑΦ, ενώ η γενετική ανεξαρτησία μεταξύ των προβλημάτων συμπεριφοράς και της ΔΑΦ ενισχύει τη θεωρία ότι πρόκειται για ξεχωριστούς φαινοτύπους. Επιπλέον, η συσχέτιση μεταξύ ΔΑΦ και συναισθηματικών προβλημάτων φαίνεται να οφείλεται αποκλειστικά σε κοινές γενετικές επιδράσεις (Tick et al., 2016).

Όπως ήδη έχει αναφερθεί, η σύνδεση του αυτισμού με τις ψυχιατρικές διαταραχές κρίνεται ιδιαίτερα πολύπλοκη καθώς λαμβάνουν χώρα και γενετικοί παράγοντες αλλά και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Το γεγονός ότι οι συνυπάρχουσες καταστάσεις ψυχικής υγείας είναι συχνές σε άτομα με αυτισμό, απαιτεί την προσεκτική αξιολόγηση και τις ολοκληρωμένες προσεγγίσεις φροντίδας. Η κατανόηση αυτών των σχέσεων μπορεί να βοηθήσει στην ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων και στη βελτίωση των αποτελεσμάτων για όσους επηρεάζονται.

Ο ραγδαία αυξανόμενος ρυθμός των μελετών και ερευνών που διεξάγονται για τη σχέση ανάμεσα στον αυτισμό και τις ψυχικές διαταραχές οδηγεί σε ποικίλες υποθέσεις αλλά και συμπεράσματα. Ένας όγκος, λοιπόν, ερευνών αποκαλύπτει πως τα άτομα με αυτισμό συχνά αντιμετωπίζουν προκλήσεις που σχετίζονται με την ευερεθιστότητα και τη συναισθηματική ρύθμιση, με αποτέλεσμα να εκδηλώνονται έντονες αντιδράσεις, όπως εκρήξεις θυμού, απογοήτευση και επιθετικές συμπεριφορές (Genovese A., Ellerbeck K, 2022). Οι επιθετικές εκδηλώσεις μπορεί να περιλαμβάνουν σωματική βία προς άλλους, αυτοτραυματισμό ή καταστροφή αντικειμένων και προσωπικής περιουσίας. Ένας από τους βασικούς παράγοντες που πυροδοτούν αυτές τις λαθεμένες συμπεριφορές έχει τα θεμέλιά του στη δυσκολία συναισθηματικής αυτορρύθμισης, η οποία μπορεί να εντείνει την ένταση του θυμού και να οδηγήσει σε αρνητικές συμπεριφορές. Επιπλέον, οι προκλήσεις στην κοινωνική κατανόηση, όπως η εσφαλμένη ερμηνεία των προθέσεων των άλλων, συχνά ενισχύουν τις πιθανότητες εμφάνισης επιθετικότητας με οποιονδήποτε τρόπο (Mazefsky CA, White SW, 2014).

Επιπρόσθετα, οι αυτοτραυματικές συμπεριφορές (SIB) συνιστούν μια ακόμη σοβαρή πτυχή των προβλημάτων συμπεριφοράς που ενδέχεται τα άτομα με Δ.Α.Φ να εμφανίσουν. Τέτοιες συμπεριφορές περιλαμβάνουν ενέργειες που προκαλούν σωματική βλάβη, όπως χτυπήματα, δαγκώματα, τσιμπήματα, ξύσιμο ή τράβηγμα μαλλιών. Αρκετά συχνά παρατηρούνται οι στερεοτυπικές αυτοδιεγερτικές συμπεριφορές, οι οποίες εκδηλώνονται μέσω επαναλαμβανόμενων κινήσεων, ήχων ή φράσεων χωρίς προφανή λόγο. Αυτές οι συμπεριφορές μπορούν να είναι είτε αυθόρμητες είτε να προκύψουν ως αντίδραση σε συγκεκριμένα ερεθίσματα.

Οι συνθήκες που αποτελούν ενισχυτικό παράγοντα για την ενδεχόμενη αύξηση της έντασης και της συχνότητας των αυτοτραυματικών συμπεριφορών περιλαμβάνουν τη νοητική υστέρηση, τις περιορισμένες επικοινωνιακές δεξιότητες, τις δυσκολίες στον έλεγχο των παρορμήσεων, τα αισθητηριακά ελλείμματα και τις διαταραχές ύπνου (Gulsrud A., Lin CE, Park MN, Helleman G., McCracken J, 2018). Αξιοσημείωτο είναι ότι τα ηλικιωμένα άτομα με αυτισμό διατρέχουν μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών σε σχέση με τις νεότερες γενιές, κάτι που ευθυγραμμίζεται με τα ευρήματα για το γενικό πληθυσμό (Lever AG, Geurts HM., 2016). Παρόλα αυτά, εξακολουθούν να υπάρχουν ελλείψεις στη βιβλιογραφία όσον αφορά τις συνυπάρχουσες διαταραχές σε άτομα διαγνωσμένα με αυτισμό που έχουν επίσης διανοητικές αναπτυξιακές αναπηρίες. Παρότι ένα σημαντικό ποσοστό των ατόμων με ΔΑΦ αντιμετωπίζει και νοητική αναπηρία, αυτή η ομάδα συχνά δεν λαμβάνει επαρκή προσοχή στις μελέτες που διερευνούν τη συννοσηρότητα στην ίδια διαταραχή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Αυτισμός

3.1 Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-5

Η ποικιλομορφία των συμπτωμάτων των ψυχικών διαταραχών και η ανάγκη ύπαρξης κοινής γλώσσας όσον αφορά τη διάγνωσή τους, οδήγησε στην ανάπτυξη διαγνωστικών εγχειριδίων. Τα κυρίαρχα διαγνωστικά εγχειρίδια για τον προσδιορισμό και τη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών είναι το DSM της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (APA) και το ICD του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO). Οι τρέχουσες εκδόσεις των δύο εγχειριδίων είναι η 5^η για το DSM (DSM-5) και η 11^η για το ICD (ICD-11) (Μπαρμπούνη, Α., 2023).

Ο ορισμός του αυτισμού στην πάροδο των ετών έχει λάβει πολλές μορφές, άλλες βασισμένες σε ευρύτερες απόψεις της διαταραχής και άλλες βασισμένες σε ειδικότερες απόψεις της διαταραχής αυτής (Rosen NE, Lord C, Volkmar FR., 2021). Κατά την **ιστορική ανασκόπηση** του όρου «αυτισμός» και της εξέλιξής του στο χρόνο, διαπιστώνουμε τα εξής:

- Στο **DSM-III (1980)** εισάγεται για πρώτη φορά ο όρος «infantile autism» (βρεφικός αυτισμός) ως υποκατηγορία των **Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών (PDD)**.
- Στο **DSM-IV (1994)**, ο όρος «αυτισμός» διαφοροποιείται από συναφείς διαταραχές, όπως το **Σύνδρομο Asperger** και η **Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (PDD-NOS)**.
- Στο **DSM-5 (2013)**, όλες αυτές οι διαγνώσεις συγχωνεύονται υπό τον ενιαίο όρο «**Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ)**», ως νευροαναπτυξιακή διαταραχή, ο οποίος πλέον περιλαμβάνει και αξιολογεί τη σοβαρότητα βάσει επιπέδων υποστήριξης (Τρία επίπεδα: 1–3).

Για τη διάγνωση της ΔΑΦ στο DSM-5 απαιτείται η εμφάνιση συγκεκριμένων κλινικών κριτηρίων, ενώ παράλληλα καθορίζεται το επίπεδο σοβαρότητας μέσω των επιπέδων υποστήριξης που προσδιορίζουν τη βαρύτητα και τις ανάγκες υποστήριξης (Kamp-Becker, I., 2024).

Αντίστοιχα, όσον αφορά το εγχειρίδιο διάγνωσης ICD, ο αυτισμός εισήχθη επίσημα στην 9^η έκδοση (IDC-9) και εξελίχθηκε στη 10^η έκδοση (ICD-10), όπου εμπεριέχονταν επιμέρους διαγνώσεις όπως η «παιδική αυτιστική διαταραχή» και η «άτυπη αυτιστική διαταραχή». Το 2022, διαμορφώθηκε το ICD-11, το οποίο προέβη σε αντικατάσταση των παραπάνω υποκατηγοριών με τον ευρύτερο όρο «Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος», όπως το γνωρίζουμε σήμερα. Το γεγονός αυτό οδηγεί στην ύπαρξη μεγάλης ετερογένειας στις διαγνώσεις και δεν δίνεται έμφαση στα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που απαιτούνται για τη διάγνωση της διαταραχής. Συνεπώς, οι παράγοντες αυτοί δυσχεραίνουν την ακριβή διάγνωση αλλά και την μετέπειτα στοχευμένη παρέμβαση (Kamp-Becker.I., 2024).

Ανακεφαλαιώνοντας, οι δύο αυτές προσεγγίσεις – το DSM-5 και το ICD-11 – αντικατοπτρίζουν δύο «αντικρουόμενες» θέσεις για τη διάγνωση της ΔΑΦ: η πρώτη βασίζεται σε συγκεκριμένα κλινικά και ιατρικά κριτήρια ενώ η δεύτερη υιοθετεί μία πιο ευέλικτη, λειτουργική και κοινωνικά προσανατολισμένη περιγραφή (Kamp-Becker.I., 2024).

Τα Διαγνωστικά Κριτήρια του Αυτισμού, σύμφωνα με το DSM-5 και το ICD-11 είναι τα ακόλουθα (Φρανσίς.Κ., 2023):

Α. Επίμονες διαταραχές της κοινωνικής επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης παρούσες σε πολλαπλά πλαίσια, όπως εκδηλώνονται με τα επακόλουθα (ενδεικτικά παραδείγματα):

1. Διαταραχές στην κοινωνική – συναισθηματική αμοιβαιότητα, εκτεινόμενη λ.χ. από ασυνήθη κοινωνική προσέγγιση και αποτυχία να έχει μια τυπική με εναλλαγές συζήτηση μέχρι μειωμένη επιδίωξη να μοιραστεί ενδιαφέροντα ή συναισθήματα, και αποτυχία στην έναρξη ή τη διατήρηση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης.
2. Ελλείμματα σε εξωλεκτικές συμπεριφορές που χρησιμεύουν στην κοινωνική αλληλεπίδραση, εκτεινόμενη λ.χ. από κακό συντονισμό της λεκτικής και εξωλεκτικής επικοινωνίας μέχρι ατυπίες στη βλεμματική επαφή και τη γλώσσα του σώματος ή ελλείμματα στην κατανόηση και τη χρήση χειρονομιών ή ακόμη και πλήρης απουσία εκφράσεων προσώπου και εξωλεκτικής επικοινωνίας.
3. Διαταραχές στην ανάπτυξη, διατήρηση και κατανόηση σχέσεων, εκτεινόμενη λ.χ. από δυσκολία στην προσαρμογή της συμπεριφοράς στο κοινωνικό πλαίσιο, μέχρι

δυσκολίες στη συμμετοχή σε παιχνίδια φαντασίας και στη δημιουργία φίλων ή και σε έλλειψη ενδιαφέροντος για συνομηλίκους.

Καθορίστε την παρούσα βαρύτητα:

Β. Περιορισμένα, επαναληπτικά πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων ή δραστηριοτήτων, όπως εκδηλώνονται με τουλάχιστον δύο (2) από τα ακόλουθα (τα παραδείγματα είναι ενδεικτικά):

1. Στερεότυπες ή επαναλαμβανόμενες κινήσεις, χρήση αντικειμένων ή λόγου, (λ.χ., απλοί κινητικοί μαννερισμοί, σειροθέτηση παιχνιδιών, περιστροφή αντικειμένων, ηχολαλία, χρήση ιδιοσυγκρασιακών εκφράσεων).
2. Επιμονή για διατήρηση της ομοιότητας, άκαμπτη προσκόλληση σε ρουτίνες ή τελετουργικά πρότυπα λεκτικής/εξωλεκτικής συμπεριφοράς (λ.χ. σημαντική δυσφορία σε μικρές αλλαγές, δυσκολία στις μεταβάσεις, ακαμψία στη σκέψη, χρήση τελετουργιών χαιρετισμού, ανάγκη για χρησιμοποίηση της ίδιας διαδρομής ή κατανάλωσης του ίδιου φαγητού καθημερινά, κλπ.
3. Ιδιαίτερα περιορισμένα, στερεότυπα ενδιαφέροντα με παθολογική ένταση ή εστίαση (λ.χ. έντονη προσκόλληση ή ενασχόληση με ασυνήθη αντικείμενα, υπερβολικά περιγεγραμμένα ή επίμονα ενδιαφέροντα).
4. Υπερ- ή υπό-απαντητικότητα σε αισθητηριακά ερεθίσματα ή ασυνήθιστο ενδιαφέρον για αισθητηριακά στοιχεία του περιβάλλοντος (λ.χ. εμφανής αδιαφορία σε πόνο/θερμοκρασία, μη αναμενόμενη αντίδραση σε συγκεκριμένους ήχους ή υφές, υπερβολική ενασχόληση με την μυρωδιά ή το άγγιγμα αντικειμένων, οπτική προσήλωση σε φώτα ή κίνηση).

Καθορίστε την παρούσα βαρύτητα:

Η βαρύτητα βασίζεται στα ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και στα περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφορών.

- Επίπεδο 1: «Ανάγκη υποστήριξης».
- Επίπεδο 2: «Ανάγκη ενισχυμένης υποστήριξης».
- Επίπεδο 3: «Ανάγκη ιδιαίτερα ενισχυμένης υποστήριξης».

- C. Τα συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα στην πρώιμη αναπτυξιακή περίοδο (αλλά μπορεί να μην είναι πλήρως εμφανή , έως ότου οι κοινωνικές απαιτήσεις ξεπεράσουν τις μειωμένες ικανότητες ή μπορεί να καλύπτονται από εκμαθημένες στρατηγικές στη μετέπειτα ζωή).
- D. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική έκπτωση στο κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλο βασικό πεδίο της παρούσας λειτουργικότητας.
- E. Οι διαταραχές δεν εξηγούνται επαρκέστερα ως νοητική υστέρηση (νοητική αναπτυξιακή διαταραχή) ή ως γενικευμένη αναπτυξιακή καθυστέρηση). Η νοητική υστέρηση και οι ΔΑΦ συχνά συνυπάρχουν. Προκειμένου να τεθεί η διάγνωση συννοσηρότητας, θα πρέπει η κοινωνική επικοινωνία να είναι χαμηλότερη από την αναμενόμενη για το γενικό αναπτυξιακό επίπεδο του ατόμου.

Καθορίστε αν:

- ✓ Συνυπάρχει ή όχι νοητικό έλλειμμα
- ✓ Συνυπάρχει ή όχι γλωσσικό έλλειμμα
- ✓ Σχετίζεται με γνωστή ιατρική ή γενετική διαταραχή ή με περιβαλλοντολογικό παράγοντα
- ✓ Σχετίζεται με άλλη νευροαναπτυξιακή, ψυχιατρική ή συμπεριφορική διαταραχή
- ✓ Σχετίζονται με κατατονία

Το νοητικό φάσμα διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη διάγνωση του αυτισμού, τόσο στα άτομα με πολύ χαμηλή νοημοσύνη όσο και στα άτομα με πολύ υψηλή λειτουργικότητα, ειδικότερα όταν συνυπάρχουν και άλλες διαταραχές, όπως η ΔΕΠ-Υ ή η γλωσσική διαταραχή.

Το νεαρό της ηλικίας των πολύ μικρών παιδιών συνιστά αποτρεπτικό παράγοντα στην ακριβή διάγνωση καθώς πολλές φορές οι συμπεριφορές που περιγράφονται στα παραπάνω κριτήρια δεν έχουν αναδυθεί ακόμη σύμφωνα με τα αναπτυξιακά ορόσημα.

Η διάγνωση πραγματοποιείται με ασφάλεια και ακρίβεια από την ηλικία των 2 ετών εφόσον χρησιμοποιηθούν τα κατάλληλα εργαλεία (Gutherie et al., 2013).

Τέλος, λόγος γίνεται για τη δυσκολία στη διάγνωση των κοριτσιών καθώς στην προκειμένη περίπτωση παρατηρείται ένα φαινόμενο, το λεγόμενο «camouflaging». Το «camouflaging» συνιστά μία αντισταθμιστική ικανότητα συγκαλύψης, κατά την οποία η κλινική εικόνα των κοριτσιών τείνει να είναι πιο διακριτική, ειδικότερα σε περιπτώσεις παιδιών υψηλής λειτουργικότητας αυτισμού (Young et al., 2018).

3.2 Επιδημιολογία

Ο επιπολασμός της ΔΑΦ υποστηρίζεται πως τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί με ραγδαίους ρυθμούς, καθιστώντας το ζήτημα αυτό καίριο και φλέγον για τη διατήρηση της δημόσιας υγείας (Βαβανού.Κ, Λάγιου.Α., 2023).

Σύμφωνα με επιδημιολογικά δεδομένα του έτους 2012, ο επιπολασμός της ΔΑΦ ανερχόταν σε 62/10.000 παιδιά, με υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης να παρουσιάζεται στα αγόρια (Elsabbagh et al., 2012).

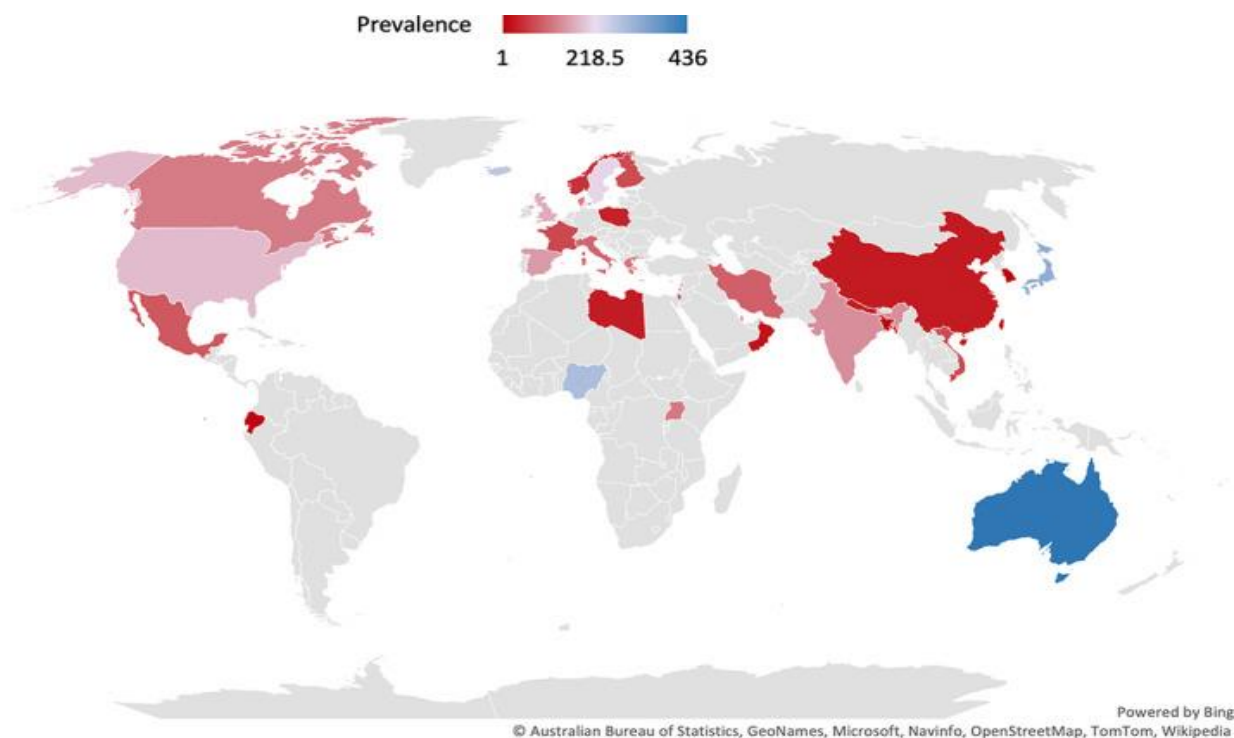
Πρόσφατες έρευνες πραγματεύονται παράγοντες που πιθανόν να ευθύνονται για την αύξηση αυτή με πρώτη να παρουσιάζεται η έκθεση σε περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου. Παράλληλα, κοινωνικοδημογραφικές πτυχές, όπως η γεωγραφική τοποθεσία, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και η εθνοτική προέλευση φαίνεται να επηρεάζουν τις διαγνώσεις, ενδεχομένως λόγω διαφορών στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Ορισμένοι ερευνητές θεωρούν ότι οι ανισότητες στην υγειονομική περίθαλψη ενδέχεται να συμβάλλουν σε αυτή τη διακύμανση, καθώς οι κοινωνικές προκαταλήψεις και τα θεσμικά εμπόδια περιορίζουν τη διάγνωση και υποστήριξη σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες (Zeidan.J. et al., 2022).

Οι μέθοδοι εντοπισμού και επιβεβαίωσης της διάγνωσης του αυτισμού διαφέρουν μεταξύ των μελετών καθώς χρησιμοποιούνται είτε διοικητικά δεδομένα είτε άμεσες διαγνωστικές αξιολογήσεις. Οι επιδημιολογικές έρευνες βασίζονται σε εργαλεία προσυμπτωματικού ελέγχου, όπως το M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers) (Chaaya et al., 2016 & Hoang et al., 2019) ή το SCQ (Social Communication Questionnaire) (Narzisi et al., 2020, Rudra et al., 2017 & Morales H. Sun et al., 2019), ενώ η επιβεβαίωση γίνεται με κλινικές εκτιμήσεις ή τυποποιημένα διαγνωστικά εργαλεία όπως το ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) (Fombonne et al., 2016 & Sun et al., 2019) και το ADI-R (Autism Diagnostic Interview–Revised) (Morales-Hidalgo et al., 2018 & Sun et al., 2019).

Ωστόσο, η ευαισθησία αυτών των εργαλείων δεν είναι απόλυτη, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε υποτίμηση του πραγματικού επιπολασμού του αυτισμού, ιδιαίτερα σε περιοχές με περιορισμένη πρόσβαση σε εξειδικευμένους επαγγελματίες (Dodds et al., 2009).

Σύμφωνα με μία συστηματική ανασκόπηση που έλαβε χώρα το Δεκέμβριο του 2020 και ενημερώθηκε τον Νοέμβριο του 2021, είχε ως σκοπό πρωταρχικά να αποσαφηνιστεί η επικράτηση της ΔΑΦ παγκοσμίως, λαμβάνοντας υπόψη τις μεθοδολογικές προκλήσεις στην καταγραφή και ανάλυση επιδημιολογικών στοιχείων. Ανάμεσα στις 71 μελέτες που συμπεριελήφθησαν στην ανασκόπηση, εντοπίστηκαν 99 εκτιμήσεις επιπολασμού σε 34 χώρες. Οι περισσότερες μελέτες πραγματοποιήθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και στη Βόρεια Ευρώπη, ωστόσο μέσα στα χρόνια της έρευνας ενσωματώθηκαν και χώρες όπως η Αφρική και η Μέση Ανατολή εμπλουτίζοντας τα επιδημιολογικά δεδομένα (al-Mamari et al., 2019 & Alshaban et al., 2019 & Chinawa et al., 2016). Επιπρόσθετα, οι άνδρες αναφέρεται πως παρουσιάζουν εμφανώς σταθερά υψηλότερο επιπολασμό συγκριτικά με τις γυναίκες με αναλογία φύλου που κυμαίνεται από 0.8 έως 6 (Chaaya et al., 2016 & Frazier et al., 2014).

Η εισαγωγή του παράγοντα της νοητικής αναπηρίας καθιστά τα δεδομένα επιπολασμού περιορισμένα, με τις διαθέσιμες ωστόσο εκτιμήσεις να κυμαίνονται σε ποσοστό από 0%-70%.



(Πηγή: Zeidan.J, Fombonne.E, Scora.J, Ibrahim.A, Durkin.M.S., Saxena.S., Yusuf.A., Shih.A., Elsabbagh.M., 2022).

Εικόνα 1. Επιπολασμός αυτισμού ανά 10.000 από το 2012 έως το 2021. Η παραπάνω εικόνα απεικονίζει τον εντοπισμό των 99 εκτιμήσεων επιπολασμού σε 34 χώρες.

Στο πλαίσιο του επιπολασμού και της επιδημιολογίας του αυτιστικού φάσματος, είναι αναγκαίο να αναφερθούν ορισμένοι παράγοντες οι οποίοι, βασιζόμενοι σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί στο βάθος των ετών, αποδεικνύουν πως έχουν άμεση ή έμμεση συσχέτιση με την εμφάνιση της ΔΑΦ. Η κατανόηση των επιδημιολογικών αυτών παραγόντων αποτελεί βασική προϋπόθεση για τον εντοπισμό πληθυσμιακών ομάδων αυξημένου κινδύνου, καθώς και για τον σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων στον τομέα της πρόληψης και της πρώιμης διάγνωσης μετέπειτα (Lord et al., 2020).

Σε πρώτο πλάνο, παρουσιάζεται ο παράγοντας του βαθμού της συγγένειας. Μέσω μίας μελέτης η οποία επιχείρησε να διεξάγει μία συστηματική ανασκόπηση αλλά και μετα-ανάλυση όλων των δίδυμων μελετών για την εμφάνιση της ΔΑΦ που έχουν δημοσιευτεί μέχρι σήμερα, τεκμηριώνεται η ύπαρξη γενετικής προδιάθεσης στη διαταραχή του αυτισμού (Tick et al., 2016). Τα αποτελέσματα έδειξαν πως στα μονοζυγωτικά δίδυμα (MZ) οι συσχετίσεις των αναλύσεων ανέρχονταν στο 0,98, ενώ η διζυγωτική συσχέτιση ήταν στο 0,53. Παράλληλα, έρευνα που διεξήχθη στη Σουηδία το 2014 ανάμεσα σε παιδιά τα οποία είχαν είτε πρώτο είτε πιο μακρινό βαθμό συγγένειας μεταξύ τους (αδέρφια ή ξαδέρφια),

ανακάλυψε πως ο ατομικός κίνδυνος ΔΑΦ αυξάνεται αναλογικά με τη γενετική συγγένεια (Sandin.S. et al., 2014).

Ένας δεύτερος παράγοντας που έχει διερευνηθεί βοηθώντας τον προσδιορισμό του επιπολασμού της ΔΑΦ είναι το βιολογικό φύλο. Όπως γίνεται σαφές μέσα από το εγχειρίδιο του DSM-5, η ΔΑΦ είναι κατά τέσσερις φορές πιο συχνή στους άνδρες από ότι στις γυναίκες (American Psychiatric Association A, Association AP, 2013). Οι άνδρες τείνουν να υπερτερούν σε όλες τις διεξαχθείσες έρευνες έναντι του γυναικείου πληθυσμού, δημιουργώντας μία έννοια που ονομάζεται «γυναικεία προστατευτική επίδραση» (Elsabbagh, 2020 & Lord et al., 2018). Ωστόσο, αυτό πρακτικά σημαίνει πως παρόλο που η συχνότητα εμφάνισης του αυτισμού στις γυναίκες είναι μειωμένη, ο φαινότυπος – όταν αυτός θα εμφανιστεί –ενδεχομένως να είναι πιο σοβαρός. Τα συμπεριφορικά μοτίβα επίσης δεν είναι συνηθισμένα στο φαινότυπο των κοριτσιών (Guerra S. Et al., 2019), αντίθετα, παρουσιάζουν καλύτερες επιδόσεις στις κοινωνικές δεξιότητες (Rivet TT & Matson JL, 2011) με συνέπεια η διάγνωσή τους να καθίσταται δύσκολη και να επιφέρει χρονικές καθυστερήσεις (Hiller RM et. al, 2016).

Η φυλετική ανισότητα στην επιδημιολογία και η εθνικότητα συνιστά, επίσης, έναν καθοριστικό παράγοντα στον προσδιορισμό του επιπολασμού της ΔΑΦ. Αν και πρόσφατα στοιχεία από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν το 2016, δείχνουν άμβλυνση των διαφορών στον επιπολασμό μεταξύ λευκών, μαύρων και παιδιών ασιατικής καταγωγής, ακόμη υφίστανται αποκλίσεις, ειδικότερα όταν αναφερόμαστε στους Ισπανόφωνους πληθυσμούς (Maenner, 2020). Σε διεθνές επίπεδο, μελέτες παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά αυτισμού σε πληθυσμούς που ασπάζονται συγκεκριμένες θρησκευτικές πεποιθήσεις ή σε πληθυσμούς που έχουν συγκεκριμένη πολιτισμική ταυτότητα, όπως οι Άραβες και οι Υπερορθόδοξοι Εβραίοι (Raz et al., 2015). Τέλος, οι φυλετικές ανισορροπίες στις ΗΠΑ, σύμφωνα με τις έρευνες, δεν οριοθετούνται μόνο στα ποσοστά διάγνωσης αλλά επηρεάζουν και την κλινική εικόνα, με τα μαύρα παιδιά να παρουσιάζουν συχνότερα συννοσηρότητα με νοητική υστέρηση συγκριτικά με άλλες ομάδες (Baio et al., 2018).

Τη θέση των φυλετικών ανισοτήτων έρχονται να ενισχύσουν οι κοινωνικοοικονομικοί και κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες. Η έλλειψη διεξαγωγής και υλοποίησης μελετών καθιστά τον προσδιορισμό για την επικράτηση του επιπολασμού στις ΔΑΦ σε διάφορες περιοχές αρκετά δύσκολο. Είναι επόμενο σε περιοχές με περιορισμένη ερευνητική δραστηριότητα οι μελέτες να διαθέτουν συνήθως μικρό αριθμό συμμετεχόντων και

ανεπαρκή διαγνωστική επιβεβαίωση (Chinawa et al., 2016 ; Kakooza-Mwesige et al., 2014). Ωστόσο, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2019 (Christensen et al., 2019) μέσω χρήσης του εργαλείου της συγκρίσιμης μεθοδολογίας ανάμεσα στις χώρες ΗΠΑ και CDC, καταγράφηκαν μεγάλες ενδοπεριφερειακές διακυμάνσεις. Οι διαφορές αυτές πηγάζαν κυρίως από το είδος και τον αριθμό των πηγών πληροφόρησης που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση. Στον αντίποδα, σε χώρες όπως η Ινδία, η Ταϊβάν συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας μέσα σε αυτές, παρουσιάζονται αντικρουόμενα αποτελέσματα ερευνών ως προς τη συνάφεια που έχουν οι αγροτικές κοινωνίες και οι αστικές σε συνάρτηση με τη συχνότητα εμφάνισης του αυτισμού (Raina et al., 2017). Συνολικά, δεν εντοπίζεται ένας ενιαίος κοινωνικοδημογραφικός παράγοντας που να ερμηνεύει επαρκώς αυτές τις διακυμάνσεις, αν και ενδέχεται να σχετίζονται με τη διαθεσιμότητα και την προσβασιμότητα των υπηρεσιών ανά περιοχή.

Ο επίδραση του στρες, προκαλούμενη από τη μετανάστευση, συνιστά έναν παράγοντα ο οποίος έχει συνδεθεί με την αύξηση της συχνότητας της ΔΑΦ, χωρίς όμως να αποτελεί πανάκεια, με δεδομένο την ύπαρξη πολλών αντικρουόμενων απόψεων και ευρημάτων. Η ύπαρξη του παράγοντα «μετανάστευση» έγκειται στο πλαίσιο του παράγοντα κινδύνου για τη διάγνωση της ΔΑΦ, ειδικά στην περίπτωση που η μετακίνηση της μητέρας συμπίπτει χρονικά με την προγεννητική περίοδο.

Τέλος, αξίζει να επισημανθεί ως κρίσιμος παράγοντας και η ηλικία διάγνωσης. Μέση ηλικία διάγνωσης του αυτισμού σοβαρής μορφής είναι η προσχολική ηλικία (55 μήνες) (Wiggins LD et al., 2006), με το εύρος διάγνωσης να τοποθετείται συνήθως μεταξύ 36 μηνών και 120 μηνών (Brett D et al., 2004-2014 & Daniels AM et al., 2014). Ωστόσο, το εύρος των χαρακτηριστικών της διαταραχής του αυτισμού ποικίλλει ανάμεσα στους ασθενείς από πιο ήπιες μορφές, όπως είναι το σύνδρομο Asperger, σε πιο σοβαρές μορφές, με συνέπεια τη δυσκολία και καθυστέρηση ορισμένες φορές της πρώιμης διάγνωσης (Barbaro J et al., 2009).

Συνοψίζοντας, οι παράγοντες που σχετίζονται με τη ΔΑΦ και τη συχνότητα εμφάνισής της στους διάφορους πληθυσμούς αποτελούν ένα πολυδιάστατο σύμπλεγμα βιολογικών, περιβαλλοντικών και κοινωνικών μεταβλητών, οι οποίες δεν λειτουργούν μεμονωμένα αλλά σε δυναμική αλληλεπίδραση. Η διερεύνηση αυτών των παραγόντων είναι κρίσιμη για την κατανόηση της παθογένεσης της διαταραχής και την αποτελεσματικότερη στήριξη των ατόμων που επηρεάζονται από αυτή.

3.3 Αιτιολογία και Παράγοντες Κινδύνου

Ελάχιστα έχουν γίνει πλήρως κατανοητά για την ακριβή αιτιοπαθολογία της ΔΑΦ (Μπαρμπούνη. Α, 2023). Η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος συνιστά μία σύνθετη και πολυπαραγοντική νευροαναπτυξιακή διαταραχή τα αίτια της οποίας φαίνεται να έχουν τα θεμέλιά τους σε ένα συνδυασμό από γενετικούς, βιολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες με την ταυτόχρονη εμπλοκή διάφορων περιοχών του εγκεφάλου που υπολείπονται στην ανάπτυξη και τη λειτουργικότητα (Bai et al., 2019 & Colvert et al., 2015).

Σύμφωνα με τα ευρήματα μίας πρόσφατης μελέτης, υποστηρίζεται ότι το 35%-40% οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες, ενώ το ποσοστό των 60%-65% αντιστοιχεί στην κατηγορία των παραγόντων που περιλαμβάνει είτε τους περιβαλλοντικούς είτε τους προγεννητικούς, περιγεννητικούς και μεταγεννητικούς παράγοντες (Wang.C, Geng.H, Liu.W, Zhang.G, 2017). Η διερεύνηση της αιτιολογίας της διαταραχής είναι κρίσιμης σημασίας, καθώς συμβάλλει στην κατανόηση της παθογένεσης και στη βελτίωση των διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Λαμβάνοντας υπόψη τη σύνθετη φύση της αιτιολογίας της διαταραχής αυτιστικού φάσματος, κρίνεται σκόπιμο να εξεταστούν οι επικρατέστεροι παράγοντες που σχετίζονται με την αιτιολογία της ΔΑΦ, με γνώμονα σύγχρονες ερευνητικές προσεγγίσεις επί του θέματος.

3.3.1 Γενετικοί Παράγοντες

Η γενετική προδιάθεση έχει αποδειχθεί μέσα από μία σειρά ερευνών πως διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση της διαταραχής του αυτισμού, έχοντας ίσως μεγαλύτερη βαρύτητα από την επιρροή των περιβαλλοντικών παραγόντων (Tick et al., 2016). Σύμφωνα με την ανασκόπηση των Ronald και Hoekstra (2011), η κληρονομικότητα μέσα στο οικογενειακό πλαίσιο αποτελεί παράγοντα κινδύνου αύξησης της εμφάνισης της ΔΑΦ καθώς μέσα από τα ευρήματα των μελετών ανάμεσα σε διδύμους έχουν καταλήξει πως τα ποσοστά συνύπαρξης της διαταραχής είναι σημαντικά υψηλότερα σε μονοζυγωτικούς σε σχέση με διζυγωτικούς διδύμους, γεγονός που υποδηλώνει την ύπαρξη ισχυρής γενετικής επιρροής (Sandin et al., 2017). Παράλληλα, η σύγχρονη μοριακή γενετική έρευνα έχει εντοπίσει πολυάριθμες γενετικές μεταλλάξεις και χρωμοσωμικές ανωμαλίες που σχετίζονται

με τη ΔΑΦ, όπως μεταλλάξεις στα γονίδια CHD8, SHANK3 και SCN2A, τα οποία συμμετέχουν στη ρύθμιση της ανάπτυξης και λειτουργίας του νευρικού συστήματος (Satterstrom et al., 2020). Αξίζει επίσης να σημειωθεί πως πολλές από τις γενετικές διαφοροποιήσεις που έχουν σημειωθεί σχετίζονται και με την παρουσία άλλων νευροαναπτυξιακών διαταραχών όπως η κατάθλιψη, η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερικινητικότητας (ΔΕΠ-Υ), η επιληψία, οι διαταραχές ύπνου, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD), η νοητική υστέρηση, οι μαθησιακές δυσκολίες, τα γαστρεντερικά και αισθητηριακά προβλήματα καθώς και οι διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος. Το γεγονός της συννοσηρότητας αυτής επιβεβαιώνει τη σύνθετη και πολυπαραγοντική φύση της διαταραχής. Στους γενετικούς παράγοντες έρχεται να προστεθεί και η ύπαρξη γνωστών γενετικών συνδρόμων. Ενδεικτικά, αναφέρεται το Σύνδρομο Rett, το Σύνδρομο Angelman, η Οζώδης Σκλήρυνση, το Σύνδρομο X X, το Σύνδρομο Timothy, οι Διαταραχές σχετιζόμενες με PTEN, η Νευροϊνωμάτωση τύπου 1, το Σύνδρομο Smith Lemli Opitz, το Σύνδρομο Cohen, το Σύνδρομο Cornelia de Lange και το Σύνδρομο Prader Willi (Μπαρμπούνη., 2023). Συμπερασματικά, οι γενετικοί παράγοντες συνιστούν έναν θεμελιώδη τομέα στην αιτιολογία της ΔΑΦ, ο οποίος σε συνδυασμό με περιβαλλοντικές επιδράσεις ενδέχεται να συμβάλλει στην εμφάνιση της διαταραχής.

3.3.1.1 Προγεννητικοί Παράγοντες (Ενδομήτριοι)

Οι προγεννητικοί παράγοντες αναφέρονται στο διάστημα της κύησης, πριν τη γέννηση του εμβρύου. Περιλαμβάνουν μία σειρά από παράγοντες οι οποίοι τείνουν να έχουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη και στη μετέπειτα εξέλιξη του νεογνού, καθώς μπορούν να επηρεάσουν τη νευροαναπτυξιακή πορεία του ήδη από τη φάση της κύησης. Η γέννηση ενός υγιούς βρέφους προϋποθέτει την ύπαρξη μιας υγιούς ψυχικά και σωματικά μητρικής φιγούρας καθώς και ένα περιβάλλον ασφαλές (Μπαρμπούνη. Α, 2023). Ειδικότερα, οι παράγοντες κινδύνου που έχουν συνδεθεί είτε άμεσα είτε έμμεσα με την εμφάνιση της διαταραχής αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ), οριοθετούνται στο πλαίσιο της ηλικίας των γονέων και συγκεκριμένα του βιολογικού πατέρα καθώς και στην ακεραιότητα τόσο της ψυχικής όσο και της σωματικής υγείας της μητέρας.

Ηλικίες Γονέων

Ένα από τα στοιχεία που έχουν διερευνηθεί εκτενώς είναι η ηλικία των γονέων κατά τη σύλληψη με αρκετές μελέτες να καταδεικνύουν ότι η προχωρημένη ηλικία, ιδίως του πατέρα, σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΔΑΦ. Λαμβάνοντας ως δεδομένο το γεγονός ότι οι άνδρες βιολογικά είναι ικανοί να τεκνοποιήσουν σε μεγαλύτερη ηλικία, οι περισσότερες έρευνες έχουν υλοποιηθεί θέτοντας ως βάση το ανδρικό φύλο.

Στον αντίποδα, η ηλικία της γυναίκας θέτει έναν από τους κυριότερους περιορισμούς τεκνοποίησης αλλά και διεξαγωγής ερευνών σχετικά με αυτό, καθώς λίγες είναι εκείνες οι γυναίκες που καταφέρνουν να κυοφορήσουν σε ηλικία άνω των 40 ετών. Ωστόσο, ύστερα από μελέτες, κυριαρχεί η αντίληψη πως οι πιθανότητες μιας γυναίκας να αποκτήσει παιδί που να εντάσσεται στο φάσμα του αυτισμού αυξάνεται επίσης σταθερά με την ηλικία (Ανδρούτσος Χ., 2023). Σύμφωνα με τα ευρήματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ το 2008, υποδεικνύεται ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία των γονέων τόσο αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης αυτισμού, ιδίως όταν η μητέρα είναι άνω των 35 και ο πατέρας άνω των 40 ετών (Durkin.M.S.et.al, 2008). Πιθανοί βιολογικοί μηχανισμοί που λαμβάνουν χώρα στη διαδικασία ωρίμανσης και γενετικής γήρανσης στο γυναικείο φύλο ενδέχεται να επιφέρουν μία σειρά από ποικίλες χρωμοσωμικές ανωμαλίες, οι οποίες οδηγούν τελικά στην αύξηση του κινδύνου εμφάνισης της διαταραχής αυτιστικού φάσματος. Επιπρόσθετα, κατά την αντίστοιχη εξέλιξη της ωρίμανσης και διαδικασίας γήρανσης του ανδρικού φύλου, είναι συχνό το φαινόμενο των σημειακών μεταλλάξεων, των γενετικών μεταλλάξεων στα σπερματοζώαρια, de novo CNVs ή ακόμη και επιγενετικές επιδράσεις, που και αυτές οι μεταβολές με τη σειρά τους αυξάνουν τον κίνδυνο στην εμφάνιση της ΔΑΦ στους απογόνους τους (Ανδρούτσος Χ., 2023).

Αξιοσημείωτο είναι επίσης ότι με βάση κάποιες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν, λαμβάνοντας δείγμα από πέντε χώρες (Δανία, Ισραήλ, Νορβηγία, Σουηδία και Δυτική Αυστραλία), υπογραμμίζεται πως και η υπερβολικά νεαρή ηλικία των γυναικών μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τους απογόνους. Οι έφηβες είχαν 18% περισσότερες πιθανότητες να αποκτήσουν παιδί με ΔΑΦ συγκριτικά με τις γυναίκες ηλικίας άνω των 20 ετών. Μέσω της ίδιας έρευνας υποστηρίζεται συνολικά ότι η διαφορά ηλικίας μεγαλύτερη των 10 ετών μεταξύ των γονέων αυξάνει τον κίνδυνο, ανεξάρτητα από το εάν ήταν νεότερη η γυναίκα ή ο άνδρας. Μάλιστα, οι Sasanfar.R, Haddad.S.A, Tolouei.A. και αρκετοί ακόμη το 2010 απέδειξαν πως ο κίνδυνος εμφάνισης αυτισμού αυξάνεται κατά 29% για κάθε επιπρόσθετη

10ετία στην ηλικία του πατέρα με τους πατεράδες ηλικίας μεταξύ 34 και 39 ετών να έχουν διπλάσιες πιθανότητες να αποκτήσουν ένα παιδί με αυτισμό (Μπαρμπούνη.Α, 2023).

Παράγοντες όπως η σειρά γέννησης, η εκπαίδευση της μητέρας, το βάρος γέννησης και η ηλικία κύησης συσχετίστηκαν επίσης με τον κίνδυνο ΔΑΦ. Οι πιθανές εξηγήσεις περιλαμβάνουν γονιδιακές μεταλλάξεις λόγω ηλικίας, επιγενετικές αλλαγές, επιδράσεις της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στο αυξημένο ρίσκο για πρωτότοκα παιδιά και στη θεωρία ότι η έκθεση σε λιγότερους μικροοργανισμούς ή συσσωρευμένες νευροτοξίνες μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη νευροανάπτυξη. Το φαινόμενο της χαμηλής σειράς γέννησης σχετίζεται επίσης με κοινωνικούς και οικογενειακούς παράγοντες όπως η απόφαση των γονέων να μην αποκτήσουν άλλα παιδιά μετά τη διάγνωση ΔΑΦ στο πρώτο παιδί (Durkin.M.S.et.al, 2008).

Ψυχική και Σωματική Υγεία της Μητέρας

Η ψυχική και σωματική υγεία της μητέρας κατά την κύηση έχει αναγνωριστεί ως σημαντικός προγεννητικός παράγοντας για την εμφάνιση διαταραχών του αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ) στους απογόνους. Πλήθος ερευνών δείχνουν ότι οι μητέρες που αντιμετώπισαν υψηλά επίπεδα άγχους, κατάθλιψης ή έντονου ψυχολογικού στρες κατά την εγκυμοσύνη διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αποκτήσουν παιδί με ΔΑΦ (Beverdors et al., 2018 & Ronald et al., 2010).

Μάλιστα, η ύπαρξη μιας μητρικής λοίμωξης τείνει να συγχέεται με την ταυτόχρονη εμφάνιση της διαταραχής του αυτιστικού φάσματος και της σχιζοφρένειας. Το γεγονός αυτό στηρίζεται στην ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος της μητέρας που σαν μηχανισμός από μόνος του είναι αρκετός ώστε να μεταδώσει δια βίου νευροπαθολογία και τροποποιημένες συμπεριφορές στους απογόνους. Αποτέλεσμα αυτού είναι η ενεργοποίηση φλεγμονωδών διαδικασιών και ο επηρεασμός της ορμονικής ισορροπίας, οδηγώντας σε τροποποιήσεις στην ανάπτυξη του εγκεφάλου του εμβρύου, που εν τέλει φαίνεται να σχετίζονται με αυτιστικά χαρακτηριστικά (Estes & McAllister, 2016).

Μία τέτοια λοίμωξη είναι η ερυθρά, η οποία μελετήθηκε μετά την επιδημία στις ΗΠΑ το 1960, καθώς όχι μόνο είχαν αυξηθεί τα ποσοστά των περιπτώσεων της ΔΑΦ αλλά παρατηρήθηκαν και επιπλέον διαταραχές οι οποίες σχετίζονταν με την όραση, την ακοή και άλλα όργανα, συμπεριλαμβανομένων νευρολογικών διαταραχών. Η ερυθρά προκαλεί ήπια

ηπατική δυσλειτουργία και την απελευθέρωση ενώσεων βιταμίνης Α στη συστηματική κυκλοφορία, με αποτέλεσμα μια ενδογενή μορφή υπερβιταμίνωσης Α. Έτσι, προκύπτει η υπόθεση πως η λοίμωξη από ερυθρά κατά τις πρώτες εβδομάδες κύησης προκαλεί το σύνδρομο συγγενούς ερυθράς (CRS) και διαμέσου της ηπατικής δυσλειτουργίας που υφίσταται η μητέρα, το αναπτυσσόμενο έμβρυο εκτίθεται σε υπερβολική βιταμίνη Α, η οποία είναι νευροτοξική (Μπαρμούνη.Α.,2023).

Ακόμη, η μόλυνση από κυτταρομεγαλοϊό (CMV) κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης μπορεί να επηρεάσει τη νευροαναπτυξιακή πορεία του εμβρύου, ενισχύοντας την ύπαρξη συμπτωματολογίας της ΔΑΦ, ταυτόχρονα και με άλλες νευρολογικές διαταραχές που σχετίζονται με τη νόσηση, την ακοή ή την κινητική λειτουργία (Ανδρούτσος, Χ.,2023).

Επιπρόσθετα, μία άλλη λοίμωξη που έχει συσχετιστεί με τον αυτισμό είναι ο ιός Zika. Η μόλυνση της μητέρας από έναν τέτοιο ιό οδηγεί στη μόλυνση των εμβρυϊκών κυττάρων μέσω της μόλυνσης που έχει ήδη προηγηθεί στα τροφοβλαστικά κύτταρα ή στα μακροφάγα του ανθρώπινου πλακούντα, η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε αναπτυξιακή καθυστέρηση και εγκεφαλική παράλυση (Μπαρμούνη.Α.,2023). Τέλος, ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει γεννηθεί τόσο στην επιστημονική κοινότητα όσο και στο γενικό πληθυσμό για την επίπτωση που ενδεχομένως να έχει η πανδημία του COVID-19, που ξέσπασε το 2020 παγκοσμίως, στη γέννηση ολοένα και περισσότερων παιδιών τα οποία εντάσσονται στο φάσμα του αυτισμού. Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες που υλοποιήθηκαν έχοντας ως σκοπό τη διερεύνηση αυτού του θέματος, συμπεραίνεται πως η ενδομήτρια έκθεση στον COVID-19 μπορεί να σχετίζεται με αλλαγές στους νεογνικούς ανοσολογικούς δείκτες, παρατηρήσιμους κατά τη γέννηση καθώς και ότι τα μειωμένα επίπεδα νεογνικών ανοσοποιητικών μορίων σε νεογέννητα μητέρων COVID-19, που έχουν καταγραφεί, μπορεί να συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο επακόλουθης διάγνωσης νευροαναπτυξιακής διαταραχής (Kim.D.HJ.et al., 2024). Ωστόσο, εφιστάται η προσοχή για τα αποτελέσματα αυτά καθώς αναφερόμαστε σε μία τωρινή πανδημία της οποίας τα αποτελέσματα ενδέχεται να κατανοήσουμε και ενδεχομένως να επωμιστούμε στις επόμενες δεκαετίες.

Η χρήση αντιεπιληπτικών φαρμάκων όπως η βαλπροϊκή, που χρησιμοποιείται και ως θεραπεία για συγκεκριμένες ψυχικές διαταραχές (όπως η διπολική διαταραχή) (Ανδρούτσος.Χ.,2023), σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΔΑΦ στο παιδί αλλά και με μειωμένη γνωστική λειτουργία (Christensen et al., 2013). Παράλληλα, αντικαταθλιπτικά φάρμακα, ειδικά οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), έχει

βρεθεί ότι σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης ΔΑΦ, κυρίως όταν η χρήση τους λαμβάνει χώρα στο πρώτο τρίμηνο (Boukhris et al., 2016). Ωστόσο, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την ειδική αξιολόγηση του κινδύνου ΔΑΦ που σχετίζεται με τους τύπους και τις δόσεις αντικαταθλιπτικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και συνιστάται επιφυλακτικότητα και ιδιαίτερη προσοχή σε ενδεχόμενη χρήση τέτοιων φαρμάκων στις εγκυμονούσες (Ανδρούτσος, Χ., 2023).

Το μεταβολικό σύνδρομο της μητέρας στο οποίο περιλαμβάνεται η παχυσαρκία, ο διαβήτης κύησης, η υπέρταση αλλά και άλλες διαταραχές, όπως επίσης και μία επερχόμενη αιμορραγία κατά τη διάρκεια της κύησης έχουν σχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο αυτισμού. Το μεταβολικό σύνδρομο της μητέρας προκαλεί ενδεχομένως ενδομήτριες φλεγμονές και ορμονικές διαταραχές με συνέπεια να επηρεάζεται η ανάπτυξη του εμβρύου (Krakowiak et al., 2012). Η αιμορραγία ενδέχεται να συνδέεται με παθολογικές καταστάσεις που επηρεάζουν τη διαμόρφωση του κεντρικού νευρικού συστήματος (Gardener et al., 2009).

Η κατανάλωση αλκοόλ κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης από την μητέρα μπορεί να επιφέρει καταστροφικά αποτελέσματα στην ορθή ανάπτυξη του εμβρύου καθώς η χρήση του συνεπάγεται πιθανό προγεννητικό παράγοντα κινδύνου εμφάνισης ΔΑΦ. Η προγεννητική έκθεση στο αλκοόλ μπορεί να επιφέρει διάφορες δομικές εγκεφαλικές ανωμαλίες, όπως ανωμαλίες νευρωνικής μετανάστευσης και δομικές αλλαγές περιοχών του εγκεφάλου, όπως του μεσολοβίου, της παρεγκεφαλίδας, των βασικών γαγγλίων και του ιππόκαμπου (Ανδρούτσος, Χ., 2023).

Η χαμηλή πρόσληψη φυλλικού οξέος πριν και κατά την κύηση συνιστά έναν πιθανό διατροφικό παράγοντα κινδύνου της ΔΑΦ. Το φυλλικό οξύ είναι απαραίτητο για τη σωστή ανάπτυξη του νευρικού σωλήνα του εμβρύου και η έλλειψή του ενδέχεται να προκαλεί ανωμαλίες στη σωστή νευροανάπτυξή του (Schmidt et al., 2012). Ωστόσο, η αιτιακή αυτή σχέση ανεπάρκειας φυλλικού οξέος και εμφάνισης της ΔΑΦ δεν έχει αποσαφηνιστεί πλήρως.

Ο συγγενής υποθυρεοειδισμός και ειδικότερα ο μητρικός υποθυρεοειδισμός έχει προταθεί ως ένας παράγοντας κινδύνου απόκτησης απογόνου που να εντάσσεται στο φάσμα του αυτισμού. Οι θυρεοειδικές ορμόνες είναι καθοριστικές για την ομαλή ανάπτυξη του νευρικού συστήματος κατά τη διάρκεια της κύησης και η όποια διαταραχή αυτών των ορμονών κατά την κύηση μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση της ΔΑΦ ή και άλλων

διαταραχών όπως πολλές φορές έχει συνδεθεί και με τη Νοητική Υστέρηση (Jansen.T.A.et al.,2019).

Τέλος, η ανεπάρκεια της βιταμίνης D ενδομήτρια έχει συνδεθεί επίσης με την εμφάνιση της ΔΑΦ. Η βιταμίνη D ως ένα νευροστεροειδές επιδρά στον πολλαπλασιασμό και τη διαφοροποίηση των κυττάρων, την ανοσορρύθμιση, τη ρύθμιση της νευροδιαβίβασης και την στεροειδογένεση στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο. Είναι λογικό, λοιπόν, η έλλειψη αυτής της βιταμίνης μπορεί να διαταράξει τη διαδικασία αυτή. Η υποκατάσταση της βιταμίνης D σε περίπτωση έλλειψης αυτής κατά την κύηση λειτουργεί ως ένα μέτρο πρόληψης και για την ενδεχόμενη εμφάνιση της διαταραχής αυτιστικού φάσματος στον απόγονο (Ανδρούτσος, Χ., 2023).

3.3.1.2 Περιγεννητικοί Παράγοντες

Η εμφάνιση των Διαταραχών Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) έχει συσχετιστεί με την ύπαρξη πλήθους περιγεννητικών παραγόντων. Οι περιγεννητικοί παράγοντες αφορούν την περίοδο κατά τη διάρκεια του τοκετού και επηρεάζουν κρίσιμες φάσεις της νευροαναπτυξιακής πορείας του εμβρύου και του νεογνού. Οι περισσότεροι από τους παράγοντες αυτούς δεν αποτελούν μεμονωμένα αίτια για την ΔΑΦ, αλλά δρουν σωρευτικά ή σε συνδυασμό με γενετικές προδιαθέσεις.

Η προωρότητα θεωρείται ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες περιγεννητικής φύσεως, που σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την επικείμενη εμφάνιση της ΔΑΦ. Είναι γνωστό πως ο εγκέφαλος των πρόωρων βρεφών είναι ευάλωτος σε επιγενετικές επιδράσεις και τραυματισμούς. Πολυάριθμες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε πληθυσμό πρόωρων νεογνών έχουν αποδείξει πως τα νεογνά που γεννιούνται μεταξύ των 32-36 εβδομάδων κύησης διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο απόκτησης κάποιας νευροαναπτυξιακής αναπηρίας στην ηλικία των 2 ετών, με τη συντριπτική πλειοψηφία των εντοπισμένων βλαβών στο γνωστικό τομέα (Agrawal et al., 2018 & Johnson et al., 2015). Μάλιστα, μελέτες για εξαιρετικά πρόωρα νεογνά (ηλικία κύησης κάτω των 27 ή 28 εβδομάδων) έχουν επισημάνει σημαντικά αυξημένο κίνδυνο για ΔΑΦ. Στην ομάδα των εξαιρετικά πρόωρων νεογνών έχει περιγραφεί πιο έντονη συμπτωματολογία όσον αφορά την κοινωνική αλληλεπίδραση και επικοινωνία, η οποία κρίνεται σημαντικά μειωμένη καθώς και έντονα επαναλαμβανόμενη, στερεοτυπική συμπεριφορά. Η ανάπτυξη του εγκεφάλου στην

περίπτωση αυτή πιθανώς να παρεκκλίνει από την τυπική ανάπτυξη του εγκεφάλου ενός νεογνού και αυτό βασίζεται και στην πρακτικά μικρότερη περιφέρεια της κεφαλής του (Ανδρούτσος, X, 2023).

Τραυματισμοί κατά τον τοκετό επίσης διαδραματίζουν το ρόλο τους σε μία επικείμενη εμφάνιση περίπτωσης αυτισμού. Η περιγεννητική ασφυξία, οι κρανιακές κακώσεις ή η παρατεταμένη δυστοκία έχουν συσχετιστεί με νευροαναπτυξιακές διαταραχές. Οι τραυματισμοί κατά τη διάρκεια του τοκετού μπορεί να προκαλέσουν ισχαιμικά ή φλεγμονώδη επεισόδια στον εγκέφαλο του νεογνού, αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα εμφάνισης ΔΑΦ. Σύμφωνα με έρευνες που πραγματοποιήθηκαν, συσχέτισαν τον αυτισμό με μαιευτικές επιπλοκές, όπως η εκλεκτική ή επείγουσα καισαρική τομή, η πρόκληση τοκετού, ο μικρής διάρκειας τοκετός, κάτω της μίας ώρας, η χρήση επισκληριδίου αναισθησίας και η παρουσία εμβρυϊκής δυσφορίας. Ακόμη, βρέθηκε πως τα νεογνά που συμμετείχαν στις έρευνες αυτές είχαν βαθμολογία Apgar μικρότερη από 6 στο 1 λεπτό. Συμπεραίνεται, λοιπόν, πως ο αυτισμός είναι απίθανο να προκαλείται από έναν μόνο μαιευτικό παράγοντα. Ο αυξημένος επιπολασμός των μαιευτικών επιπλοκών μεταξύ των περιπτώσεων αυτισμού οφείλεται πιθανότατα στους υποκείμενους γενετικούς παράγοντες ή στην αλληλεπίδραση αυτών των παραγόντων με το περιβάλλον (Glasson et al., 2004).

Τέλος, η ατμοσφαιρική ρύπανση τόσο περιγεννητικά όσο και προγεννητικά και η έκθεση της μητέρας, ιδιαίτερα κατά το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης σε μικροσωματίδια PM2.5 και βαρέα μέταλλα έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο αυτισμού. Ο μηχανισμός θεωρείται ότι περιλαμβάνει φλεγμονώδεις αντιδράσεις και οξειδωτικό στρες στο αναπτυσσόμενο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) επηρεάζοντας τα νευροαναπτυξιακά στάδια των απογόνων (Raz et al., 2015 & Μπαρμούνη, Α., 2023).

3.3.1.3 Μεταγεννητικοί Παράγοντες

Οι μεταγεννητικοί παράγοντες έχουν απασχολήσει σημαντικά την επιστημονική κοινότητα ως πιθανοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση διαταραχών αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ). Ενώ η αιτιολογία της ΔΑΦ παραμένει πολυπαραγοντική, υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι ορισμένοι μεταγεννητικοί βιολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν τη νευροαναπτυξιακή πορεία των παιδιών.

Οι λοιμώξεις που εκδηλώνονται κατά τη μεταγεννητική περίοδο, δηλαδή μετά τη γέννηση, αποτελούν έναν σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση Διαταραχών του Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ). Μεταγεννητικές λοιμώξεις του κεντρικού νευρικού συστήματος, όπως η εγκεφαλίτιδα, η τοξοπλάσμωση καθώς και λοιμώξεις από ερυθρά ή κυτταρομεγαλοϊό – λοιμώξεις οι οποίες έχουν ήδη αναλυθεί ως προγεννητικοί παράγοντες – ενδέχεται να συμβάλλουν καθοριστικά στην εκδήλωση αυτιστικών χαρακτηριστικών ή ακόμη και να αποτελέσουν την αποκλειστική αιτία εμφάνισης ΔΑΦ. Αξιοσημείωτο είναι ότι η επίδραση αυτών των λοιμώξεων μπορεί να εκδηλωθεί αρκετά χρόνια μετά τη λοίμωξη, ανεξάρτητα από την ύπαρξη περιόδων φαινομενικά φυσιολογικής ανάπτυξης κατά τα πρώτα έτη της ζωής.

Η επιληψία έχει μελετηθεί ως πιθανός μεταγεννητικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση διαταραχών αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ), ωστόσο η αιτιολογική σχέση μεταξύ των δύο καταστάσεων παραμένει ατεκμηρίωτη. Παρά την κλινική συχνότητα της συνύπαρξής τους, οι σύγχρονες ερευνητικές προσεγγίσεις δεν υποστηρίζουν άμεση αιτιακή σύνδεση ανάμεσά τους. Αντιθέτως, φαίνεται πως τόσο η επιληψία όσο και οι ΔΑΦ σχετίζονται με κοινές πρώιμες νευροαναπτυξιακές διαταραχές, που περιλαμβάνουν ανωμαλίες στη συνδεσιμότητα των νευρωνικών κυκλωμάτων και δυσλειτουργία στη ρύθμιση της διέγερσης και της αναστολής στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Συνεπώς, η συνύπαρξη των δύο καταστάσεων αποδίδεται σε κοινές νευροβιολογικές βάσεις και όχι σε αιτιώδη σύνδεση, γεγονός που καθιστά τη συννοσηρότητά τους συχνή, χωρίς όμως να υποδηλώνει ότι η μία προκαλεί την άλλη (Tuchman & Rapin, 2022).

Τα τελευταία χρόνια έχει αναπτυχθεί έντονος δημόσιος διάλογος σχετικά με την ενδεχόμενη συσχέτιση μεταξύ των παιδικών εμβολίων και της εμφάνισης διαταραχών του αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ). Ιδιαίτερη προσοχή έχει δοθεί στο τριπλό εμβόλιο ιλαράς, παρωτίτιδας και ερυθράς (MMR), καθώς και στα εμβόλια που περιέχουν θιμεροσάλη, όπως το εμβόλιο διφθερίτιδας, τετάνου και κοκκύτη (DPT ή DT). Η αυξημένη ανησυχία για τις πιθανές επιπτώσεις των εμβολιασμών έχει οδηγήσει σε φαινόμενα δυσπιστίας και αποστασιοποίησης από τα καθιερωμένα εμβολιαστικά σχήματα. Ωστόσο, η συσχέτιση αυτή δεν υποστηρίζεται από επιστημονικά τεκμηριωμένα δεδομένα. Αντιθέτως, μελέτες υψηλής ποιότητας καταλήγουν ομόφωνα στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει αιτιώδης σχέση μεταξύ εμβολίων και αυτισμού (Taylor et al., 2014). Η άρνηση ή καθυστέρηση εμβολιασμών εκθέτει τα παιδιά σε αυξημένο κίνδυνο προσβολής από σοβαρές, δυνητικά θανατηφόρες,

λοιμώξεις, χωρίς να προσφέρει καμία προστασία έναντι της εμφάνισης της ΔΑΦ (Ανδρούτσος, 2023).

Το κάπνισμα από τη μητέρα, ειδικά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι αναμφίβολα ανθυγιεινό και επιβλαβές για την ανάπτυξη του εμβρύου. Ωστόσο, σύμφωνα με μία πρόσφατη έρευνα που διενεργήθηκε στο Μπαγκλαντές, διαπιστώθηκε πως ακόμη και η έκθεση της μητέρας σε παθητικό κάπνισμα τόσο προγεννητικά όσο και μεταγεννητικά κατά την πρώιμη παιδική ηλικία, μπορεί να πυροδοτήσουν την αύξηση του κινδύνου για ΔΑΦ. Με δεδομένο, λοιπόν, πως υπάρχει μία συσχέτιση θα πρέπει προγεννητικά να εφαρμόζονται, αναμφίβολα, προγράμματα διακοπής καπνίσματος της μητέρας αλλά και να μην εκτίθεται σε παθητικό κάπνισμα (Khan.M.S. et al., 2025).

Τέλος, η έκθεση σε περιβαλλοντική ρύπανση και μεταγεννητικά, όπως μικροσωματίδια PM2.5 και βαρέα μέταλλα κατά την πρώιμη παιδική ηλικία έχει βρεθεί ότι μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη νευροανάπτυξη. Ο Volk et al. (2013) έδειξαν πως τα παιδιά που ζουν σε περιοχές με αυξημένη ατμοσφαιρική ρύπανση έχουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης ΔΑΦ, πιθανώς λόγω φλεγμονωδών μηχανισμών και οξειδωτικού στρες.

Συνοψίζοντας, οι μεταγεννητικοί παράγοντες αποτελούν ένα πεδίο ιδιαίτερου ενδιαφέροντος για τη μελέτη της αιτιοπαθογένειας των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος και απαιτείται περαιτέρω έρευνα ώστε να κατανοηθούν καλύτερα οι ακριβείς μηχανισμοί επίδρασής τους στη νευροανάπτυξη.

3.3.2 Οικογενειακοί-Περιβαλλοντικοί-Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες

Ένας πιο ειδικός παράγοντας, που συγκαταλέγεται στους παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση του αυτισμού, είναι και το οικογενειακό ιατρικό ιστορικό. Όταν αναφερόμαστε στον παράγοντα αυτό, σημασία έχει να μιλήσουμε για τα αυτοάνοσα νοσήματα. Το αλλοιωμένο ανοσοποιητικό σύστημα στις γυναίκες με αυτοάνοσα νοσήματα φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση ΔΑΦ στους απογόνους, ιδιαίτερα όταν οι ανοσολογικές διαταραχές ενεργοποιούνται κατά τη διάρκεια της κύησης.

Τέτοια νοσήματα είναι ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος (ΣΕΛ), η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η θυρεοειδίτιδα Hashimoto, η ψωρίαση ή ο διαβήτης τύπου 1. Σύμφωνα με μετα-αναλύσεις παρατηρητικών μελετών, η παρουσία αυτοάνοσων νοσημάτων στη μητέρα κατά την κύηση συσχετίστηκε με έως και 30% αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΔΑΦ στους

απογόνους, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις η αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης της διαταραχής άγγιξε το 78%. Αντίθετα, τα αυτοάνοσα νοσήματα που διαγνώστηκαν πριν την εγκυμοσύνη δεν φαίνεται να συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με αυξημένο ή μειωμένο κίνδυνο ΔΑΦ, μετά τον έλεγχο για συγχυτικούς παράγοντες όπως η ηλικία, η μόρφωση και η φυλή της μητέρας.

Τα παραπάνω ευρήματα υποδεικνύουν ότι η ενδομήτρια έκθεση σε παθολογικούς ανοσολογικούς μεσολαβητές αποτελεί πιθανό μηχανισμό εμπλοκής των αυτοάνοσων νοσημάτων στην αιτιολογία της ΔΑΦ. Παρά τις μεθοδολογικές αδυναμίες ορισμένων μελετών, η μέχρι τώρα βιβλιογραφία συνηγορεί στο ότι τα αυτοάνοσα νοσήματα της μητέρας, ιδίως όταν είναι ενεργά κατά την εγκυμοσύνη, αποτελούν πιθανό ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση ΔΑΦ στους απογόνους, υποδεικνύοντας την ανάγκη για περαιτέρω μελέτη για την επιβεβαίωση και εμβάθυνση αυτής της συσχέτισης (Chen.S, Zhong.X.et.al., 2016).

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες διαδραματίζουν το ρόλο τους τόσο στην επικινδυνότητα εμφάνισης του αυτισμού όσο και στην εξέλιξη της διαταραχής. Αρχικά, το άγχος και το έντονο στρες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να συσχετιστεί με την εμφάνιση της ΔΑΦ καθώς επιφέρει επιδράσεις τόσο σε βιολογικό επίπεδο όσο και σε συμπεριφορικό (Γεωργιάδη Μ., 2022). Συγκεκριμένα, μια μελέτη που περιλάμβανε πάνω από 2.000 μητέρες διαπίστωσε ότι η έκθεση σε ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες κατά την κύηση, όπως οικονομικές δυσκολίες, μετανάστευση, φυσικές καταστροφές και ψυχικές διαταραχές, συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΔΑΦ στα παιδιά ηλικίας 3 ετών (Seebeck.J.et al., 2023). Παλαιότερα, η έλλειψη επίσης των τρυφερών και στοργικών συναισθημάτων από τη μητέρα στο παιδί και η ψυχρότητα της μητέρας είχε συσχετιστεί με την αιτιολογία της ΔΑΦ. Μάλιστα, είχε επινοηθεί και ο όρος «μητέρα-ψυγείο», που στη συνέχεια καταρρίφθηκε καθώς θεωρήθηκε προσβλητικός προς τις μητέρες. Η ακραία ψυχοκοινωνική στέρηση στη βρεφική ηλικία, που μελετήθηκε κυρίως μέσα σε ιδρυματικά περιβάλλοντα, μπορεί να οδηγήσει στη σφυρηλάτηση μιας δυσμενούς αναπτυξιακής ψυχοσύνθεσης και ψυχοπαθολογίας του παιδιού. Όμως για την άρρηκτη σύνδεση της αιτιολογίας μεταξύ της ψυχοκοινωνικής στέρησης και του αυτισμού αναμένεται περεταίρω έρευνα και εκτός των πλαισίων αυτών (Γεωργιάδη Μ.,2022).

Σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα ενισχύουν τη θέση πως η αιτιολογία του αυτισμού δεν στηρίζεται σε μεμονωμένους παράγοντες, όπως είναι οι γενετικοί, οι οικογενειακοί ή οι

περιβαλλοντικοί παράγοντες, αλλά συνιστούν ένα σύνολο πολυάριθμων και ποικίλων παραγόντων, οι οποίοι αλληλοεπιδρούν και αλληλεξαρτώνται ο ένας από τον άλλον.

3.4 Ταξινόμηση και Υποτύποι του Αυτισμού

Η πολυπλοκότητα που διέπει τη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) έχει αποτελέσει αντικείμενο εντατικής μελέτης, ιδιαίτερα όσον αφορά παιδιά και εφήβους. Η πολυδιάστατη φύση του φάσματος και η μεγάλη διαφοροποίηση στην κλινική εικόνα καθιστούν τη διάγνωση και κατανόηση ιδιαίτερα απαιτητική. Μέχρι το 2013, οπότε και δημοσιεύτηκε το DSM-5, η ΔΑΦ περιλάμβανε μια σειρά από διακριτούς υποτύπους, όπως ο αυτισμός του Kanner, το σύνδρομο Asperger, η μη καθορισμένη αλλιώς διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή (PDD-NOS), η παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή και το σύνδρομο Rett (APA, 2000). Η παλαιότερη αυτή κατηγοριοποίηση στηριζόταν κυρίως στην ποικιλομορφία των συμπτωμάτων και στο επίπεδο λειτουργικότητας κάθε ατόμου.

Ο κλασικός αυτισμός, όπως περιγράφηκε αρχικά από τον Leo Kanner το 1943, αποτέλεσε την πρώτη συστηματική απόπειρα προσδιορισμού της διαταραχής. Βασίστηκε κυρίως σε δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση και σε έντονη προσκόλληση στη ρουτίνα. Ο Kanner περιέγραψε επίσης την παρουσία στερεοτυπικών συμπεριφορών, όπως η επαναληπτική κίνηση των χεριών και του σώματος. Αν και η συμβολή του θεωρείται θεμελιώδης, είναι αξιοσημείωτο ότι ήδη από τον 18ο και 19ο αιώνα υπήρχαν περιγραφές παιδιών που πιθανόν εμφάνιζαν αυτιστικά χαρακτηριστικά, συχνά αναφερόμενα ως «άγρια παιδιά» που είχαν εγκαταλειφθεί ή φύγει από το οικογενειακό τους περιβάλλον — μια συνθήκη που δυστυχώς παραμένει επίκαιρη σε ορισμένες περιπτώσεις (Rosen.N.E, Lord.C & Volkmar.F.R., 2021).

Στο παρελθόν, το Σύνδρομο Asperger αποτελούσε έναν από τους πέντε διακριτούς υποτύπους των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών (ΔΑΔ), όπως αυτές περιγράφονταν στο DSM-IV-TR. Τα βασικά διαγνωστικά κριτήρια σχετίζονταν με δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση, στην επικοινωνία και με την παρουσία επαναλαμβανόμενων ή περιορισμένων συμπεριφορών, οι οποίες έπρεπε να εμφανίζονται από την πρώιμη παιδική ηλικία. Το Σύνδρομο Asperger διακρινόταν κυρίως από την απουσία καθυστερήσεων στην ομιλία και τη γνωστική ανάπτυξη, γεγονός που το διαφοροποιούσε από άλλες μορφές

αυτισμού, όπως ο αυτισμός υψηλής λειτουργικότητας (HFA), με τον οποίο ωστόσο παρούσαζε αρκετή επικάλυψη (Rosen.N.E, Lord.C & Volkmar.F.R., 2021).

Η παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή (CDD) περιγράφει περιπτώσεις όπου, μετά από μια περίοδο τυπικής ανάπτυξης τουλάχιστον δύο ετών, το παιδί εμφανίζει απότομη απώλεια δεξιοτήτων, περιλαμβανομένων της γλώσσας, της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και της κινητικότητας (Volkmar & Rutter, 1995).

Το σύνδρομο Rett αφορά κυρίως κορίτσια και σχετίζεται με μεταλλάξεις στο γονίδιο MECP2, οδηγώντας σε σοβαρές νευροαναπτυξιακές οπισθοδρομήσεις (Neul et al., 2010).

Τέλος, η διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (PDD-NOS) λειτουργούσε ως μια «κατηγορία-ομπρέλα» για περιπτώσεις που παρουσίαζαν χαρακτηριστικά της διαταραχής του αυτισμού χωρίς όμως να πληρούν τα πλήρη διαγνωστικά κριτήρια άλλων υποκατηγοριών. Αντικατοπτρίζει μία άτυπη αλλά ομοιογενή κατηγορία στην οποία οι δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία οξύνονται αλλά οι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές αμβλύνονται. Αυτή η ευρεία χρήση συνέβαλε σε μια ετερογενή ομάδα που περιλάμβανε ποικίλα συμπτώματα και επίπεδα λειτουργικότητας (WALKER.D.R.et al., 2004).

Το DSM-5, βασισμένο τόσο στο DSM-IV όσο και σε πολυετή επιστημονική έρευνα, εισήγαγε μια θεμελιώδη αλλαγή στην αντίληψη και την κατηγοριοποίηση των αυτιστικών διαταραχών. Η νέα προσέγγιση εγκαταλείπει το προηγούμενο μοντέλο πολλαπλών διακριτών διαγνώσεων και υιοθετεί έναν ενοποιημένο τρόπο διάγνωσης που εστιάζει στις διαστάσεις των συμπτωμάτων (American Psychiatric Association, 2013). Στο παρελθόν, υπήρχαν ξεχωριστές κατηγορίες όπως η αυτιστική διαταραχή, το σύνδρομο Asperger, η μη ειδικευμένη διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή (PDD-NOS), η διαταραχή Rett και η αποδιοργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας, όλες ενταγμένες κάτω από την ευρύτερη ομπρέλα των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών (PDDs). Η μετάβαση σε ένα ενιαίο διαγνωστικό σχήμα στο DSM-5 υποστηρίχθηκε από ερευνητικά ευρήματα που ανέδειξαν τέσσερις βασικούς λόγους:

1. την αστάθεια στον αριθμό και την ένταση των συμπτωμάτων τόσο εντός όσο και μεταξύ των προηγούμενων υποκατηγοριών,
2. τη χαμηλή αξιοπιστία των υποκατηγοριών ως προς την πρόβλεψη μελλοντικών εξελίξεων,

3. την έλλειψη σαφών διαγνωστικών ορίων που δυσχέραινε την ακριβή ταξινόμηση και, τέλος,
4. τους περιορισμούς στην πρόσβαση σε παρεμβάσεις και υπηρεσίες λόγω αυτών των διαγνώσεων (Rosen.N.E, Lord.C, Volkmar.F.R., 2021).

Η κατάργηση των επί μέρους κατηγοριών δεν έμεινε χωρίς αντιδράσεις. Ειδικά άτομα που αυτοπροσδιορίζονταν με τη διάγνωση του συνδρόμου Asperger εξέφρασαν ανησυχίες, αισθανόμενα ότι χάνεται ένα σημαντικό κομμάτι της προσωπικής και συλλογικής τους ταυτότητας. Επιπλέον, τέθηκαν φόβοι πως η αυστηρότερη διαγνωστική προσέγγιση ενδέχεται να στερήσει από κάποιους ανθρώπους τη δυνατότητα λήψης κατάλληλων υπηρεσιών. Παρ' όλα αυτά, η επιστημονική υποστήριξη υπέρ της ύπαρξης σαφώς οριοθετημένων υποκατηγοριών στο εσωτερικό του φάσματος ήταν ελλιπής και όχι επαρκώς τεκμηριωμένη .

Με τη δημοσίευση του DSM-5 όλες αυτές οι επιμέρους διαγνώσεις ενσωματώθηκαν σε έναν ενιαίο όρο: Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ). Αυτή η ενοποιημένη προσέγγιση είχε ως στόχο την ενίσχυση της αξιοπιστίας στη διάγνωση και τη μείωση της διαγνωστικής αβεβαιότητας (Hosseini.S.A, Molla.M., 2025). Πλέον, η ΔΑΦ κατατάσσεται με βάση την ένταση των συμπτωμάτων και τις ανάγκες υποστήριξης σε τρία επίπεδα: το πρώτο επίπεδο περιλαμβάνει άτομα που χρειάζονται κάποια υποστήριξη στην καθημερινότητά τους, το δεύτερο αναφέρεται σε εκείνους που απαιτούν ουσιαστική βοήθεια, ενώ το τρίτο αφορά περιπτώσεις που απαιτούν πολύ σημαντικού βαθμού υποστήριξη, προκειμένου τα άτομα να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της ζωής τους (Giambattista.C, Ventura.P, Trerotoli.P, Margari,M, Palumbi.R & Margari.L., 2018).

Τέλος, η ερευνητική δραστηριότητα γύρω από τη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος έχει στραφεί προς τον εντοπισμό επιμέρους υποτύπων μέσω βιολογικών και νευρολογικών δεικτών. Μεταλλάξεις σε συγκεκριμένα γονίδια, όπως το CHD8, έχουν φανεί να συνδέονται με ιδιαίτερα φαινοτυπικά χαρακτηριστικά που εμφανίζονται σε ορισμένα άτομα με ΔΑΦ, υποδεικνύοντας την ύπαρξη γενετικά καθορισμένων προφίλ εντός του φάσματος (Bernier.R, Golzio.C, Xiong.B et al., 2014). Επιπρόσθετα, έρευνες στον τομέα της νευροανατομίας έχουν καταδείξει την ύπαρξη διακριτών μορφολογικών προτύπων στον εγκέφαλο, τα οποία ενδέχεται να αντανakλούν διαφοροποιημένες νευροβιολογικές πορείες εντός του φάσματος (Hazlett, H. C., Gu, H., Munsell, B. C., Kim, S. H., Styner, M., Wolff, J. J. et al., 2017). Η κατανόηση αυτών των εσωτερικών διαφοροποιήσεων υπογραμμίζει την αναγκαιότητα της

εξατομικευμένης αξιολόγησης και της προσαρμοσμένης θεραπευτικής προσέγγισης, αφού η κλινική εικόνα της ΔΑΦ μπορεί να διαφέρει ουσιαστικά από άτομο σε άτομο.

3.5 Κλινική Εικόνα – Συμπτωματολογία

Η εκδήλωση των συμπτωμάτων ποικίλλει σημαντικά από άτομο σε άτομο, τόσο ως προς τη σοβαρότητα όσο και ως προς τη μορφή, καθιστώντας την κλινική εικόνα εξαιρετικά ετερογενή και ποικιλόμορφη.

Σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-5, τα βασικά χαρακτηριστικά της ΔΑΦ εντοπίζονται σε δύο βασικούς τομείς:

- a) Ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και κοινωνική αλληλεπίδραση, και
- b) Παρουσία περιορισμένων και επαναλαμβανόμενων μοτίβων συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων ή δραστηριοτήτων (APA, 2013).

Η εμφάνιση του αυτισμού παρουσιάζεται στην ηλικία των 3 ετών και η μη τυπική λειτουργία αντικατοπτρίζεται σε τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα: κοινωνική αλληλεπίδραση, γλώσσα, παιχνίδι με τη φαντασία. Ωστόσο, σε κάθε ηλικιακή ομάδα τα διαγνωστικά κριτήρια διαφοροποιούνται και λαμβάνουν άλλες μορφές. Λόγω αυτής της μεγάλης φαινοτυπικής ετερογένειας και για λόγους ευκολίας ομαδοποιούμε τα διαγνωστικά κριτήρια ανάλογα σε τέσσερις αναπτυξιακές περιόδους:

- ❖ τη βρεφική και πρώτη παιδική ηλικία (πριν τα 2 έτη)
- ❖ την προσχολική ηλικία (2 έως 5 ετών)
- ❖ τη σχολική ηλικία-εφηβεία (6 έως 18 ετών)
- ❖ την ενήλικη ζωή (18 ετών και άνω)

(Μπαρμπούνη, Α., 2023)

Ειδικότερα:

- **Βρεφική και Πρώιμη Παιδική Ηλικία (0–2 ετών)**

Τα πρώιμα σημάδια της ΔΑΦ μπορούν να εμφανιστούν ήδη από τους πρώτους 12 μήνες ζωής. Σε αυτή την ηλικία, παρατηρούνται συχνά:

- ✓ *Μειωμένη ανταπόκριση στο όνομα:* Τα βρέφη μπορεί να μην ανταποκρίνονται όταν τα φωνάζουν, κάτι που συνήθως αναπτύσσεται γύρω στους 6–12 μήνες.

- ✓ *Περιορισμένη ή απουσία κοινωνικού χαμόγελου:* Η έλλειψη ανταπόκρισης με χαμόγελο σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις μπορεί να είναι ενδεικτική.
- ✓ *Απουσία ή καθυστέρηση στην ανάπτυξη της βλεμματικής επαφής:* Η μειωμένη ή ασυνήθιστη βλεμματική επαφή είναι συχνό χαρακτηριστικό .
- ✓ *Καθυστέρηση ή απουσία βαβίσματος και άλλων πρώιμων φωνητικών εκφράσεων:* Η γλωσσική ανάπτυξη μπορεί να παρουσιάζει καθυστέρηση ή ασυνήθιστα πρότυπα.

Οι γονείς συχνά αναφέρουν ανησυχίες για την ανάπτυξη του παιδιού τους πριν από την ηλικία των 2 ετών, αν και η επίσημη διάγνωση μπορεί να καθυστερήσει .

- **Προσχολική Ηλικία (2–5 ετών)**

Κατά την προσχολική περίοδο, τα χαρακτηριστικά της ΔΑΦ γίνονται πιο εμφανή:

- ✓ *Δυσκολίες στην ανάπτυξη λόγου και επικοινωνίας:* Πολλά παιδιά παρουσιάζουν καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου ή χρησιμοποιούν μη λειτουργικό λόγο.
- ✓ *Περιορισμένα ενδιαφέροντα και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές:* Εμφανίζονται στερεοτυπικές κινήσεις, όπως το φτερουγίσμα των χεριών, και έντονη προσκόλληση σε συγκεκριμένα αντικείμενα ή ρουτίνες.
- ✓ *Δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση:* Τα παιδιά μπορεί να αποφεύγουν την επαφή με συνομηλίκους ή να μην δείχνουν ενδιαφέρον για κοινωνικά παιχνίδια .

Η χρήση εργαλείων όπως το M-CHAT-R™ (Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised) είναι διαδεδομένη για τον προσυμπτωματικό έλεγχο σε αυτή την ηλικιακή ομάδα .

- **Σχολική Ηλικία και Εφηβεία (6–18 ετών)**

Στην ηλικία αυτή, τα παιδιά και οι έφηβοι με ΔΑΦ μπορεί να παρουσιάζουν:

- ✓ *Δυσκολίες στην κατανόηση κοινωνικών κανόνων και προσδοκιών:* Η αδυναμία κατανόησης των κοινωνικών κανόνων μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνική απομόνωση ή παρεξηγήσεις.
- ✓ *Προβλήματα στην ανάπτυξη και διατήρηση φιλικών σχέσεων:* Οι δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση μπορεί να επηρεάσουν τη δημιουργία φίλων.
- ✓ *Αυξημένο άγχος και συναισθηματικές δυσκολίες:* Η αντιμετώπιση των κοινωνικών απαιτήσεων του σχολικού περιβάλλοντος μπορεί να προκαλέσει άγχος ή κατάθλιψη.

Η διάγνωση σε αυτή την ηλικία μπορεί να είναι πιο περίπλοκη, καθώς ορισμένα χαρακτηριστικά της ΔΑΦ μπορεί να συγχέονται με άλλες αναπτυξιακές ή ψυχιατρικές διαταραχές.

- **Ενήλικη Ζωή (18 ετών και άνω)**

Στους ενήλικες, τα χαρακτηριστικά της ΔΑΦ μπορεί να περιλαμβάνουν:

- ✓ *Δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία:* Οι ενήλικες μπορεί να αντιμετωπίζουν προκλήσεις στην κατανόηση των κοινωνικών υπονοούμενων ή στην έναρξη και διατήρηση συνομιλιών.
- ✓ *Προσκόλληση σε ρουτίνες και δυσκολία στην προσαρμογή σε αλλαγές:* Η ανάγκη για προβλεψιμότητα μπορεί να επηρεάσει την καθημερινή λειτουργικότητα.
- ✓ *Περιορισμένα ενδιαφέροντα:* Η έντονη ενασχόληση με συγκεκριμένα θέματα μπορεί να επηρεάσει την κοινωνική και επαγγελματική ζωή .

Η διάγνωση της ΔΑΦ σε ενήλικες απαιτεί εξειδικευμένη αξιολόγηση, καθώς τα συμπτώματα μπορεί να είναι λιγότερο εμφανή ή να έχουν καλυφθεί από στρατηγικές αντιστάθμισης που έχουν αναπτυχθεί με την πάροδο του χρόνου (Autism Speaks & Centers for Disease Control and Prevention).

3.6 Κλινική Αξιολόγηση

Η κλινική αξιολόγηση των ατόμων με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) αποτελεί μια σύνθετη και πολυεπίπεδη διαδικασία που αποσκοπεί στην καταγραφή των βασικών χαρακτηριστικών της διαταραχής, καθώς και των συννοσηροτήτων και των αναγκών υποστήριξης κάθε ατόμου. Η διάγνωση βασίζεται πρωτίστως στην παρατήρηση της συμπεριφοράς, τη λήψη αναπτυξιακού ιστορικού και τη χρήση τυποποιημένων διαγνωστικών εργαλείων, σύμφωνα με τα κριτήρια που ορίζονται στο Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Προκειμένου ο κλινικός να καταλήξει στη διάγνωσή του και να προσδώσει τον τίτλο της Διαταραχής του Αυτισμού απαιτείται:

Λήψη Αναπτυξιακού Ιστορικού και Συνέντευξη Γονέων

Η λήψη λεπτομερούς αναπτυξιακού και οικογενειακού ιστορικού είναι βασική προϋπόθεση της κλινικής αξιολόγησης. Περιλαμβάνει πληροφορίες για την πορεία της εγκυμοσύνης, του τοκετού, τα πρώιμα αναπτυξιακά ορόσημα, τις πρώτες επικοινωνιακές και κοινωνικές δεξιότητες, καθώς και τυχόν ενδείξεις παλινδρόμησης (Καραντάνος, Γ, Τάσση, Μ., 2023, από Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος). Εργαλεία όπως το Autism Diagnostic Interview – Revised (ADI-R) (βλ. Παράρτημα Β), που βασίζεται σε ημιδομημένη συνέντευξη με τους γονείς, παρέχουν αξιόπιστες πληροφορίες για τη διαγνωστική διαδικασία. Το ADI-R στοχεύει στην αναζήτηση ιατρικού και ψυχιατρικού οικογενειακού ιστορικού, σε συμπεριφορές αυτισμού εντός της οικογένειας -έως και τριών γενεών πίσω-, στην ηλικία των γονέων κατά την τεκνοποίηση αλλά και στη λήψη πληροφοριών ενδεχόμενων επιπλοκών κατά την κύηση (Γεωργιάδη, Μ, 2022).

Άμεση Κλινική Παρατήρηση

Η άμεση παρατήρηση της συμπεριφοράς του παιδιού σε δομημένες και ημιδομημένες δραστηριότητες είναι κεντρικής σημασίας. Το Autism Diagnostic Observation Schedule – Second Edition (ADOS-2) αλλά κυρίως το ADOS 2-Toddler (ADOS 2-T) (βλ. Παράρτημα Α) αποτελεί ένα από τα πλέον αξιόπιστα και ευρέως χρησιμοποιούμενα διαγνωστικά εργαλεία για τη ΔΑΦ. Περιλαμβάνει ποικίλες δραστηριότητες που αποκαλύπτουν κοινωνικές και επικοινωνιακές δεξιότητες, όπως η βλεμματική επαφή, οι χειρονομίες, η ανταπόκριση σε κοινωνικά ερεθίσματα και η χρήση του λόγου . Πληροφορίες σχετικά με τα συμπτώματα και τα σημάδια και τις άμεσες παρατηρήσεις θα πρέπει να συλλέγονται από διαφορετικά περιβάλλοντα, συμπεριλαμβανομένου του σπιτιού, της εκπαίδευσης και άλλων περιβαλλόντων, όπως των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας (εάν υπάρχουν), σημειώνοντας τη διάρκεια, τη σοβαρότητα και τον αντίκτυπο (Yates, K, Couteur, A., 2016). Ωστόσο, η ADOS-2, παρόλο που αποτελεί το «χρυσό κανόνα» στην κλινική αξιολόγηση, δεν περιλαμβάνεται στα εργαλεία μέτρησης του αυτισμού όπως αντίστοιχα η ADOS 2-TODDLER(ADOS2-T) για νήπια 12-30 μηνών, που εμφανίζεται σε αρκετές μελέτες που διαπραγματεύονται τον αυτισμό . Το εργαλείο αυτό αξιολογεί το βαθμό ανησυχίας, που

αντανακλά το βαθμό στον οποίο ένα παιδί εκδηλώνει συμπεριφορές συνδεδεμένες με τον αυτισμό, ώστε να εντοπιστούν οι περιπτώσεις εκείνες που χρήζουν παρακολούθησης (Καραντάνος, Γ, Τάσση, Μ, 2023). Συνεπώς, συνιστά ένα εργαλείο προληπτικού εντοπισμού συμπεριφορών, που προβλέπουν ρίσκο για αυτισμό, πριν την ουσιαστική εκδήλωση της διαταραχής.

Ψυχομετρικά Εργαλεία

Για την πληρέστερη εικόνα της λειτουργικότητας του παιδιού, χρησιμοποιούνται και ψυχομετρικά εργαλεία αξιολόγησης. Η αξιολόγηση της γνωστικής λειτουργίας κρίνεται απαραίτητη καθώς είναι πανάκεια πως η νοητική αναπηρία και η σοβαρότητά της συνδέονται με τον κίνδυνο εμφάνισης διάφορων γενετικών διαταραχών στα άτομα με ΔΑΦ (Γεωργιάδη, Μ, 2022). Κάποια από αυτά είναι τα εξής :

- ✓ Για τον έλεγχο των γλωσσικών δεξιοτήτων χρησιμοποιούνται εργαλεία όπως : Peabody Picture Vocabulary Test (PPVT), Clinical Evaluation of Language Fundamentals (CELF).
- ✓ Για τον έλεγχο της νοημοσύνης/γνωστικής λειτουργίας χρησιμοποιούνται εργαλεία όπως : Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI), Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC).
- ✓ Για τον έλεγχο της προσαρμοστικής συμπεριφοράς χρησιμοποιούνται εργαλεία όπως το: Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS), που εξετάζουν την καθημερινή λειτουργικότητα σε τομείς όπως η κοινωνικότητα, η αυτονομία και η επικοινωνία. Το συγκεκριμένο εργαλείο περιλαμβάνει τη φόρμα συνέντευξης, φόρμα γονέα/κηδεμόνα και φόρμα εκπαιδευτικού. (Tassé.M.J., 2020).

Πολυεπιστημονική Προσέγγιση

Η αξιολόγηση της ΔΑΦ πρέπει να γίνεται διεπιστημονικά, με τη συμμετοχή λογοθεραπευτών, ψυχολόγων, παιδοψυχιάτρων, εργοθεραπευτών και εκπαιδευτικών. Η συνεργασία των επαγγελματιών εξασφαλίζει την αξιολόγηση σε διαφορετικά περιβάλλοντα (π.χ. σπίτι, σχολείο, κλινικό πλαίσιο) και διευκολύνει τη σύνθεση μιας ολιστικής εικόνας του παιδιού. Ζωτικής σημασίας είναι να σημειωθεί πως αναπόσπαστο κομμάτι της διαγνωστικής διαδικασίας είναι η εξατομικευμένη αξιολόγηση καθώς στο επίκεντρο κάθε

φορά τοποθετείται το ίδιο το παιδί με τα ιδιαίτερα και μοναδικά χαρακτηριστικά του, με τα προσωπικά ελλείμματα και τις δυνατότητές του και όχι η γενικότερη εικόνα της διαταραχής του αυτισμού ως σύνολο.(Φρανσίς, Κ., 2023).

Πρώιμη Ανίχνευση

Η έγκαιρη ανίχνευση και παρέμβαση μπορεί να έχει καθοριστική επίδραση στην πορεία της ανάπτυξης των παιδιών με ΔΑΦ. Παρατίθενται κάποια εργαλεία προσυμπτωματικού ελέγχου με τη μεγαλύτερη ευαισθησία που εφαρμόζονται στην πρώτη παιδική ηλικία.

CHAT (Checklist for Autism in Toddlers), M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers) & Q-CHAT (Quantitative Checklist for Autism in Toddlers)

- ✓ Το CHAT συνιστά ένα εργαλείο το οποίο εφαρμόζεται στην ηλικία των 18 μηνών. Πρόκειται για ερωτηματολόγιο που αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αποτελείται από εννέα ερωτήσεις και συμπληρώνεται από το γονέα/κηδεμόνα του κάθε παιδιού και το δεύτερο μέρος αποτελείται από πέντε παρατηρήσεις από τον εκάστοτε επαγγελματία υγείας. Ωστόσο, το CHAT έχει χαμηλή ευαισθησία και για το λόγο αυτό αναβαθμίστηκε στο M-CHAT, στο οποίο περιλαμβάνονται 23 ερωτήσεις που απαντώνται ολοκληρωτικά από τους γονείς και χορηγείται στους 24 μήνες. Τέλος, το Q-CHAT είναι μία αναθεωρημένη μορφή του CHAT αποτελούμενο από 25 ερωτήσεις το οποίο έχει βελτιωμένη ευαισθησία συγκριτικά με το CHAT (βλ. Παράρτημα Γ).

PDDST-II (Pervasive Developmental Disorders Screening Test II)

- ✓ Το εργαλείο αυτό έχει εφαρμογή στην ηλικιακή ομάδα των 18-48 μηνών. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από τρία μέρη που συμπληρώνονται από τον γονέα και αξιολογούνται από τον κλινικό ιατρό. Η ευαισθησία και η ειδικότητα σε κάθε στάδιο διαφέρει μεταξύ των τριών σταδίων.

ASIEP-3 (Autism Screening Instrument for Educational Planning-3RD Edition)

- ✓ Απευθύνεται στο ηλικιακό φάσμα των 2 έως 13 ετών και συνιστά επικουρικό μέσο για τη διάγνωση της ΔΑΦ. Εφαρμόζεται σε άτομα με χαμηλό δείκτη νοημοσύνης και υψηλή συχνότητα αυτιστικών συμπεριφορών. Ενσωματώνει πέντε διαφορετικές δοκιμασίες :
 - i. Autism Behavior Checklist Test (ABC test)
 - ii. Sample of Vocal Behavior (SVB test)

- iii. Interaction Assessment test
- iv. Educational Assessment Test
- v. Prognosis of Learning Rate test

STAT (Screening Tool for Autism in Tow-Years-Old)

- ✓ Συνιστά ένα εργαλείο δραστηριοτήτων που χρησιμοποιείται ως κατευθυντήρια για την έγκαιρη διάγνωση της ΔΑΦ και τον σχεδιασμό της θεραπευτικής παρέμβασης, αλλά και για τη διαφοροδιάγνωση του αυτισμού από άλλες αναπτυξιακές διαταραχές. Απευθύνεται σε ηλικίες 24-36 μηνών. Διεξάγεται από επαγγελματίες υγείας.

AQ-Child test (Autism Spectrum Quotient)

- ✓ Απευθύνεται σε ηλικίες 4-11 ετών με φυσιολογική νοημοσύνη. Πρόκειται για ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από συνολικά 50 ερωτήσεις, οι οποίες συμπληρώνονται από το γονέα/κηδεμόνα. Ο αυξανόμενος ρυθμός της βαθμολογίας συνεπάγεται αύξηση κινδύνου για ανάπτυξη ΔΑΦ.

(Μπαρμπούνη.Α.,2023)

3.7 Επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή και στην κοινωνική λειτουργικότητα

Η πορεία προς την ενήλικη ζωή αποτελεί ένα απαιτητικό μεταβατικό στάδιο για τα άτομα με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), καθώς αντιμετωπίζουν προκλήσεις που σχετίζονται με την κοινωνική ενσωμάτωση, την αυτονομία και την προσαρμογή στις καθημερινές απαιτήσεις. Σε σύγκριση με τους νευροτυπικούς συνομηλίκους τους, οι νεαροί ενήλικες με αυτισμό συχνά συναντούν εμπόδια, τα οποία προκύπτουν από ανεπαρκή υποστήριξη υπηρεσιών, ασαφή ρόλο των γονέων κατά τη μετάβαση και δυσαρμονία ανάμεσα στις ατομικές δυνατότητες και το περιβάλλον. Σύμφωνα με μία μελέτη, η έννοια της ποιότητας ζωής (ΠΖ) περιλαμβάνει την προσωπική αντίληψη του ατόμου για τη φυσική και ψυχική του υγεία, τις κοινωνικές του σχέσεις, την ικανοποίηση από τις εκπαιδευτικές ή επαγγελματικές του δραστηριότητες και τη συμμετοχή του στο κοινωνικό σύνολο. Άτομα με ΔΑΦ παρουσιάζουν συχνά επιβαρυνμένη ΠΖ, εξαιτίας δυσκολιών στην κοινωνική επικοινωνία, στην αισθητηριακή επεξεργασία, στην εκτελεστική λειτουργία, καθώς και στην ψυχική ανθεκτικότητα. Τα παραπάνω συνδέονται με αυξημένη πιθανότητα κοινωνικού αποκλεισμού και εμπειριών εκφοβισμού, ειδικά κατά τα σχολικά χρόνια.

Για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων, πολλά άτομα με αυτισμό υιοθετούν αντισταθμιστικές στρατηγικές, όπως η απόκρυψη δυσκολιών, η μίμηση συμπεριφορών ή η χρήση προκαθορισμένων κοινωνικών σεναρίων. Αν και αυτές οι πρακτικές μπορεί να διευκολύνουν την εξωτερική αποδοχή και να ενισχύσουν την κοινωνική ένταξη, συχνά συνοδεύονται από έντονη γνωστική και συναισθηματική καταπόνηση.

Η μελέτη επισημαίνει την ανάγκη για διαμόρφωση υποστηρικτικών δομών που θα ανταποκρίνονται ουσιαστικά στις εμπειρίες των ενηλίκων με αυτισμό. Ιδιαίτερη σημασία έχει η ενίσχυση της αυτογνωσίας και η αναγνώριση των εξατομικευμένων μηχανισμών προσαρμογής, προκειμένου να αναπτυχθούν κατάλληλα μοντέλα παρέμβασης που θα προωθούν την ψυχοκοινωνική ευημερία και τη λειτουργική ανεξαρτησία (Overland.E, Hauge.A.L.,et al. 2022).

3.8 Θεραπευτικές Προσεγγίσεις και Παρεμβάσεις

Με γνώμονα τη ΔΑΦ ως μία σύνθετη και πολυεπίπεδη διαταραχή, η θεραπευτική της παρέμβαση αποτελεί έναν πολυδιάστατο και εξατομικευμένο τομέα, ο οποίος προσαρμόζεται στις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε ατόμου. Τα ελλείμματα του φάσματος στην κοινωνική αλληλεπίδραση και επικοινωνία -εξωλεκτική και μη καθώς και τα περιορισμένα και επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς απαιτούν θεραπευτικές στρατηγικές που δεν στοχεύουν στη "θεραπεία" του αυτισμού, αλλά στην ενίσχυση των δεξιοτήτων και της ποιότητας ζωής, προωθώντας την επικοινωνία, την κοινωνική ένταξη και την αυτονομία. Η επιλογή μεθόδου εξαρτάται από το ηλικιακό στάδιο, το γνωστικό επίπεδο, τις αισθητηριακές ανάγκες και τις προτεραιότητες της οικογένειας (Τόμπρου.Δ,Αναγνωστοπούλου.N. et al., 2022).

A. Γνωστικές και Συμπεριφορικές Παρεμβάσεις

Η δομημένη διδασκαλία και η μέθοδος TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children) δημιουργήθηκε από τον Eric Schopler το 1972 και είναι ένα πρόγραμμα εναλλακτικής εκπαίδευσης που απευθύνεται σε ηλικίες παιδιών άνω των 2 ετών, που έχουν διαγνωστεί με ΔΑΦ ή κάποια άλλη διαταραχή επικοινωνίας. Βασική του αρχή είναι η αντίληψη πως μία δυσλειτουργική συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα δυσκολιών που σχετίζονται με την αντίληψη και την κατανόηση. Το TEACCH αποσκοπεί στην βοήθεια των ατόμων να προσαρμοστούν ανάλογα με τις συνθήκες και να

διαχειρίζονται τις απροσδόκητες αλλαγές με τις οποίες καλούνται να έρθουν αντιμέτωπα. Συντείνει, επίσης, στην ενίσχυση και διεύρυνση των επικοινωνιακών τους δεξιοτήτων, με σκοπό την έκφραση των συναισθημάτων τους και τη γνωστοποίηση των αναγκών τους. Το πρόγραμμα παρέχει εικόνες και οπτικά σήματα που βοηθούν τα παιδιά να εναρμονίζονται με το χρόνο και το πλαίσιο στο οποίο βρίσκονται.

Η Εφαρμοσμένη Ανάλυση Συμπεριφοράς (Applied Behavioral Analysis - ABA) είναι μια από τις πιο διαδεδομένες και τεκμηριωμένες παρεμβάσεις στη ΔΑΦ, που έχει τις καταβολές της στη συμπεριφορική και συντελεστική εξαρτημένη μάθηση και είναι δημιούργημα του Ivar Lovaas το 1987. Εστιάζει στην ενίσχυση λειτουργικών συμπεριφορών μέσω θετικής ενίσχυσης και στη μείωση δυσπροσαρμοστικών μοτίβων. Μεταξύ άλλων εστιάζει και στην ανάπτυξη της αυτονομίας, της επικοινωνίας και της κοινωνικοποίησης. Η πρώιμη εντατική παρέμβαση ABA έχει φανεί ότι μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τη γλωσσική έκφραση, την κοινωνική αλληλεπίδραση και τη μαθησιακή απόδοση .

Το πρόγραμμα FITT (Family Implemented TEACCH for Toddlers) είναι μία σχετικά νέα μέθοδος πρώιμης παρέμβασης που εστιάζει στη βαθιά κατανόηση εκ μέρους της οικογένειας της Διαταραχής του Αυτιστικού Φάσματος και θεμελιώνεται με βάση τις αρχές του TEACCH. Βοηθά τους γονείς/κηδεμόνες να αναγνωρίσουν τα χαρίσματα και τις δυνατότητες των παιδιών τους αλλά και να κατανοήσουν τις ανάγκες και τις δυσκολίες τους. Τα ευρήματα για την αποτελεσματικότητα του προγράμματος είναι λίγα αλλά πολύ ενθαρρυντικά.

B. Προγράμματα ενίσχυσης κοινωνικών δεξιοτήτων

Οι Κοινωνικές Ιστορίες (ΚΙ) αποτελούν ένα δομημένο εργαλείο μάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων, σχεδιασμένο να βοηθά τα άτομα με ΔΑΦ στην καλύτερη κατανόηση του κοινωνικού περιβάλλοντος και των καθημερινών συνθηκών. Μέσα από σαφείς, σύντομες αφηγήσεις που περιγράφουν συγκεκριμένες καταστάσεις, γεγονότα ή δραστηριότητες, παρέχουν πληροφορίες σχετικά με το τι αναμένεται να συμβεί και πώς μπορεί να ανταποκριθεί κατάλληλα το άτομο. Η προσέγγιση αυτή δημιουργήθηκε το 1989 από την Carol Gray και στοχεύει όχι μόνο στη διευκόλυνση της κατανόησης κοινωνικών κανόνων, αλλά και στην ενίσχυση επιθυμητών συμπεριφορών, παράλληλα με τον περιορισμό δυσπροσαρμοστικών αντιδράσεων.

C. Εναλλακτικά Συστήματα Επικοινωνίας

Στα πλαίσια των εναλλακτικών μορφών επικοινωνίας εντάσσεται και το πρόγραμμα Makaton, το οποίο αναπτύχθηκε το 1976 από τους Margaret Walker, Katharine Johnston και Tony Cornforth. Η βασική επιδίωξη του προγράμματος είναι να προσφέρει έναν εύχρηστο και παράλληλα λειτουργικό τρόπο επικοινωνίας για άτομα με βαριάς μορφής διαταραχές, όπως η κώφωση. Παρόλα αυτά, έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα ωφέλιμο και για άτομα με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), καθώς συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση βασικών επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Επιπλέον, διευκολύνει τα παιδιά στην κατανόηση πληροφοριών από το περιβάλλον, ενισχύοντας ταυτόχρονα γνωστικές λειτουργίες όπως η προσοχή, η μνήμη και η ακουστική αντίληψη. Ερευνητικά ευρήματα επισημαίνουν ότι η συμμετοχή στο Makaton σχετίζεται με πρόοδο στη γλωσσική ανάπτυξη, εμπλουτισμό του λεξιλογίου, αλλά και βελτίωση της κοινωνικής συμπεριφοράς και της διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης. Το πρόγραμμα PECS (Picture Exchange Communication System) αναπτύχθηκε από τους Bondy και Frost το 1985 και στηρίζεται στη συμπεριφορική θεραπεία. Απώτερος στόχος του προγράμματος είναι η ανάπτυξη επικοινωνιακών δεξιοτήτων μέσω των οπτικών συμβόλων - ανταλλαγής μιας εικόνας ή ενός σκίτσου - ή η πρόταση εναλλακτικών τρόπων επικοινωνίας.

D. Παρεμβάσεις βασισμένες στην Τεχνολογία

Το Video Modeling (Μοντελοποίηση με βίντεο) είναι μία διαδικασία κατά την οποία ένα ή περισσότερα άτομα αποτελούν πρότυπα μιας συμπεριφοράς, την οποία το παιδί-παρατηρητής καλείται να μιμηθεί. Συνιστά ένα χρήσιμο εργαλείο για την εκμάθηση μιας σειράς δεξιοτήτων και συμπεριφορών.

Η Εικονική Πραγματικότητα (Virtual Reality) αναγνωρίζεται ως ένα ιδιαίτερα αποτελεσματικό εργαλείο που εφαρμόζεται στην εκπαίδευση, την παρέμβαση και τη θεραπευτική υποστήριξη ατόμων με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ). Βασική της λειτουργία είναι η βιωματική εμπλοκή του συμμετέχοντα σε ένα διαδραστικό περιβάλλον, το οποίο προσομοιάζει την πραγματικότητα μέσω τρισδιάστατων ψηφιακών ερεθισμάτων. Η τεχνολογία αυτή αξιοποιείται κυρίως για την ενίσχυση κοινωνικών δεξιοτήτων και την καλλιέργεια προσαρμοστικών συμπεριφορών που διευκολύνουν την ένταξη και λειτουργία του ατόμου στην καθημερινή ζωή.

E. Άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις

Μοντέλα όπως το DIR/Floortime εστιάζουν στη συναισθηματική σύνδεση και στην ενίσχυση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης με βάση τα αναπτυξιακά ορόσημα. Η ενσωμάτωση των γονέων στη θεραπεία θεωρείται κομβικής σημασίας, καθώς προάγει τη γενίκευση των δεξιοτήτων και την οικογενειακή ενδυνάμωση (Κοσσυβάκη, Λ., Τζονάκα, Τ., Σερέτη, Κ., 2023).

Η Θεραπεία Αισθητηριακής Ολοκλήρωσης (Sensory Integration Therapy – SIT) σχεδιάστηκε από την Ayres με στόχο να μετριάσει τις δυσκολίες που παρουσιάζουν πολλά άτομα με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) στην επεξεργασία αισθητηριακών ερεθισμάτων, όπως είναι η υπερευαισθησία ή η υποαντίδραση σε ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Η παρέμβαση αυτή βασίζεται κυρίως σε δραστηριότητες που ενεργοποιούν αισθητηριακά κανάλια, όπως η ακοή, η αφή και η όραση. Εφαρμόζεται ευρέως από εργοθεραπευτές, οι οποίοι επιδιώκουν την ομαλοποίηση της αισθητηριακής εμπειρίας και τη βελτίωση της λειτουργικής συμμετοχής του παιδιού σε καθημερινές δραστηριότητες και κοινωνικά περιβάλλοντα (Τόμπρου, Δ., Αναγνωστοπούλου, Ν. et al., 2022).

Τα προγράμματα παρέμβασης μέσω τέχνης έχουν ιδιαίτερη απήχηση τα τελευταία χρόνια με τα πιο δημοφιλή να είναι η χοροθεραπεία και η μουσικοθεραπεία. Αυτά προσφέρουν έναν εναλλακτικό τρόπο επικοινωνίας και έκφρασης σε άτομα με ανεπαρκή ή και καθόλου λεκτική επικοινωνία.

Κεφάλαιο 4^ο

Ψυχικές Διαταραχές

4.1 Αιτιολογικοί Παράγοντες Ψυχικών Διαταραχών Παιδικής και Εφηβικής Ηλικίας

Οι ψυχικές διαταραχές στην παιδική και εφηβική ηλικία είναι αποτέλεσμα μιας πολυπαραγοντικής αλληλεπίδρασης ποικίλων παραγόντων. Η περίοδος της παιδικής και εφηβικής ηλικίας χαρακτηρίζεται από πολυάριθμες και ιδιαίτερες αλλαγές που αντιστοιχούν στο εκάστοτε αναπτυξιακό στάδιο. Το γεγονός αυτό εγείρει/ προκαλεί πολύπλοκες αντιδράσεις σε ποικιλία παραγόντων, που εκδηλώνονται σε αναπτυσσόμενα άτομα. Οι κυριότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών είναι οι βιολογικοί-οργανικοί, οι σωματικοί, οι ιδιοσυγκρασιακοί και σαφώς οι περιβαλλοντικοί-κοινωνικοί παράγοντες (Παπαγεωργίου Β.Α, 2005). Η ψυχική παθολογία κατά την αναπτυξιακή πορεία συχνά δεν αποδίδεται σε έναν μοναδικό αιτιολογικό παράγοντα, αλλά προκύπτει από τη σωρευτική ή επιβαρυντική δράση ποικίλων παραγόντων που ενεργοποιούνται σε κρίσιμες φάσεις της ανάπτυξης. Η κατανόηση και η έγκαιρη αναγνώριση αυτών των παραγόντων θεωρείται θεμελιώδης τόσο για την πρόληψη όσο και για την έγκαιρη και αποτελεσματική παρέμβαση, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για τον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό.

4.1.1 Βιολογικοί-Οργανικοί Παράγοντες

Οι βιολογικοί-οργανικοί παράγοντες συνιστούν μία από τις ενδεχόμενες αιτίες εμφάνισης των ψυχικών διαταραχών. Οι προαναφερόμενοι παράγοντες επηρεάζουν τη λειτουργία και την εξέλιξη του ατόμου με ποικίλους τρόπους. Σε πολλούς τομείς, όπως η κινητικότητα και ο λόγος, η ανάπτυξη δεν μπορεί να γίνει αντιληπτή παρά μόνο από τη διαδικασία της ωρίμανσης και της επίδρασης των γενετικών παραγόντων. Μεταξύ των βιολογικών παραγόντων ιδιαίτερα σημαντικοί είναι οι γενετικοί παράγοντες, οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες, η ενδομήτρια νόσος ή βλάβη αλλά και η προωρότητα και το τραύμα κατά τη διαδικασία του τοκετού (Παπαγεωργίου Β.Α, 2005).

- **Οι γενετικοί παράγοντες** συνιστούν έναν από τους πλέον θεμελιώδεις βιολογικούς προσδιοριστές στην αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Έχει διαπιστωθεί ότι όχι μόνο οι κλινικά εκδηλωμένες διαταραχές,

αλλά ακόμη και υποκλινικά χαρακτηριστικά – όπως για παράδειγμα κοινωνικές δυσκολίες, συναισθηματική αστάθεια ή αυξημένη κινητικότητα – παρουσιάζουν αξιοσημείωτο βαθμό κληρονομικότητας. Σε μεγάλη πληθυσμιακή μελέτη διδύμων που διεξήχθη στη Σουηδία καταγράφηκε ισχυρή γενετική επικάλυψη μεταξύ πλήρως διαγνωσμένων ψυχιατρικών διαταραχών, όπως η διαταραχή αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ), η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/ υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) και η μείζων καταθλιπτική διαταραχή (ΜΚΔ), και των αντίστοιχων ηπιότερων φαινοτυπικών εκφάνσεών τους (Taylor et al., 2018). Ειδικότερα, η γενετική συσχέτιση μεταξύ της ΔΑΦ και των αυτιστικών χαρακτηριστικών ανέρχεται σε τιμή 0,70, γεγονός που αποδεικνύει την ύπαρξη ενός ενιαίου, φασματικού συνεχούς στην ψυχοπαθολογία. Οι νεότερες μοριακές γενετικές προσεγγίσεις, όπως οι μελέτες συσχέτισης σε όλο το γονιδίωμα (GWAS) και η χρήση πολυγονιδιακών δεικτών κινδύνου (Polygenic Risk Scores – PRS), έχουν προσφέρει πρόσθετες ενδείξεις για τη συνύπαρξη κοινών γενετικών παραγόντων σε διαφορετικές ψυχιατρικές διαταραχές. Αν και τα μεμονωμένα γενετικά ευρήματα παρουσιάζουν συχνά περιορισμένα μεγέθη επίδρασης, συμβάλλουν σημαντικά στην κατανόηση της πολυπαραγοντικής φύσης των ψυχικών διαταραχών. Επιπλέον, νεότερες αναλύσεις επισημαίνουν ότι οι σπάνιες γενετικές μεταλλάξεις, σε ορισμένες περιπτώσεις, ενδέχεται να ασκούν ισχυρότερη επίδραση από τις πιο συχνές γενετικές παραλλαγές. Τέλος, φαίνεται πως η γενετική επικάλυψη δεν περιορίζεται μόνο στις νευροαναπτυξιακές διαταραχές (όπως η ΔΑΦ ή η ΔΕΠ-Υ), αλλά επεκτείνεται και σε διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΨΔ) και οι διαταραχές της διάθεσης. Η συνολική εικόνα αναδεικνύει πως η γενετική βάση της ψυχοπαθολογίας διατρέχει οριζόντια διάφορες κατηγορίες διαταραχών, προσφέροντας πολύτιμες ενδείξεις για την κατανόηση της συνέχειας μεταξύ φυσιολογικής και παθολογικής ψυχολογικής λειτουργίας.

- **Οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες** αποτελούν έναν από τους σημαντικότερους οργανικούς βιολογικούς παράγοντες που εμπλέκονται στην αιτιοπαθογένεια ψυχικών και νευροαναπτυξιακών διαταραχών, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Η γενετική έρευνα έχει καταδείξει ότι τόσο οι αριθμητικές (όπως οι τρισωμίες) όσο και οι δομικές χρωμοσωμικές ανωμαλίες (όπως διαγραφές, διπλασιασμοί ή μεταθέσεις) συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σοβαρών ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Παρά το γεγονός ότι οι συμβατικές

στρατηγικές γενετικής χαρτογράφησης συχνά αδυνατούν να εντοπίσουν επακριβώς τις υπεύθυνες μεταλλάξεις, περιοχές θραύσης ή αναδιάταξης στα χρωμοσώματα προσδιορίζονται συχνά σε άτομα με διαγνωσμένες ψυχικές διαταραχές και ενδέχεται να επηρεάζουν κρίσιμα γονίδια μέσω διακοπής της λειτουργίας ή της ρύθμισής τους (MacIntyre, 2003). Ενδεικτικά, το σύνδρομο Down (τρισωμία 21) συνδέεται με διανοητική υστέρηση και αυξημένο κίνδυνο για καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές, κυρίως στην ενήλικη ζωή (Rivelli et.al,2022). Αντίστοιχα, το σύνδρομο του εύθραυστου X – η συχνότερη κληρονομούμενη μορφή νοητικής αναπηρίας – έχει συσχετιστεί στενά με τη διαταραχή αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ), τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/ υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ), καθώς και με κοινωνικές και συναισθηματικές δυσκολίες (Davidson et.al,2022). Ιδιαίτερη βαρύτητα αποδίδεται στις διαγραφές της περιοχής 22q11.2, οι οποίες αυξάνουν δραματικά τον κίνδυνο εκδήλωσης σχιζοφρένειας ή άλλων ψυχωσικών διαταραχών κατά την εφηβεία ή την ενηλικίωση, συμπεριλαμβανομένων του αυτισμού και της ΔΕΠ-Υ (Squarcione et al., 2013). Δεδομένου του πολυπαραγοντικού χαρακτήρα των ψυχικών διαταραχών, η παρουσία γνωσιακών ελλειμμάτων, δυσμορφικών χαρακτηριστικών ή οικογενειακού ιστορικού ενδείκνυται να οδηγήσει σε καρυοτυπικό και μοριακό γενετικό έλεγχο, ο οποίος μπορεί να αποκαλύψει υποκείμενες χρωμοσωμικές βλάβες που επηρεάζουν άμεσα τη νευροαναπτυξιακή πορεία του ατόμου.

- **Η ενδομήτρια περίοδος** αποτελεί ένα από τα πιο καθοριστικά στάδια της νευροανάπτυξης, με την ύπαρξη ενδομήτριας νόσου ή βλάβης κατά τη διάρκειά της να έχει δυνητικά σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία του μελλοντικού ατόμου. Πλήθος ερευνών έχει τεκμηριώσει ότι λοιμώξεις κατά την κύηση, όπως αυτές που ανήκουν στο σύμπλεγμα TORCH (Toxoplasma, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes simplex), μπορούν να διαταράξουν τη φυσιολογική ανάπτυξη του εμβρυϊκού εγκεφάλου, προκαλώντας αλλοιώσεις τόσο σε δομικό όσο και σε λειτουργικό επίπεδο (Brown & Derkits, 2010). Οι επιπτώσεις τέτοιων λοιμώξεων έχουν συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σοβαρών ψυχικών διαταραχών, όπως η σχιζοφρένεια, η διαταραχή αυτιστικού φάσματος (ASD) και η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ). Επιπλέον, η ανεπαρκής αιμάτωση του πλακούντα, η υποξία, καθώς και η έκθεση του εμβρύου σε επιβλαβείς ουσίες όπως το αλκοόλ, η νικοτίνη ή ορισμένα φαρμακευτικά σκευάσματα, έχουν αποδειχθεί ότι επηρεάζουν αρνητικά την οργάνωση του κεντρικού νευρικού

συστήματος και σχετίζονται με την εκδήλωση νευροαναπτυξιακών και συμπεριφορικών διαταραχών (Παπαγεωργίου, 2005). Η παρεμπόδιση κρίσιμων νευρωνικών διεργασιών κατά τη διάρκεια της κύησης, δημιουργεί ένα δυσμενές υπόστρωμα για την ψυχική ανάπτυξη του παιδιού. Ως εκ τούτου, η ενίσχυση της προγεννητικής φροντίδας και η πρόληψη παραγόντων κινδύνου καθίστανται καθοριστικές στρατηγικές για τη μείωση της πιθανότητας εμφάνισης ψυχικών διαταραχών στην πορεία της ζωής.

- **Ο πρόωρος τοκετός καθώς και πιθανοί τραυματισμοί** που μπορεί να προκύψουν κατά τη διαδικασία της γέννας, συνιστούν σημαντικούς βιολογικούς παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών, ιδίως σε νευροαναπτυξιακό επίπεδο. Τα βρέφη που γεννιούνται πριν από την 37η εβδομάδα κύησης είναι ιδιαίτερα ευάλωτα, καθώς ο εγκέφαλός τους δεν έχει ολοκληρώσει κρίσιμα στάδια ωρίμανσης, όπως η μυελινοποίηση και η διαμόρφωση συνδέσεων μεταξύ βασικών νευρωνικών κυκλωμάτων. Ο όρος «πρόωρος συμπεριφορικός φαινότυπος» έχει προταθεί στη διεθνή βιβλιογραφία για να περιγράψει ένα σύνολο χαρακτηριστικών που παρατηρούνται συχνά σε αυτά τα παιδιά, τα οποία περιλαμβάνουν αυξημένα επίπεδα άγχους, δυσκολίες συγκέντρωσης, καθώς και προβλήματα κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Johnson & Marlow, 2011). Επιπλέον, η πρόωρη γέννηση έχει συσχετιστεί με υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης διαταραχών του φάσματος του αυτισμού, διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) και άλλων συναισθηματικών ή συμπεριφορικών δυσκολιών. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και το ενδεχόμενο περιγεννητικού τραύματος – όπως υποξία, αιμορραγία ή πίεση στον εγκέφαλο – το οποίο ενδέχεται να προκαλέσει αλλοιώσεις στη λευκή ουσία ή σε περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με τη ρύθμιση της συμπεριφοράς και των συναισθημάτων (Volpe, 2009). Οι νευροβιολογικές αυτές επιδράσεις καθιστούν τα παιδιά με ιστορικό πρόωρης γέννησης ή περιγεννητικού τραύματος περισσότερο επιρρεπή στην ανάπτυξη ψυχικής συμπτωματολογίας, ιδίως κατά την παιδική και εφηβική ηλικία.

4.1.2 Σωματικές Νόσοι και Τραύματα

Οι χρόνιες σωματικές νόσοι και τα τραυματικά σωματικά γεγονότα συνδέονται στενά με την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, τόσο στην παιδική όσο και στην ενήλικη ζωή. Η διάγνωση μιας χρόνιας ή επώδυνης σωματικής νόσου επηρεάζει ουσιαστικά την καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου, επιδρώντας αρνητικά στην αυτοεικόνα, την ποιότητα ζωής και την ψυχολογική του ευεξία. Παιδιά και έφηβοι που αντιμετωπίζουν παθήσεις όπως το άσθμα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η επιληψία ή νευρολογικές διαταραχές εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά συννοσηρότητας με αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές, ιδιαίτερα όταν συνοδεύονται από κοινωνική απόσυρση ή περιορισμό της ανεξαρτησίας (Clarke & Currie, 2009). Παράλληλα, η εμπειρία σωματικών τραυματισμών – είτε πρόκειται για σοβαρά ατυχήματα, χειρουργικές παρεμβάσεις ή παρατεταμένες νοσηλείες – μπορεί να λειτουργήσει ως στρεσογόνο και δυνητικά τραυματικό γεγονός, συμβάλλοντας στην ενεργοποίηση του συστήματος του ψυχολογικού στρες και ενισχύοντας την πιθανότητα εμφάνισης διαταραχών όπως η μετατραυματική διαταραχή άγχους (PTSD) (Kahana et al., 2006). Η σαφής αλληλεπίδραση μεταξύ σωματικής και ψυχικής υγείας καθιστά αναγκαία τη διεπιστημονική προσέγγιση στη φροντίδα των ασθενών, με στόχο την ολιστική υποστήριξη και την πρόληψη της επιδείνωσης της ψυχοπαθολογίας.

4.1.3 Ιδιοσυγκρασιακοί Παράγοντες

Η ιδιοσυγκρασία, δηλαδή ο ιδιαίτερος και ξεχωριστός συνδυασμός των χαρακτηριστικών του κάθε ανθρώπου που τον καθιστά μοναδικό και διαφορετικό, αποτελεί βασικό προγνωστικό παράγοντα για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών. Επίσης, ο όρος αυτός περιλαμβάνει την έμφυτη συναισθηματική ευαισθησία και τον τρόπο διαχείρισης του στρες. Δυσλειτουργικά προφίλ ιδιοσυγκρασίας όπως η αυξημένη τάση για αρνητική συναισθηματικότητα, η χαμηλή προσπάθεια ελέγχου (effortful control) και η υψηλή νευρωτικότητα έχουν συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο διαταραχών όπως το άγχος, η κατάθλιψη, η ΔΕΠ Υ και οι διαταραχές συμπεριφοράς. Για παράδειγμα, παιδιά με υψηλή νευρωτικότητα ή περιορισμένο εκτελεστικό έλεγχο τείνουν να εμφανίζουν σημαντική συμπτωματολογία στη μετέπειτα ζωή (Nigg, J. T., 2006). Συνεπώς, η εκτίμηση της ιδιοσυγκρασίας από τους κλινικούς αποτελεί εργαλείο πρώιμης πρόληψης, καθώς επιτρέπει

την αναγνώριση παιδιών που ίσως επωφεληθούν από στοχευμένες παρεμβάσεις για την ενίσχυση της συναισθηματικής και συμπεριφορικής τους αυτορρύθμισης.

Η μελέτη που διεξήχθη στη Νέα Υόρκη το 1983 από τους Alexander Thomas και Stella Chess είναι μία από τις πιο θεμελιώδεις μελέτες στον τομέα της αναπτυξιακής ψυχολογίας με αντικείμενο την ιδιοσυγκρασία στα παιδιά. Οι ερευνητές παρακολούθησαν 133 παιδιά από τη βρεφική ηλικία έως την εφηβεία και περιέγραψαν εννέα βασικές διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας:

- **Το επίπεδο δραστηριότητας:** Η συνολική κινητικότητα του παιδιού – πόσο κινείται και δραστηριοποιείται σωματικά σε καθημερινές καταστάσεις.
- **Ρυθμικότητα:** Ο βαθμός στον οποίο οι βασικές λειτουργίες είναι τακτικές και προβλέψιμες.
- **Προσέγγιση ή απόσυρση:** Η αρχική αντίδραση του παιδιού σε νέα πρόσωπα, καταστάσεις ή εμπειρίες – αν δείχνει ενθουσιασμό ή διστακτικότητα.
- **Ευκολία προσαρμογής:** Η ταχύτητα και ευκολία με την οποία το παιδί προσαρμόζεται σε αλλαγές ή νέες συνθήκες.
- **Ένταση αντίδρασης:** Το μέγεθος της συναισθηματικής απόκρισης – πόσο έντονα αντιδρά, είτε θετικά είτε αρνητικά.
- **Διάθεση:** Η γενική συναισθηματική διάθεση του παιδιού – αν είναι κυρίως χαρούμενο και αισιόδοξο ή εκφράζει δυσaréσκεια και αρνητικότητα.
- **Διάρκεια προσοχής και επιμονή:** Η ικανότητα του παιδιού να συγκεντρώνεται και να επιμένει σε μια δραστηριότητα, παρά τις δυσκολίες ή τους περισπασμούς.
- **Απόσπαση προσοχής:** Το πόσο εύκολα αποσπάται η προσοχή του παιδιού από εξωτερικά ερεθίσματα κατά τη διάρκεια κάποιας δραστηριότητας.
- **Ουδός ανταπόκρισης:** Το επίπεδο ερεθίσματος που απαιτείται για να προκληθεί μια αντίδραση – πόσο ευαίσθητο είναι το παιδί σε ήχους, φώτα, αφή, κ.ά.

Με βάση τις παραπάνω βασικές διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας, ταξινόμησαν τα παιδιά σε τρεις βασικούς τύπους:

1. **"Εύκολα" παιδιά (easy):** προσαρμόζονταν εύκολα, είχαν θετική διάθεση και τακτικά βιολογικά πρότυπα.
2. **"Δύσκολα" παιδιά (difficult):** ήταν ευερέθιστα, προσαρμόζονταν δύσκολα και παρουσίαζαν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις.

3. **"Αργά στην προσαρμογή" παιδιά (slow to warm up):** ήταν αρχικά αποσυρμένα και διστακτικά αλλά βελτιώνονταν σταδιακά με τον χρόνο.

Η μελέτη υποστήριξε ότι η καταλληλότητα προσαρμογής μεταξύ της ιδιοσυγκρασίας του παιδιού και του περιβάλλοντός του (ιδίως των γονεϊκών αντιδράσεων) ήταν κρίσιμη για την ψυχική του εξέλιξη. Παιδιά με πιο "δύσκολες" ιδιοσυγκρασίες που μεγάλωσαν σε περιβάλλοντα με κατανόηση και συνέπεια είχαν σημαντικά καλύτερα αναπτυξιακά αποτελέσματα (Παπαγεωργίου, 2005 & Thomas & Chess, 1983).

4.1.4 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ψυχική υγεία του ατόμου, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής ηλικίας, όπου η προσωπικότητα και η συναισθηματική ωριμότητα βρίσκονται σε στάδιο διαμόρφωσης. Πρωταρχικής σημασίας είναι:

i. Η Επίδραση της Οικογένειας

Η οικογένεια αποτελεί τον θεμέλιο λίθο στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού, επηρεάζοντας βαθιά τη συναισθηματική του σταθερότητα και την ικανότητά του να προσαρμόζεται στο περιβάλλον. Η παροχή ασφάλειας, φροντίδας και σταθερής συναισθηματικής σύνδεσης από τους γονείς διαμορφώνει τις βάσεις για την ομαλή ψυχολογική εξέλιξη του παιδιού. Η ποιότητα της γονεϊκής σχέσης και η συναισθηματική διαθεσιμότητα των φροντιστών λειτουργούν ως προστατευτικοί ή, αντιστρόφως, ως επιβαρυντικοί παράγοντες, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους (Παπαγεωργίου, 2005). Επιστημονικά ευρήματα καταδεικνύουν ότι δυσλειτουργικά γονεϊκά πρότυπα όπως η υπερβολική αυστηρότητα, η αδιαφορία ή η συναισθηματική απόρριψη καθώς και η παρουσία ενδοοικογενειακής βίας, ψυχικής νόσου ή εξαρτήσεων, σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης αγχωδών, καταθλιπτικών και συμπεριφορικών διαταραχών στα παιδιά (Patel, Flisher, Hetrick, & McGorry, 2007· Yap, Pilkington, Ryan, & Jorm, 2014).

Παράλληλα, η οικογενειακή δομή φαίνεται να ασκεί επιρροή στη συναισθηματική ευαλωτότητα του παιδιού. Παιδιά που μεγαλώνουν με έναν μόνο γονέα εμφανίζουν συχνότερα ψυχικές δυσκολίες, ιδιαίτερα όταν απουσιάζει ένα σταθερό υποστηρικτικό δίκτυο. Παρ' όλα αυτά, η θετική ποιότητα των σχέσεων εντός της οικογένειας μπορεί να

λειτουργήσει προστατευτικά, ανεξαρτήτως οικογενειακής σύνθεσης. Επιπλέον, σε οικογένειες με μεγάλο αριθμό παιδιών έχει παρατηρηθεί αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης μαθησιακών και συμπεριφορικών δυσκολιών, πιθανώς λόγω περιορισμένων γονεϊκών πόρων και ατομικής προσοχής (Παπαγεωργίου, 2005).

ii. Ο Ρόλος του Σχολείου

Το σχολείο συνιστά τον δεύτερο βασικό πυλώνα κοινωνικοποίησης του παιδιού, παρέχοντας ένα πλαίσιο στο οποίο αναπτύσσει σχέσεις με συνομηλίκους και ενήλικες εκτός της οικογένειας. Η ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων, τόσο μεταξύ μαθητών όσο και μεταξύ μαθητή και εκπαιδευτικού, διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο όχι μόνο στη μαθησιακή διαδικασία, αλλά και στην ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Όταν το σχολικό περιβάλλον είναι υποστηρικτικό με θετικό κλίμα και ενίσχυση της ατομικής προσπάθειας, μπορεί να λειτουργήσει αντισταθμιστικά απέναντι σε δυσκολίες που ενδέχεται να υπάρχουν στο οικογενειακό περιβάλλον (Παπαγεωργίου, 2005).

Αντιθέτως, δυσμενείς σχολικές εμπειρίες, όπως ο σχολικός εκφοβισμός, η παραμέληση των μαθησιακών δυσκολιών ή η απουσία ψυχοκοινωνικής στήριξης από εκπαιδευτικούς και συνομηλίκους, έχουν συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αγχωδών διαταραχών, καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και άλλων μορφών ψυχικής δυσφορίας (Arseneault, 2018). Η διεθνής βιβλιογραφία υπογραμμίζει ότι το πλαίσιο μάθησης οφείλει να προάγει την ψυχική ανθεκτικότητα, ενισχύοντας την αυτοεκτίμηση του παιδιού, αναγνωρίζοντας τις δεξιότητές του και καθοδηγώντας το μέσω θετικών παιδαγωγικών πρακτικών. Η ισορροπία μεταξύ ενός ασφαλούς, ευχάριστου περιβάλλοντος και της έμφασης σε ακαδημαϊκές και κοινωνικές δεξιότητες, καθώς και η επαγγελματική επάρκεια των εκπαιδευτικών συνιστούν βασικές παραμέτρους για την ευνοϊκή ανάπτυξη των μαθητών (Παπαγεωργίου, 2005).

iii. Το Κοινωνικό και Πολιτισμικό Περιβάλλον

Το ευρύτερο κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο εντάσσεται στους βασικούς παράγοντες που καθορίζουν τη συνολική ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού. Οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, όπως το χαμηλό εισόδημα, η ανεργία, η ασταθής ή ανεπαρκής στέγαση, καθώς και η έλλειψη πρόσβασης σε υγειονομική και εκπαιδευτική φροντίδα, συνιστούν παράγοντες κινδύνου για την ψυχική υγεία των ανηλίκων. Ιδιαίτερη σημασία έχει και η

κοινωνική απομόνωση ή περιθωριοποίηση που βιώνουν ορισμένα παιδιά είτε λόγω πολιτισμικής ταυτότητας είτε λόγω κοινωνικών διακρίσεων καθώς αυτές συμβάλλουν στη μείωση της ψυχικής ανθεκτικότητας και στην αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης αγχώδων και καταθλιπτικών διαταραχών ή διαταραχών συμπεριφοράς (Reiss, 2013).

Η συνεχής έκθεση σε περιβαλλοντικό στρες, όπως η βία, η εγκληματικότητα, ή η γενικευμένη κοινωνική ανασφάλεια, επηρεάζει δυσμενώς την ψυχολογική ευημερία του παιδιού, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου απουσιάζει ένα σταθερό δίκτυο κοινωνικής στήριξης. Η ύπαρξη θετικών κοινωνικών σχέσεων, συλλογικής δράσης και υποστηρικτικών θεσμών, αποτελεί κρίσιμο προστατευτικό παράγοντα, ο οποίος μπορεί να μετριάσει τις επιπτώσεις της φτώχειας ή των κοινωνικών ανισοτήτων στην ψυχική υγεία. Συνεπώς, το κοινωνικό περιβάλλον δρα τόσο ως παράγοντας κινδύνου όσο και ως μηχανισμός παρέμβασης και πρόληψης, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά και τη δυναμική του.

4.2 Επιδημιολογία των Ψυχικών Διαταραχών της Παιδικής και Εφηβικής Ηλικίας

Η επιδημιολογία των ψυχικών διαταραχών αναφέρεται στη μελέτη της συχνότητας, της κατανομής και των καθοριστικών παραγόντων των διαταραχών αυτών στον γενικό πληθυσμό. Ο επιπολασμός, δηλαδή, το ποσοστό των ατόμων που πάσχουν από μια ψυχική διαταραχή σε μια δεδομένη χρονική στιγμή, αποτελεί κρίσιμη ένδειξη για την κατανόηση της έκτασης του φαινομένου. Η παιδική και εφηβική ηλικία αντιπροσωπεύουν περιόδους εντατικής ψυχοσωματικής ανάπτυξης, κατά τις οποίες συχνά πρωτοεμφανίζονται ψυχιατρικές δυσκολίες. Η πρόωμη εκδήλωση των διαταραχών αυτών μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την αναπτυξιακή πορεία και να περιορίσει σημαντικά τις δυνατότητες προσωπικής και κοινωνικής εξέλιξης (Παπαγεωργίου, 2005).

Τα διαθέσιμα επιδημιολογικά δεδομένα αναδεικνύουν μια σταθερά αυξανόμενη τάση της ψυχικής νοσηρότητας σε παιδιά και εφήβους διεθνώς, καθιστώντας επιτακτική την ανάγκη για πρόωμη αναγνώριση και παρέμβαση. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 2021) εκτιμά ότι περίπου το 15% των νέων ηλικίας 10–19 ετών αντιμετωπίζει κάποια ψυχική διαταραχή, με τις συχνότερες να περιλαμβάνουν τις αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές, τις διαταραχές συμπεριφοράς και διάθεσης, καθώς και τις νευροαναπτυξιακές καταστάσεις,

όπως η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής–υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) και η διαταραχή αυτιστικού φάσματος.

Ιδιαίτερες ομάδες κινδύνου περιλαμβάνουν εφήβους που βιώνουν κοινωνικό αποκλεισμό, στιγματισμό ή διακρίσεις, καθώς και εκείνους που ζουν υπό ανθρωπιστικές κρίσεις ή συνθήκες φτώχειας. Επιπλέον, οι νέοι με χρόνιες παθήσεις, αναπτυξιακές δυσκολίες ή νοητική υστέρηση ή οι νέοι που ανήκουν σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως, οι ανήλικοι γονείς, κακοποιημένοι συναισθηματικά και σεξουαλικά έφηβοι, νέοι με διαφορετικές σεξουαλικές πεποιθήσεις, αντιμετωπίζουν πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου που επιβαρύνουν περαιτέρω την ψυχική τους υγεία (WHO, 2021 & Παπαγεωργίου, 2005).

Ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι σχεδόν το 50% των ψυχικών διαταραχών που εκδηλώνονται στην ενήλικη ζωή έχει ξεκινήσει πριν από την ηλικία των 14 ετών. Ένα από τα σημαντικότερα και πιο ευρέως αναγνωρισμένα ερευνητικά δεδομένα προέρχεται από τη μελέτη National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) του Kessler και των συνεργατών του (2005). Η μελέτη αυτή, που βασίστηκε σε δεδομένα από 9.282 άτομα στις ΗΠΑ, έδειξε ότι το 50% των ψυχικών διαταραχών στην ενήλικη ζωή εμφανίζεται πριν από την ηλικία των 14 ετών, και το 75% πριν από την ηλικία των 24 ετών. Ειδικότερα, διαπιστώθηκε ότι οι αγχώδεις διαταραχές είχαν τη νωρίτερη ηλικία έναρξης, συχνά ήδη από την πρώιμη παιδική ηλικία, ενώ οι διαταραχές διάθεσης (όπως η κατάθλιψη) κορυφώνονται στην εφηβεία. Αυτή η ανακάλυψη υπογραμμίζει τη σημασία της πρόληψης και της πρώιμης παρέμβασης σε αναπτυξιακό επίπεδο, πριν η ψυχική δυσφορία παγιωθεί ως χρόνια ψυχική νόσος. (Kessler et al., 2007).

Ευρωπαϊκές μελέτες (Polanczyk et al., 2015) επιβεβαιώνουν αυτή την τάση, με ποσοστά επικράτησης που υποδεικνύουν ότι περίπου 1 στα 8 παιδιά πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια για τουλάχιστον μία ψυχική διαταραχή.

Σε αυτό το πλαίσιο, οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες αναγνωρίζονται ολοένα και περισσότερο ως καθοριστικοί για την εμφάνιση και διατήρηση προβλημάτων ψυχικής υγείας. Η συστηματική ανασκόπηση του Reiss (2013), βασισμένη σε δεκάδες διαχρονικές μελέτες, ανέδειξε τον ρόλο των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων ως έναν από τους πλέον ισχυρούς προβλεπτικούς παράγοντες ψυχικής δυσφορίας σε παιδιά και εφήβους. Η έρευνα κατέδειξε ότι το επίμονο χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (ΚΟΕ) και η πτωτική κοινωνική κινητικότητα σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη, άγχος, αλλά και εξωτερικευμένες διαταραχές, όπως παραβατικότητα και επιθετικότητα. Η σημασία αυτών

των ευρημάτων εκτείνεται πέραν της ατομικής υγείας, καθώς αυτά συνδέονται με φαινόμενα όπως η διαίωνιση της φτώχειας από γενιά σε γενιά, η περιορισμένη κοινωνική κινητικότητα και η διεύρυνση των κοινωνικών ανισοτήτων. Ο Reiss τονίζει ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας στην παιδική ηλικία δεν είναι μόνο αποτέλεσμα της οικονομικής στέρησης, αλλά και μηχανισμός μέσω του οποίου αυτή αναπαράγεται. Επιπλέον, υπογραμμίζεται η ανάγκη διαχρονικών ερευνών που μπορούν να αποτυπώσουν τις αιτιακές σχέσεις ανάμεσα στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και την ψυχική υγεία, αλλά και η χρησιμότητα τυποποιημένων εργαλείων μέτρησης του SES (socioeconomic status), ώστε να διευκολυνθεί η συγκρισιμότητα των μελετών διεθνώς. Τέλος, η ανασκόπηση ενισχύει την ανάγκη για στοχευμένες παρεμβάσεις τόσο στην πρώιμη παιδική ηλικία όσο και κατά την εφηβεία με στόχο την αντιστάθμιση των επιπτώσεων της φτώχειας. Τέτοιες παρεμβάσεις δεν πρέπει να περιορίζονται στην ατομική σφαίρα, αλλά να εντάσσονται σε ένα συνολικότερο κοινωνικό και θεσμικό σχεδιασμό για τη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Όπως χαρακτηριστικά επισημαίνεται, οι ανισότητες αυτές δεν αποτελούν ευθύνη μόνο του ατόμου, αλλά και της κοινωνίας στο σύνολό της. Η αυξανόμενη αυτοκτονικότητα των εφήβων αποτελεί ένα ακόμη σοβαρό ζήτημα δημόσιας υγείας. Οι αυτοκτονίες αποτελούν την τρίτη κύρια αιτία θανάτου για τις ηλικίες 15–29 ετών, με παράγοντες κινδύνου, όπως η κατάχρηση ουσιών, η έκθεση σε βία, η έλλειψη υποστηρικτικών δομών και η ανεπαρκής πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας, να συμβάλλουν καθοριστικά σε αυτό (WHO, 2021).

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται επίσης στις διατροφικές διαταραχές, όπως η νευρική ανορεξία και η βουλιμία, οι οποίες εμφανίζονται κατά κύριο λόγο στην εφηβεία. Αυτές οι διαταραχές χαρακτηρίζονται από παθολογικές διατροφικές συνήθειες, αρνητική εικόνα σώματος και συνοδεύονται συχνά από άγχος, κατάθλιψη και χρήση ουσιών. Η νευρική ανορεξία, συγκεκριμένα, έχει από τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας μεταξύ των ψυχικών διαταραχών, είτε λόγω ιατρικών επιπλοκών είτε εξαιτίας αυτοκτονικής συμπεριφοράς (WHO, 2021).

Επιπρόσθετα, το 70% των παιδιών και εφήβων που παρουσιάζουν ψυχωσικά συμπτώματα, όπως παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις, συνεχίζουν να εμφανίζουν παρόμοια συμπτώματα με την πάροδο του χρόνου. Ωστόσο, η επίσημη διάγνωση ψυχωσικής διαταραχής τίθεται μόνο σε μικρότερο ποσοστό. Ως πρώιμες ενδείξεις εκδήλωσης της σχιζοφρένειας στην ενήλικη ζωή θεωρήθηκαν τα προβλήματα προσοχής, οι νευροαναπτυξιακές αποκλίσεις και τα κοινωνικά ελλείμματα κατά την παιδική ηλικία (Παπαγεωργίου, 2005).

Συνοψίζοντας, τα επιδημιολογικά δεδομένα καταδεικνύουν την επιτακτική ανάγκη για ένα συνεκτικό και ολιστικό πλαίσιο παιδικής ψυχικής υγείας. Οι παρεμβάσεις πρέπει να στοχεύουν στην πρόληψη αναγνώριση και πρόληψη των διαταραχών, με ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων στο οικογενειακό, σχολικό και κοινωνικό περιβάλλον. Παράλληλα, απαιτείται η εφαρμογή κοινωνικών πολιτικών για την αντιμετώπιση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων που συντηρούν τον φαύλο κύκλο της φτώχειας και της ψυχικής νοσηρότητας.

Ταξινόμηση Ψυχικών Διαταραχών

Οι πρώτες απόπειρες συστηματικής ταξινόμησης των ψυχιατρικών διαταραχών στην παιδική και εφηβική ηλικία στηρίχθηκαν, ιστορικά, στην ψυχαναλυτική θεωρία του Freud, ήδη από τη δεκαετία του 1960. Παρότι αποτέλεσε σημαντικό θεωρητικό υπόβαθρο για την κατανόηση της ανθρώπινης ψυχοδυναμικής, το συγκεκριμένο μοντέλο δεν πληρούσε θεμελιώδεις επιστημονικές απαιτήσεις, όπως η σαφήνεια, η αξιοπιστία, η κλινική εφαρμοσιμότητα και η διαγνωστική εγκυρότητα (APA, 2022).

Η ανάγκη για μία πιο τυποποιημένη, αντικειμενική και ευρέως αποδεκτή προσέγγιση στην αξιολόγηση και διάγνωση των ψυχικών διαταραχών οδήγησε στη δημιουργία σύγχρονων ταξινομητικών συστημάτων. Τα δύο επικρατέστερα διεθνώς αναγνωρισμένα συστήματα είναι:

- ❖ Το DSM-5-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), 5η Έκδοση – Αναθεώρηση Κειμένου), το οποίο εκδίδεται από την American Psychiatric Association (APA, 2022) και χρησιμοποιείται κυρίως στις Ηνωμένες Πολιτείες, αλλά και σε ερευνητικό επίπεδο παγκοσμίως.
- ❖ Το ICD-11 (International Classification of Diseases, 11η Αναθεώρηση) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2022), το οποίο έχει ευρύτερη εφαρμογή διεθνώς, τόσο σε κλινικές όσο και σε διοικητικές πρακτικές υγείας.

Και τα δύο συστήματα χρησιμοποιούν πολυαξονική προσέγγιση και βασίζονται σε σαφή διαγνωστικά κριτήρια. Ένα παιδί ή έφηβος θεωρείται ότι παρουσιάζει κάποια ψυχική διαταραχή μόνο όταν πληρούνται συγκεκριμένα προκαθορισμένα κριτήρια, τα οποία σχετίζονται με τη διάρκεια, τη βαρύτητα, τη λειτουργικότητα και την επίδραση των συμπτωμάτων στην καθημερινή ζωή. Τα κριτήρια αυτά διασφαλίζουν μεγαλύτερη

αντικειμενικότητα και αξιοπιστία στη διαγνωστική διαδικασία, προωθώντας την έγκαιρη αναγνώριση και την κατάλληλη παρέμβαση.

Η χρήση αυτών των σύγχρονων εργαλείων επιτρέπει μια τυποποιημένη αξιολόγηση, η οποία είναι κρίσιμη τόσο για τη διάγνωση όσο και για τη θεραπευτική στρατηγική, ειδικά σε πληθυσμούς αναπτυξιακά ευαίσθητους, όπως είναι τα παιδιά και οι έφηβοι.

4.3 Κλινική Αξιολόγηση

Η διαδικασία της κλινικής αξιολόγησης αποτελεί έναν από τους πλέον θεμελιώδεις και πολύπλοκους τομείς ευθύνης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Η ψυχολογική αξιολόγηση (psychological assessment) αναφέρεται στη συστηματική προσέγγιση μέσω της οποίας ο κλινικός, χρησιμοποιώντας κατάλληλα ψυχομετρικά εργαλεία, άμεση παρατήρηση και δομημένες ή ημιδομημένες συνεντεύξεις, σχηματίζει μια συνολική εικόνα των συμπτωμάτων και των δυσκολιών που παρουσιάζει ο εκάστοτε θεραπευόμενος. Παράλληλα, η κλινική διάγνωση (clinical diagnosis) αφορά την κατηγοριοποίηση των συμπτωμάτων βάσει προκαθορισμένων διαγνωστικών κριτηρίων, όπως αυτά περιγράφονται στα επίσημα συστήματα ταξινόμησης DSM-5 και ICD-10. Η αξιολόγηση δεν περιορίζεται μόνο στο αρχικό στάδιο της θεραπείας, αλλά συνιστά μια δυναμική και συνεχιζόμενη διαδικασία, η οποία συμβάλλει στον καθορισμό της θεραπευτικής πορείας σε πολλαπλά χρονικά σημεία καθ' όλη τη διάρκεια της παρέμβασης.

Η αφετηρία για μια ουσιαστική κλινική αξιολόγηση είναι ο εντοπισμός του κυρίου ενοχλήματος ή του λόγου προσέλευσης (presenting problem). Η ακρίβεια στην ταξινόμηση του βασικού προβλήματος έχει διττή σημασία: αφενός, από κλινικής πλευράς, διότι η αναγνώριση του τύπου της διαταραχής ενισχύει τον σχεδιασμό και την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής στρατηγικής· και αφετέρου, από οργανωτικής άποψης, καθώς η κατανόηση της διαγνωστικής κατανομής στον πληθυσμό των πελατών επιτρέπει τον ορθολογικό σχεδιασμό των διαθέσιμων υπηρεσιών και υποδομών. Στο πλαίσιο αυτό, η συλλογή ενός εκτενούς αναπτυξιακού και ψυχοκοινωνικού ιστορικού σε συνδυασμό με την κλινική παρατήρηση της συμπεριφοράς του παιδιού αποτελούν κρίσιμες συνιστώσες για την επιτυχή έκβαση της αξιολόγησης. Μέσω της συνέντευξης με το παιδί και τους γονείς, ο κλινικός δεν περιορίζεται στην καταγραφή του ιατρικού ιστορικού, αλλά διερευνά και το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνει και εξελίσσεται το παιδί. Η συναισθηματική

και συμπεριφορική κατάσταση των παιδιών συνδέεται στενά με τη συνολική λειτουργικότητα του οικογενειακού πλαισίου. Κατά συνέπεια, η αξιολόγηση από τον επαγγελματία οφείλει να εστιάσει στη δομή της οικογένειας, στους ρόλους, στις μεταξύ των μελών σχέσεις και στην ποιότητα της επικοινωνίας. Η αναγνώριση ενδοοικογενειακών παραγόντων μπορεί να αναδείξει επιπρόσθετες εστίες παρέμβασης, συμβάλλοντας στη βελτίωση της συνολικής ψυχολογικής εικόνας του παιδιού.

Σε αρκετές περιπτώσεις όπου παρατηρούνται ψυχολογικές δυσκολίες, κρίνεται αναγκαίο η διαδικασία της ψυχολογικής αξιολόγησης να πλαισιώνεται από μία ιατρική εξέταση. Αυτό συμβαίνει διότι αρκετά σωματικά ή οργανικά χαρακτηριστικά ενδέχεται είτε να αποτελούν υποκείμενους αιτιολογικούς παράγοντες των ψυχικών προβλημάτων είτε να εκδηλώνονται ως επιμέρους μοτίβα των συμπτωμάτων. Ιδιαίτερα όταν υπάρχουν ενδείξεις για πιθανή οργανική εγκεφαλική βλάβη, ο κλινικός ενδείκνυται να παραπέμψει σε σειρά εξειδικευμένων νευρολογικών εξετάσεων, όπως είναι το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (EEG), η αξονική τομογραφία (CT), η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET), η μαγνητική τομογραφία (MRI) ή η λειτουργική μαγνητική τομογραφία (fMRI). Οι εξετάσεις αυτές αποσκοπούν στον προσδιορισμό της ακριβούς θέσης και της έκτασης της ενδεχόμενης εγκεφαλικής δυσλειτουργίας.

Παράλληλα, η εφαρμογή μιας σειράς νευροψυχολογικών δοκιμασιών θεωρείται ιδιαίτερα χρήσιμη για τη διερεύνηση του βαθμού και του τρόπου με τον οποίο η ενδεχόμενη οργανική βλάβη έχει επηρεάσει τις γνωστικές και συμπεριφορικές ικανότητες του ατόμου. Τα εν λόγω τεστ βασίζονται σε τυποποιημένα ερεθίσματα, τα οποία χρησιμοποιούνται για τη συλλογή αντιπροσωπευτικών δειγμάτων συμπεριφοράς. Αυτά τα δείγματα μπορούν στη συνέχεια να συγκριθούν με πρότυπα (νορμολογικά) δεδομένα που έχουν προκύψει από τον γενικό πληθυσμό, επιτρέποντας την εξαγωγή αξιόπιστων συμπερασμάτων. Ενδεικτικά, στις διαδικασίες αυτές περιλαμβάνονται δοκιμασίες προσωπικότητας και τεστ μέτρησης της νοημοσύνης, τα οποία συνεισφέρουν καθοριστικά στην ολιστική κατανόηση του ψυχολογικού προφίλ του αξιολογούμενου.

Τα τεστ νοημοσύνης αποτελούν βασικά εργαλεία της ψυχολογικής αξιολόγησης, καθώς επιτρέπουν τη συστηματική αποτίμηση κρίσιμων γνωστικών λειτουργιών, όπως είναι η προσοχή, η λογική σκέψη, η μνήμη, η επίλυση προβλημάτων και η γλωσσική επάρκεια. Οι ικανότητες αυτές συνδέονται άμεσα με τις εκτελεστικές λειτουργίες, όπως ο σχεδιασμός, η οργάνωση, η επιλογή στρατηγικών και η αποτελεσματική εκτέλεσή τους. Τα τεστ

νοημοσύνης διαφέρουν μεταξύ τους ανάλογα με τις ψυχολογικές παραμέτρους που στοχεύουν να αξιολογήσουν, καθώς και με τις θεωρητικές βάσεις στις οποίες εδράζονται οι προσεγγίσεις τους. Στο πεδίο της παιδοψυχιατρικής, οι πλέον διαδεδομένες και ευρέως χρησιμοποιούμενες δοκιμασίες είναι οι κλίμακες Wechsler.

Συγκεκριμένα, η κλίμακα Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-Revised (WPPSI-R) απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας 3 έως 7 ετών, ενώ η Wechsler Intelligence Scale for Children – Third Edition (WISC-III) είναι κατάλληλη για παιδιά ηλικίας 6 έως 16 ετών. Για άτομα ηλικίας 16 έως 74 ετών χρησιμοποιείται η Wechsler Adult Intelligence Scale – Third Edition (WAIS-III), η οποία έχει σταθμιστεί για τον ενήλικο πληθυσμό. Οι εν λόγω κλίμακες διαθέτουν πλειάδα πλεονεκτημάτων, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγεται η ενσωμάτωση γλωσσικών στοιχείων και η δυνατότητα αξιολόγησης πτυχών της κοινωνικής νοημοσύνης. Παρά τα θετικά αυτά χαρακτηριστικά, οι κλίμακες Wechsler έχουν δεχθεί και σημαντική κριτική. Συγκεκριμένα, επισημαίνεται η απουσία σαφούς θεωρητικού υποβάθρου στη δομή τους, καθώς και η ενσωμάτωση δοκιμασιών που ενδέχεται να περιλαμβάνουν συναισθηματικά φορτισμένο περιεχόμενο ή να αντλούν γνώσεις από τον χώρο της επίσημης εκπαίδευσης. Τέτοιου είδους στοιχεία ενδέχεται να δημιουργήσουν προκαταλήψεις σε παιδιά που προέρχονται από κοινωνικοοικονομικά στερημένα περιβάλλοντα ή σε εκείνα που δεν έχουν την ίδια μητρική γλώσσα με τον εξεταστή.

Σε περιπτώσεις όπου η λεκτική επικοινωνία είναι περιορισμένη ή μη επαρκής, χρησιμοποιούνται επιπρόσθετες, μη λεκτικές δοκιμασίες. Η Leiter International Performance Scale – Revised αποτελεί μία τέτοια επιλογή και απευθύνεται σε άτομα ηλικίας 2 έως 20 ετών. Η δοκιμασία αυτή βασίζεται σε πρακτικά και απλοποιημένα καθήκοντα, τα οποία δεν απαιτούν κατανόηση ή χρήση του λόγου, και αξιολογεί γνωστικές λειτουργίες όπως η κριτική ικανότητα, η οπτική αντίληψη, η προσοχή και η μνήμη. Επίσης, η δοκιμασία Raven's Progressive Matrices (PM) χρησιμοποιείται ευρέως για την εκτίμηση νοημοσύνης σε άτομα άνω των 5 ετών. Η συγκεκριμένη δοκιμασία είναι απαλλαγμένη από λεκτικές απαιτήσεις, δεν έχει χρονικό περιορισμό και εστιάζει κυρίως στην αφηρημένη λογική σκέψη. Αν και χαρακτηρίζεται από συντομία και ευκολία εφαρμογής, θεωρείται λιγότερο ολοκληρωμένη σε σύγκριση με άλλες πιο σύνθετες δοκιμασίες νοητικής αξιολόγησης.

Τα τεστ προσωπικότητας αποτελούν βασικό εργαλείο στην κλινική αξιολόγηση, καθώς επιτρέπουν τη συστηματική διερεύνηση μοτίβων συμπεριφοράς, συναισθηματικών αντιδράσεων και μηχανισμών άμυνας του εξεταζόμενου. Στην επιστημονική βιβλιογραφία

αναγνωρίζονται δύο κύριες προσεγγίσεις στον τομέα αυτό: οι προβολικές και οι αντικειμενικές δοκιμασίες.

Οι προβολικές δοκιμασίες, όπως το τεστ κηλίδων μελάνης Rorschach και το Θεματικό Τεστ Αντίληψης (Thematic Apperception Test – TAT), βασίζονται στην παρουσίαση μη δομημένων ερεθισμάτων στον εξεταζόμενο. Η απόδοση νοήματος στα ερεθίσματα αυτά, μέσα από τις αφηγηματικές ή περιγραφικές αποκρίσεις του, θεωρείται ότι αντικατοπτρίζει υποσυνείδητα κίνητρα, συναισθήματα και συγκρούσεις. Μέσω αυτής της «προβολής», αποκαλύπτονται πλευρές της προσωπικότητας που ενδέχεται να μην είναι άμεσα προσβάσιμες μέσω πιο άκαμπτων μεθόδων.

Αντιθέτως, οι αντικειμενικές δοκιμασίες ή ερωτηματολόγια προσωπικότητας στηρίζονται σε τυποποιημένες ερωτήσεις ή δηλώσεις, τις οποίες ο εξεταζόμενος καλείται να αξιολογήσει, συνήθως με κλίμακες τύπου «σωστό – λάθος» ή «συμφωνώ – διαφωνώ». Ένα από τα πλέον αναγνωρισμένα εργαλεία της κατηγορίας αυτής είναι το Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), το οποίο στη σύγχρονη του εκδοχή (MMPI-2) χρησιμοποιείται κυρίως για την αξιολόγηση ενήλικων ατόμων. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 550 δηλώσεις, οι οποίες αποσκοπούν στην καταγραφή ενός ευρέος φάσματος ψυχοπαθολογικών χαρακτηριστικών, όπως καταθλιπτικές και αγχώδεις εκδηλώσεις, ψυχωτικά συμπτώματα, σωματικά παράπονα και διαπροσωπικές δυσκολίες.

Σημαντικό πλεονέκτημα του MMPI-2 είναι η ύπαρξη δεικτών εγκυρότητας, που επιτρέπουν την αξιολόγηση της αξιοπιστίας των απαντήσεων, εντοπίζοντας ενδεχόμενες προσπάθειες παραποίησης των αποτελεσμάτων ή ασυνείδητης ψευδούς αναπαράστασης. Παράλληλα, οι κλινικές του κλίμακες αντανakλούν συγκεκριμένα ψυχοπαθολογικά προφίλ, παρέχοντας πολύτιμες πληροφορίες για τη διάγνωση και την παρέμβαση. Η ορθή χορήγηση και ερμηνεία του απαιτεί εξειδικευμένη κατάρτιση και εμπειρία, καθώς η σημασιολογική πολυπλοκότητα των κλιμάκων μπορεί να προκαλέσει παρανοήσεις, ειδικά όταν δεν υποστηρίζεται από κλινική παρατήρηση ή άλλα συμπληρωματικά διαγνωστικά εργαλεία.

Πέραν των ατομικών αξιολογήσεων, η διεπιστημονική συνεργασία αποτελεί θεμέλιο λίθο στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των ψυχιατρικών δυσκολιών παιδιών και εφήβων, δεδομένου ότι τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι εν λόγω πληθυσμοί είναι συνήθως πολυπαραγοντικά και πολύπλοκα. Η συνεργασία μεταξύ διαφορετικών επαγγελματιών και υπηρεσιών οδηγεί σε υψηλό επίπεδο διασύνδεσης, χωρίς ωστόσο να αναιρείται η αυτονομία και η εξειδικευμένη προσέγγιση κάθε ειδικού. Για να επιτευχθεί ουσιαστική συνεργασία,

απαιτείται σαφής καθορισμός ρόλων και αρμοδιοτήτων, καθώς και σεβασμός προς την κατάρτιση, την εμπειρία, τις επαγγελματικές δεξιότητες, τη θεωρητική προσέγγιση και τα όρια κάθε εμπλεκόμενου. Επιπλέον, η τήρηση κοινών πρωτοκόλλων καταγραφής δεδομένων και η ανοιχτή επικοινωνία συμβάλλουν στην παροχή συνεκτικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών προς το παιδί και την οικογένειά του (Παπαγεωργίου, 2005 & Hooley, J.M., Butcher, J.N., Nock, M.K., & Mineka, S., 2020).

4.4 Θεραπευτικές Προσεγγίσεις

Οι άνθρωποι στρέφονται προς την ψυχοθεραπεία για πλήθος λόγων που ποικίλλουν ως προς τη φύση και τη διάρκεια των δυσκολιών τους. Συγκεκριμένα, η αναζήτηση θεραπευτικής βοήθειας μπορεί να αφορά είτε τρέχουσες ψυχοπιεστικές καταστάσεις είτε μακροχρόνια προβλήματα ή επίμονη δυσφορία. Σε άλλες περιπτώσεις, το κίνητρο σχετίζεται περισσότερο με την ανάγκη για προσωπική ανάπτυξη και ενδοσκόπηση στη ζωή τους (Hooley, Butcher, Nock & Mineka, 2020).

Η ψυχολογική θεραπεία αποσκοπεί στη διαχείριση και μείωση της ψυχολογικής δυσφορίας και της αποκλίνουσας συμπεριφοράς, αξιοποιώντας κυρίως ψυχολογικά μέσα και παρεμβάσεις. Οι θεραπευτικοί στόχοι εστιάζουν στην τροποποίηση δυσπροσαρμοστικών μοτίβων συμπεριφοράς, στη μείωση ή εξάλειψη των στρεσογόνων εξωτερικών παραγόντων, στην ανακούφιση των αρνητικών συναισθημάτων, στη βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων και στην επίλυση εσωτερικών συγκρούσεων. Επιπλέον στόχο αποτελεί η αναδιαμόρφωση εσφαλμένων πεποιθήσεων του ατόμου για τον εαυτό του και η ενίσχυση μιας πιο θετικής και ρεαλιστικής εικόνας εαυτού (Hooley et al., 2020).

Η επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής προσέγγισης αποτελεί μία διαδικασία που απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή. Βασικό κριτήριο συνιστά η επιστημονική τεκμηρίωση της κάθε μεθόδου, δηλαδή, το κατά πόσο η θεραπεία βασίζεται σε εμπειρικά δεδομένα και μελέτες που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητά της. Πολλές φορές ο συνδυασμός διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων προάγει μία επιτυχημένη παρέμβαση. Καθοριστικής σημασίας είναι επίσης η δημιουργία μίας σταθερής και λειτουργικής «θεραπευτικής συμμαχίας» ανάμεσα στον θεραπευόμενο και τον θεραπευτή ακόμη και όταν υφίστανται πολιτισμικές, εθνικές ή κοινωνικοοικονομικές διαφορές (Hooley, J.M., Butcher, J.N., Nock, M.K., & Mineka, S., 2020).

Στη σύγχρονη εποχή, οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες έχουν πληθύνει και σχεδόν καλύπτουν το σύνολο των διαταραχών στην παιδική και εφηβική ηλικία (Παπαγεωργίου, 2005). Μεταξύ των πιο ευρέως χρησιμοποιούμενων προσεγγίσεων στη θεραπευτική αντιμετώπιση συγκαταλέγονται:

- **Η Συμπεριφοριστική θεραπεία**, η οποία βασίζεται στις αρχές της μάθησης και αντλεί τη θεωρητική της υπόσταση από το κλασικό εξαρτημένο αντανακλαστικό του Pavlov και τη λειτουργική μάθηση μέσω ενίσχυσης ή τιμωρίας του Skinner. Σε αντίθεση με άλλες ψυχοδυναμικές θεωρίες που αναζητούν ασυνείδητα αίτια, η συμπεριφοριστική προσέγγιση ερμηνεύει την προβληματική συμπεριφορά ως προϊόν προηγούμενης μάθησης και στοχεύει στην αναδιαμόρφωσή της μέσω νέων μαθησιακών εμπειριών. Η θεραπεία αυτή επικεντρώνεται στο παρόν πρόβλημα, δίχως να εστιάζει σε παρελθοντικές καταστάσεις και τραύματα. Περιλαμβάνει την έκθεση, τη θεραπεία αποστροφής, τη μίμηση προτύπου και τις προσεγγίσεις ενίσχυσης, ενώ συχνά ενσωματώνει την ενεργή συμμετοχή των γονέων, των δασκάλων και του σχολικού περιβάλλοντος και τη μεταξύ τους συνεργασία, ώστε να επιτευχθούν αλλαγές στη συμπεριφορά.

Πιο συγκεκριμένα, στη ΔΕΠ-Υ (Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα) χρησιμοποιούνται τεχνικές ενίσχυσης, συστήματα επιβράβευσης και σαφείς συμπεριφορικές συνέπειες. Σε φοβίες και αγχώδεις διαταραχές, η σταδιακή έκθεση σε συνδυασμό με την απευαισθητοποίηση έχουν αποδειχθεί πως επιφέρουν θετικά αποτελέσματα. Στον αυτισμό, αξιοποιούνται εξειδικευμένες τεχνικές και προγράμματα όπως το ABA-Εφαρμοσμένη Ανάλυση της Συμπεριφοράς (Applied Behavior Analysis), που έχει ως στόχο τη βελτίωση των κοινωνικών και λειτουργικών δεξιοτήτων.

Η δομημένη παρέμβαση της συμπεριφοριστικής θεραπείας και ο σκοπός της διαφοροποίησης και τροποποίησης συγκεκριμένων συμπτωμάτων, την καθιστούν ιδιαίτερα αποτελεσματική παρέμβαση, συχνά σε σύντομο χρονικό διάστημα. Ταυτόχρονα, η δυνατότητα αξιολόγησης των αποτελεσμάτων μέσω σαφών και μετρήσιμων στόχων καθιστά τη συμπεριφοριστική θεραπεία ένα ιδιαίτερα αξιόπιστο εργαλείο στην κλινική πρακτική.

- **Η Γνωσιακή ή Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική θεραπεία**, η οποία αποτελεί μία επίσης ευρέως διαδεδομένη θεραπευτική προσέγγιση, που επιχειρεί να δομήσει τα γεγονότα ώστε να καταφέρει να τροποποιήσει τα δυσπροσαρμοστικά μοτίβα

συμπεριφοράς. Η εφαρμογή της θεραπείας αυτής επεκτείνεται σε ένα ευρύ φάσμα διαταραχών από την κατάθλιψη έως τη διαχείριση θυμού. Πυλώνα της κατεύθυνσης της παρούσας θεραπείας συνιστά αρχικά η Λογικο-θυμική Συμπεριφορική Θεραπεία (ΛΘΣΘ) (Rational Emotive Behavior Therapy- REBT) του Albert Ellis (1997). Η προσέγγιση αυτή εστιάζει στον εντοπισμό παράλογων και μη ρεαλιστικών πεποιθήσεων ενώ ταυτόχρονα στοχεύει και στην τροποποίηση αυτών (irrational beliefs), καθώς συμβάλλουν στην εμφάνιση συναισθηματικής δυσφορίας. Μέσω της λογικής σκέψης, της αποδοχής της πραγματικότητας και της αβεβαιότητας, το άτομο μαθαίνει να διαχειρίζεται τα συναισθήματά του και τις σκέψεις του.

Εν συνεχεία, η γνωσιακή θεραπεία του Beck, εξέλιξη της ίδιας προσέγγισης, ανέπτυξε ένα δομημένο πρόγραμμα παρέμβασης, το οποίο υποστηρίζει ένα ευρύ φάσμα διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών πρόσληψης τροφής και παχυσαρκίας, των διαταραχών προσωπικότητας, της κατάχρησης ουσιών, ακόμη και της σχιζοφρένειας. Έχει ως επίκεντρο τις αυτόματες αρνητικές σκέψεις και τα γνωστικά σφάλματα και έχει αποδείξει υψηλή αποτελεσματικότητα τόσο σε παιδιά όσο και σε εφήβους.

Σήμερα, η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT) αποτελεί τη συχνότερα επιλεγόμενη θεραπευτική μέθοδο στην αντιμετώπιση ψυχικών διαταραχών παιδιών και εφήβων, κυρίως λόγω της εκτενούς ερευνητικής τεκμηρίωσης και της αποτελεσματικότητάς της σε διαταραχές όπως η κατάθλιψη, το άγχος, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και οι φοβίες. Η CBT με θεμέλιο το μοντέλο του Beck χρησιμοποιείται όταν στόχος είναι η αναγνώριση και η αναδόμηση αρνητικών σκέψεων και γνωστικών διαστρεβλώσεων. Αντίθετα, η Λογικοθυμική Συμπεριφορική Θεραπεία (REBT) επιλέγεται συχνότερα σε περιπτώσεις που απαιτείται η ανάπτυξη δεξιοτήτων συναισθηματικής ρύθμισης, η εκμάθηση συναισθηματικής ρύθμισης, η διαχείριση θυμού ή η αντιμετώπιση μη ρεαλιστικών πεποιθήσεων, ιδιαίτερα σε σχολικά ή συμβουλευτικά πλαίσια. (Hooley,J.M., Butcher.J.N., Nock,M.K, & Mineka.S., 2020).

- **Η Ψυχοδυναμική θεραπεία** (Psychodynamic therapy), η οποία είναι μία κοινά αποδεκτή θεραπευτική προσέγγιση που αντλεί τις ρίζες της από την ψυχαναλυτική θεωρία. Τα θεμέλια της θεραπείας αυτής τέθηκαν από τον Sigmund Freud, ενώ σήμερα εφαρμόζεται κυρίως σε δύο βασικές μορφές: την κλασική ψυχανάλυση και τη ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία. Επικεντρώνεται στις ενδόμυχες συγκρούσεις, στις

σχέσεις προσκόλλησης κατά την παιδική ηλικία και στη συμβολική έκφραση των συναισθημάτων, οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά τη συναισθηματική ανάπτυξη και τις μελλοντικές συμπεριφορές του ατόμου. Ο θεραπευόμενος, μέσω της αναβίωσης παλαιότερων εμπειριών, καλείται να κατανοήσει βαθύτερες πτυχές της προσωπικότητάς του, με στόχο την ψυχική ωρίμανση και την ενδοψυχική ισορροπία. Ωστόσο, η χρήση της ψυχοδυναμικής προσέγγισης στη σύγχρονη κλινική πράξη, ιδιαίτερα στον πληθυσμό παιδιών και εφήβων, είναι περιορισμένη. Παρά το ιστορικό υπόβαθρο της θεραπείας, η μέθοδος αυτή παρουσιάζει ελάχιστη εμπειρική τεκμηρίωση ως προς την αποτελεσματικότητά της, γεγονός που την καθιστά λιγότερο προτιμώμενη σχετικά με τις προαναφερθείσες θεραπείες (Hooley, J.M., Butcher, J.N., Nock, M.K., & Mineka, S., 2020).

- **Η στενή συνεργασία και η ενεργός συμμετοχή των γονέων στη διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία,** οι οποίες αποτελούν κρίσιμους παράγοντες για την επιτυχή έκβαση της θεραπείας παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές. Η συμβουλευτική υποστήριξη επικεντρώνεται στην ενδυνάμωση τόσο του ίδιου του παιδιού όσο και των γονέων, με στόχο την πρόληψη, την εκπαίδευση σε δεξιότητες και την ευρύτερη βελτίωση της οικογενειακής λειτουργίας. Ο ειδικός διαδραματίζει έναν συμβουλευτικό ρόλο καθώς είναι πρόθυμος να προσδώσει στους γονείς τις απαραίτητες πληροφορίες προκειμένου να καθησυχάσει τις ανησυχίες τους και να τους βοηθήσει να διερευνήσουν και να εντοπίσουν τα βασικά χαρακτηριστικά του προβλήματος. Μέσω της διαδικασίας αυτής, οι γονείς ενθαρρύνονται να επιλέξουν, σε συνεργασία με τον κλινικό, κατάλληλες στρατηγικές παρέμβασης, προσαρμοσμένες στις ανάγκες του κάθε παιδιού και της κάθε οικογένειας. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής απαιτεί συστηματικό σχεδιασμό και χρονική επένδυση. Οι στόχοι που τίθενται είναι εξατομικευμένοι, συναποφασίζονται από τον ειδικό και την οικογένεια και επιτρέπουν τη σαφή αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Ο αμοιβαίος σεβασμός στους ρόλους του κάθε κλινικού που απαρτίζει μία διεπιστημονική ομάδα, παράλληλα όμως και ο σεβασμός στη θέση των γονέων, προωθεί και ενισχύει την αποτελεσματική συνεργασία (Παπαγεωργίου, 2005).
- **Η φαρμακευτική θεραπεία,** η οποία δεν συνιστά πρωτεύουσα επιλογή στην παιδοψυχιατρική. Εξάιρεση αποτελούν ορισμένες περιπτώσεις, όπως η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ), όπου η δράση φαρμάκων εστιάζεται τις περισσότερες φορές στον έλεγχο των συμπτωμάτων, παρά στην

υποκείμενη διαταραχή, και για τον λόγο αυτό αποδεικνύεται τελεσφόρος. Παρά την περιορισμένη εφαρμογή της, η φαρμακευτική αγωγή συνιστά σήμερα αναπόσπαστο τμήμα της ευρύτερης θεραπευτικής προσέγγισης, συχνά σε συνδυασμό με τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις. Τα συνηθέστερα χρησιμοποιούμενα αντιψυχωτικά φάρμακα είναι τα άτυπα νευροληπτικά, τα οποία βελτιώνουν τόσο τα θετικά όσο και τα αρνητικά συμπτώματα. Παράλληλα, τα αντικαταθλιπτικά, τα οποία πλέον εξελικτικά έχουν αντικατασταθεί από τους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) και της νορεπινεφρίνης (SNRIs), αποτελούν κύρια επιλογή χορήγησης ως φαρμακευτική αγωγή. Οι ουσίες αυτές δρουν μέσω της επίδρασής τους στα νευροδιαβιβαστικά συστήματα τη σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης αντίστοιχα. Επιπλέον, χρησιμοποιούνται αγχολυτικά φάρμακα για την αντιμετώπιση του έντονου άγχους, καθώς και το λίθιο, το οποίο συνιστά φάρμακο σημαντικό για τη διαχείριση της μανίας (Hooley,J.M., Butcher,J.N., Nock,M.K, & Mineka,S., 2020).

Κεφάλαιο 5^ο

Συννοσηρότητα Αυτιστικού Φάσματος και Ψυχικών Διαταραχών

Η Διαταραχή του Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), όπως έχει αναφερθεί σε προηγούμενες ενότητες, αποτελεί μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή που επηρεάζει καίρια τη λειτουργικότητα του ατόμου σε τομείς όπως η κοινωνική αλληλεπίδραση, η επικοινωνία, τα επαναλαμβανόμενα μοτίβα συμπεριφοράς, καθώς και η επεξεργασία αισθητηριακών συναισθημάτων. Αν και ο αυτισμός συνιστά διακριτή ψυχική διαταραχή, με ξεκάθαρα ορισμένα και ταξινομημένα διαγνωστικά κριτήρια βάσει των ταξινομητικών συστημάτων DSM-5 και ICD-10, στην κλινική πράξη παρατηρείται συχνά η συνύπαρξή του με άλλες ψυχικές διαταραχές. Η συννοσηρότητα του αυτισμού με ψυχικές διαταραχές είναι ιδιαίτερα συχνή και αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα που μπορεί να περιπλέξει τη διαγνωστική διαδικασία. Επιπλέον, πολλές φορές τείνει να δυσχεραίνει την επιλογή των κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων και ενδέχεται να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα ζωής τόσο των ατόμων που βρίσκονται στο φάσμα, όσο και των οικογενειών τους. Η ουσιαστική κατανόηση αυτών των συννοσηρών καταστάσεων - παρότι αυτόνομων αλλά πολλές φορές και άρρηκτα συνδεδεμένων - είναι κρίσιμη, τόσο για την έγκαιρη ανίχνευση όσο και για το σχεδιασμό μιας ολιστικής και αποτελεσματικής παρέμβασης αλλά και υποστήριξης του πληθυσμού ατόμων με αυτισμό.

5.1 Ψυχικές Διαταραχές

5.1.1 Αγχώδεις Διαταραχές

Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν ένα ετερογενές σύνολο ψυχικών καταστάσεων, που χαρακτηρίζονται από υπερβολικούς, παράλογους και δυσανάλογους φόβους ή ανησυχίες. Τα συμπτώματα αυτά προκαλούν σημαντική ψυχική δυσφορία και συχνά οδηγούν σε έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου στην καθημερινότητά του. Σύμφωνα με την ταξινόμηση του DSM-5, στις κύριες μορφές των αγχωδών διαταραχών συγκαταλέγονται η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (ΑΓΔ), η Κοινωνική Αγχώδης Διαταραχή (ΚΑΔ), η Ειδική Φοβία και η Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή (OCD). Παρότι όλες οι προαναφερθείσες διαταραχές ανήκουν στην ίδια ευρύτερη διαγνωστική κατηγορία, τείνουν να διαφοροποιούνται ως προς την ένταση και τη συχνότητα των συμπτωμάτων του άγχους,

καθώς και ως προς το είδος των καταστάσεων που τα πυροδοτούν (Hooley,J.M., Butcher,J.N., Nock,M.K, & Mineka,S., 2020).

Η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή(ΑΓΔ) ορίζεται ως μία χρόνια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από υπέρμετρο άγχος και ανησυχία για ποικίλα καθημερινά ζητήματα ή δραστηριότητες. Το πάσχον άτομο της διαταραχής αυτής δυσκολεύεται να ελέγξει τις ανησυχίες του, ενώ συνοδεύονται από έντονα ψυχοσωματικά συμπτώματα, όπως ευερεθιστότητα, διαρκής ανησυχία και μυϊκή ένταση. Η εμφάνισή της, σε πολλές περιπτώσεις, φαίνεται να συνδέεται με προγενέστερες εμπειρίες ανεξέλεγκτων ή απρόβλεπτων γεγονότων στη ζωή του ατόμου (Hooley,J.M., Butcher,J.N., Nock,M.K, & Mineka,S., 2020).

Η συσχέτιση της ΓΑΔ με τη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) έχει αποτελέσει αντικείμενο σημαντικής ερευνητικής μελέτης τα τελευταία χρόνια. Μία χαρακτηριστική έρευνα είναι αυτή των Kerns et al., (2014), σκοπός της οποίας ήταν να εστιάσει στην παρουσία και τη φύση του άγχους σε παιδιά και εφήβους με ΔΑΦ ηλικίας 7-17 ετών. Οι ερευνητές διερεύνησαν τη διάκριση μεταξύ των «παραδοσιακών» μορφών του άγχους, όπως αυτές ορίζονται από τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM, και των «άτυπων» μορφών του άγχους, οι οποίες συχνά παρατηρούνται στα άτομα με ΔΑΦ, αλλά δεν καλύπτονται πλήρως από τις υπάρχουσες διαγνωστικές κατηγορίες. Η μελέτη αξιοποίησε ημιδομημένες συνεντεύξεις των γονέων, αυτοαναφορές των παιδιών και ερωτηματολόγια και κατέληξε σε κάποια ποσοστιαία αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, έδειξε ότι το 17% των συμμετεχόντων εμφάνισε «παραδοσιακό άγχος», το 15% των συμμετεχόντων εμφάνισε «άτυπο άγχος» και το 31% των συμμετεχόντων παρουσίασε και τις δύο μορφές. Από τα συγκεκριμένα αποτελέσματα προκύπτει ότι το άγχος αποτελεί μία κοινή συννοσηρότητα στη ΔΑΦ είτε εκφράζεται με τυπικό τρόπο είτε όχι. Μάλιστα, η γλωσσική επάρκεια, η γνωστική επεξεργασία της ανησυχίας και η αισθητηριακή υπερευαισθησία σχετίστηκαν περισσότερο με την εκδήλωση του «παραδοσιακού άγχους», ενώ για το «άτυπο άγχος» προέκυψε μεγαλύτερη συσχέτιση με αμιγώς αυτιστικές συμπεριφορές. Ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα της μελέτης ήταν ότι και οι δύο μορφές άγχους προκαλούν σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση και λειτουργική έκπτωση. Συνεπώς, η εγκυρότητα στις διαγνώσεις και η κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση και αντιμετώπιση καθίσταται απαραίτητη. Τα άτομα με ΔΑΦ εμφανίζουν συχνά άγχος σε ασαφή και απρόσμενα περιβάλλοντα, γεγονός που απαιτεί την παρουσία δημιουργίας μίας ρουτίνας και προβλεψιμότητας, χαρακτηριστικά που συνδέονται άμεσα με τη ΓΑΔ (Kerns et al., 2014).

Η Κοινωνική Αγχώδης Διαταραχή (ΚΑΔ), γνωστή και ως κοινωνική φοβία, αναφέρεται στον έντονο και επίμονο φόβο που σχετίζεται με την έκθεση σε κοινωνικές καταστάσεις, κατά τις οποίες το άτομο φοβάται τη μη θετική αξιολόγηση από τους άλλους ή ότι θα ενεργήσει με τρόπο που θα προκαλέσει ντροπή ή ταπείνωση. Η ύπαρξη αυτών των φόβων οδηγούν πολύ συχνά σε σημαντική έκπτωση της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να συνοδεύονται ακόμη και από κρίσεις πανικού σε κοινωνικές καταστάσεις. Οι πάσχοντες της διαταραχής αυτής χαρακτηρίζονται επίσης από αρκετές σκέψεις αξιολόγησης, από έντονη εστίαση στην πιθανότητα κοινωνικής αποτυχίας και ιδιαίτερα από μεγάλη αποστροφή στο απρόβλεπτο και το ανεξέλεγκτο (Hooley, J.M., Butcher, J.N., Nock, M.K., & Mineka, S., 2020).

Τα άτομα με ΔΑΦ παρουσιάζουν εκ φύσεως δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση και επικοινωνία, κάτι το οποίο οδηγεί στη δημιουργία μιας κατάστασης όπου κυριαρχεί το άγχος και η απομόνωση σε κοινωνικά περιβάλλοντα. Σε πολλές περιπτώσεις, η κοινωνική αβεβαιότητα ενισχύει φοβικές αντιδράσεις και αποκλίνουσες συμπεριφορές, γεγονός που υποδηλώνει πιθανή συννοσηρότητα με ΚΑΔ. Ειδικότερα, όταν το άγχος πηγάζει από το φόβο κοινωνικής αποδοκιμασίας, τότε η παρουσία κοινωνικής αγχώδους διαταραχής καθίσταται διακριτή και κλινικά σημαντική.

Η διαφοροδιάγνωση μεταξύ της κοινωνικής φοβίας και του αυτιστικού φάσματος συχνά αποδεικνύεται δύσκολη. Πιο συγκεκριμένα, το ερώτημα που εύλογα γεννάται από τους επιστήμονες είναι το κατά πόσο η κοινωνική αποφυγή που παρατηρείται σε άτομα με ΔΑΦ οφείλεται σε δυσφορία από αισθητηριακά ερεθίσματα (π.χ. φώτα, θόρυβος, επαφή) ή εάν προκύπτει από το φόβο αξιολόγησης από τρίτους. Στην πρώτη περίπτωση, η αποφυγή θεωρείται συμπτωματολογία του αυτιστικού φάσματος και άρα εντάσσεται στην κατηγορία αυτή, ενώ στη δεύτερη περίπτωση τεκμηριώνεται ως συννοσηρή ΚΑΔ (Βαβανού.Κ., 2023). Η ορθή και πλήρης κατανόηση της αιτίας πίσω από την κοινωνική αποστασιοποίηση και αποφυγή είναι καθοριστική για τη διαγνωστική ακρίβεια και την επιλογή της κατάλληλης παρέμβασης.

Οι Ειδικές Φοβίες συνιστούν μία υποκατηγορία των αγχωδών διαταραχών οι οποίες χαρακτηρίζονται από επίμονο, δυσανάλογο και παράλογο φόβο απέναντι σε συγκεκριμένα αντικείμενα ή καταστάσεις. Ο φόβος αυτός δεν αντανακλά την πραγματική επικινδυνότητα του ερεθίσματος και οδηγεί συχνά σε συμπεριφορές αποφυγής. Η επαφή του ατόμου με το ερέθισμα που προκαλεί αυτό το φόβο μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση έντονης

ψυχοσωματικής αντίδρασης, συχνά με χαρακτηριστικά που θα μπορούσαν να περιγράψουν μία κρίση πανικού. Η φυσιολογική απόκριση «μάχης ή φυγής» ενεργοποιείται ενστικτωδώς, παρότι το ερέθισμα δεν είναι αντικειμενικά επικίνδυνο (Hooley,J.M., Butcher,J.N., Nock,M.K, & Mineka,S., 2020).

Στην περίπτωση των ατόμων με διαταραχή αυτιστικού φάσματος, οι ειδικές φοβίες εμφανίζονται με αυξημένη συχνότητα και συχνά σχετίζονται με ασυνήθιστα ερεθίσματα, όπως δυνατοί ήχοι ή έντονα φώτα. Ενώ ο φόβος δυνατών θορύβων αναγνωρίζεται ως μία από τις πλέον συνήθεις φοβίες στα παιδιά με ΔΑΦ, η ποικιλομορφία των φοβικών ερεθισμάτων είναι σημαντική. Από την εποχή των πρώτων παρατηρήσεων του Kanner, έχει τεκμηριωθεί η παρουσία τόσο κοινών όσο και ιδιόμορφων φοβιών στον πληθυσμό των παιδιών με αυτισμό. Οι φοβίες αυτές ενδεχομένως συνδέονται με τη χαρακτηριστική αισθητηριακή υπερευαισθησία των ατόμων με ΔΑΦ, καθιστώντας το διαχωρισμό μεταξύ αισθητηριακής αντίδρασης και φοβικής απόκρισης ιδιαίτερα σύνθετο (Βαβανού.Κ., 2023).

Η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (OCD) χαρακτηρίζεται από την παρουσία παρεισφρυτικών, επαναλαμβανόμενων και ανεπιθύμητων σκέψεων ή εικόνων (ιδεοληψιών), που προκαλούν σημαντική ψυχική δυσφορία. Οι σκέψεις αυτές πολλές φορές οδηγούν το άτομο στην εκτέλεση ψυχαναγκαστικών συμπεριφορών ή τελετουργιών, με σκοπό την προσωρινή ανακούφιση από το άγχος ή την πρόληψη κάποιου υποτιθέμενου κινδύνου. Τέτοιου είδους τελετουργίες αφορούν σε μεγάλο βαθμό την καθαριότητα ή τον επαναλαμβανόμενο έλεγχο, που οδηγούν στην εξουδετέρωση των ιδεοληψιών και την αποκατάσταση του ελέγχου.

Παρόμοια μοτίβα συμπεριφοράς, όπως στερεοτυπικές κινήσεις, επιμονή στις ρουτίνες και ακαμψία σε συνήθειες, παρατηρούνται και στη διαταραχή αυτιστικού φάσματος. Τα χαρακτηριστικά αυτά αποτελούν μέρος της διαγνωστικής εικόνας του αυτισμού, ωστόσο δεν συνοδεύονται απαραίτητα από την παρουσία ιδεοληψιών ή την πρόθεση ανακούφισης από ψυχική ένταση. Ο διαχωρισμός αυτός είναι ουσιώδης για τη διαφορική διάγνωση και ανεξαρτητοποίηση των δύο αυτών διαταραχών.

Συγκεκριμένα, όταν ένα άτομο που τοποθετείται στο φάσμα του αυτισμού, παρουσιάζει επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές ως απόκριση σε ιδεοληπτικές σκέψεις και με σκοπό τη μείωση του σχετιζόμενου άγχους, τότε η συνοσηρότητα με την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι πολύ πιθανή. Το γνωστικό υπόβαθρο διαφοροποιεί καθοριστικά τις δύο κλινικές διαταραχές: στην περίπτωση της ΔΑΦ, η επαναληπτικότητα είναι συνήθως

συνδεδεμένη με την ανάγκη για προβλεψιμότητα ή αισθητηριακή ρύθμιση, ενώ στην OCD η επαναληπτικότητα συνιστά μηχανισμό αντιμετώπισης και εφησυχασμού από μία ψυχικά φορτισμένη ιδεοληψία.

Πρόσφατη μελέτη που διερεύννησε τη συννοσηρότητα της OCD με τη ΔΑΦ σε νεανικό πληθυσμό ηλικίας 4-17 ετών, κατέληξε στο συμπέρασμα πως το 25% των νέων με OCD είχαν επίσης λάβει διάγνωση για ΔΑΦ, ενώ μόλις το 5% των ατόμων με ΔΑΦ λάμβαναν και διάγνωση για OCD. Οι νέοι που εμφάνιζαν και τις δύο διαταραχές παρουσίαζαν χαμηλότερη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα και παρέμεναν περισσότερο χρόνο σε θεραπευτικές δομές, λαμβάνοντας συχνότερα φαρμακευτική αγωγή. Οι παραπάνω παρατηρήσεις υπογραμμίζουν ότι, ενώ η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (OCD) είναι συχνή σε άτομα με ΔΑΦ, αυτή συχνά υποδιαγιγνώσκεται, - εν μέρει λόγω της διαγνωστικής επισκίασης, κατά την οποία τα καταναγκαστικά μοτίβα εκλαμβάνονται ως χαρακτηριστικά του αυτισμού και όχι ως έκφραση ξεχωριστής διαταραχής (Martin, Jassi et al., 2020).

5.1.2 Διαταραχές Διάθεσης

Οι διαταραχές διάθεσης συγκροτούν μία διαγνωστική κατηγορία που χαρακτηρίζεται από έντονες και, συχνά, δυσλειτουργικές διακυμάνσεις στη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου - είτε προς την κατεύθυνση της κατάθλιψης είτε της υπερβολικής ευφορίας και διέγερσης. Διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: τις μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές και τις διπολικές διαταραχές. Οι μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές είναι εκείνες οι διαταραχές στις οποίες το άτομο βιώνει μόνο καταθλιπτικά επεισόδια, ενώ οι διπολικές διαταραχές αφορούν τις περιπτώσεις όπου εναλλάσσονται καταθλιπτικά και μανιακά επεισόδια. Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή (ΜΚΔ) και η Εμμένουσα Καταθλιπτική Διαταραχή ή αλλιώς Δυσθυμική Διαταραχή (δυσθυμία) ανήκουν στις μονοπολικές διαταραχές, ενώ η Διπολική Διαταραχή τύπου I, Διπολική Διαταραχή τύπου II και η Κυκλοθυμική Διαταραχή, αποτελούν κύριους εκπροσώπους της δεύτερης κατηγορίας.

Παρότι στρεσογόνα γεγονότα της ζωής ενδέχεται να λειτουργήσουν ως εκλυτικοί παράγοντες για την εκδήλωση επεισοδίων, δεν επαρκούν για να εξηγήσουν την αιτιοπαθογένεια αυτών των διαταραχών. Αντιθέτως, οι σύγχρονες θεωρήσεις εστιάζουν σε έναν πολυπαραγοντικό μηχανισμό που περιλαμβάνει γενετική προδιάθεση, βιολογικές ευαισθησίες, νευροχημικές διαταραχές, καθώς και ψυχοδυναμικούς και διαπροσωπικούς παράγοντες. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι διαταραχές διάθεσης εμφανίζουν συχνά

συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές παθολογίες, όπως επίσης και με νευροαναπτυξιακές διαταραχές, με πιο χαρακτηριστική τη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος. Η κατανόηση της συνύπαρξης αυτών των διαταραχών είναι κρίσιμη για την έγκαιρη διάγνωση αλλά και για το σχεδιασμό ενός ορθού θεραπευτικού πλάνου (Hooley,J.M., Butcher,J.N., Nock,M.K., & Mineka,S., 2020).

Οι Καταθλιπτικές Διαταραχές είναι μία από τις πιο κοινές συννοσηρότητες στις ΔΑΦ με τα ποσοστά της να αυξάνουν κατά την εφηβική ηλικία και την ενηλικίωση. Σύμφωνα με δημοσιοποιημένα ερευνητικά δεδομένα, σχετικά με τη συχνότητα συνύπαρξης των καταθλιπτικών διαταραχών στις ΔΑΦ, υποστηρίχθηκε πως τα παιδιά με ΔΑΦ ή με αυξημένα αυτιστικά χαρακτηριστικά εμφάνιζαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ήδη από την ηλικία των 10 ετών, η οποία διατηρήθηκε σε υψηλά επίπεδα έως και την ηλικία των 18 ετών. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει τη διαχρονική παρουσία και σταθερότητα της κατάθλιψης στο πλαίσιο της ΔΑΦ. (Rai et al., 2018).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι άτομα με διάγνωση του συνδρόμου Asperger παρουσιάζουν ακόμα υψηλότερα ποσοστά συννοσηρής κατάθλιψης, τα οποία αγγίζουν το 30%. Σε κάθε περίπτωση οι δύο διαταραχές συνδέονται πολυδιάστατα μεταξύ τους (Βαβανού.Κ.,2023). Ένας από τους καθοριστικούς παράγοντες είναι οι δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία, οι οποίες σχετίζονται άμεσα με την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά την ενήλικη ζωή. Η ανεπαρκής συναισθηματική ρύθμιση στο σχολικό περιβάλλον σε συνδυασμό με τις κοινωνικές δυσκολίες εντείνουν την καταθλιπτική συμπτωματολογία, επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα ζωής των ατόμων και υπογραμμίζοντας την ανάγκη για έγκαιρη παρέμβαση από την παιδική και εφηβική ηλικία.

Υπογραμμίζεται ότι η έκφραση της κατάθλιψης σε άτομα με ΔΑΦ ενδέχεται να αποκλίνει από τις τυπικές μορφές διαταραχής. Οι επικοινωνιακές δυσκολίες που τα χαρακτηρίζουν συχνά καθιστούν δύσκολη την εκδήλωση ή την περιγραφή συναισθημάτων, όπως η θλίψη ή η απόγνωση. Ιδιαίτερη πρόκληση παρουσιάζει η διάγνωση σε άτομα με ΔΑΦ και συνοδό νοητική υστέρηση. Όσοι παρουσιάζουν ήπια νοητική δυσλειτουργία είναι πιθανό να εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα παρόμοια με εκείνα που παρατηρούνται στο γενικό πληθυσμό. Στον αντίποδα, σε περιπτώσεις μέτριας ή σοβαρής νοητικής αναπηρίας, η καταθλιπτική εικόνα ενδέχεται να είναι άτυπη ή ασαφής. Σε τέτοιου είδους πλαίσια, η αξιολόγηση πρέπει να βασίζεται όχι μόνο στην κλινική συνέντευξη, αλλά και σε

παρατηρήσεις συμπεριφοράς, καθώς και στις αναφορές φροντιστών ή άλλων ατόμων που διατηρούν συστηματική επαφή με το άτομο. Επιπλέον, η διερεύνηση του οικογενειακού ιστορικού ψυχικών διαταραχών μπορεί να προσφέρει σημαντικά διαγνωστικά δεδομένα (Βαβανού.Κ., 2023).

Οι Διπολικές Διαταραχές χαρακτηρίζονται από εναλλασσόμενα επεισόδια κατάθλιψης και υπομανίας ή μανίας. Κατά τη διάρκεια των μανιακών ή υπομανιακών επεισοδίων, τα συμπτώματα διαφοροποιούνται σημαντικά από εκείνα που παρατηρούνται στα καταθλιπτικά επεισόδια, καθώς χαρακτηρίζονται από ευερεθιστότητα, υπερβολική ενεργητικότητα, μειωμένη ανάγκη για ύπνο, αυξημένη αυτοεκτίμηση και παρορμητικότητα. Η Διπολική Διαταραχή I χαρακτηρίζεται από πλήρη μανιακά επεισόδια, ενώ η Διπολική Διαταραχή II από υπομανία και κατάθλιψη. Η Κυκλοθυμία αντιπροσωπεύει μια χρόνια αλλά πιο ήπια μορφή της διαταραχής με υποτροπιάζουσες διακυμάνσεις διάθεσης χωρίς την πλήρη κλινική εικόνα μανίας ή κατάθλιψης (Hooley,J.M., Butcher,J.N., Nock,M.K, & Mineka,S., 2020).

Η συννοσηρότητα της ΔΑΦ με τη διπολική διαταραχή είναι αμφιλεγόμενη και παραμένει ένα σύνθετο και σε μεγάλο βαθμό αμφισβητήσιμο ζήτημα. Πολλές φορές η διπολική διαταραχή υποδιαγιγνώσκεται στον πληθυσμό των ατόμων με ΔΑΦ, καθώς η διαφοροδιάγνωση μεταξύ των δύο διαταραχών παρουσιάζει σημαντικές δυσκολίες. Η ορθή διάκριση είναι ιδιαίτερα κρίσιμη, καθώς επηρεάζει τόσο την πρόγνωση όσο και την επιλογή κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Στο πέρασμα των χρόνων, η διπολική διαταραχή έχει συσχετιστεί γενετικά με τις ψυχωτικές διαταραχές και τη ΔΑΦ, γεγονός που ενισχύει την ανάγκη για ταυτόχρονη αξιολόγηση και των τριών αυτών διαγνωστικών κατηγοριών κατά την κλινική διερεύνηση (Βαβανού.Κ., 2023). Πράγματι, η παρουσία μίας εξ αυτών φαίνεται να αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης των εναπομεινάντων.

Σύμφωνα με μία μελέτη που διεξήχθη από την Dunalska και τους συνεργάτες της το έτος 2021, υπογραμμίζεται πως η συχνότητα εμφάνισης της διπολικής διαταραχής σε άτομα με ΔΑΦ εκτιμάται ότι κυμαίνεται μεταξύ 5% και 8%, ενισχύοντας την υπόθεση για τη συσχέτιση μεταξύ των δύο διαταραχών. Παρόλα αυτά, η διάγνωση της διπολικής διαταραχής σε άτομα με ΔΑΦ παραμένει πολύπλοκη, καθώς τα συμπτώματα της διπολικής διαταραχής (μανία ή υπομανία) σε αυτούς τους ασθενείς δεν εμφανίζονται με τυπικό τρόπο και συχνά συγχέονται με τα χαρακτηριστικά του αυτισμού (π.χ. αυξημένη δραστηριότητα, έντονη προσκόλληση σε ενδιαφέροντα, διαταραχές ύπνου). Η παράλληλη έλλειψη

εξειδικευμένων εργαλείων αξιολόγησης και διάγνωσης καθιστά ακόμη πιο επιτακτική την ανάγκη για περαιτέρω επιστημονική διερεύνηση και ανάπτυξη εργαλείων αξιολόγησης, προκειμένου να επιτευχθεί η έγκαιρη και αξιόπιστη διάγνωση και κατ' επέκταση η κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση (Dunalska et al., 2021).

5.1.3 Αυτοκτονικότητα και Αυτοκτονικός Ιδεασμός

Η αυτοκτονία αποτελεί αναμφίβολα μία από τις κυριότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως. Υπολογίζεται περίπου ότι το 10% των ενηλίκων αναφέρει πως έχει σκεφτεί σοβαρά το ενδεχόμενο της αυτοκτονίας ως διέξοδο στα προβλήματά του, ενώ το 3% έχει δηλώσει πως έχει επιχειρήσει να θέσει τέλος στη ζωή του. Το ποσοστό των αυτοκτονικών σκέψεων και συμπεριφορών παρουσιάζει αισθητή αύξηση κατά την εφηβική περίοδο και τα πρώτα στάδια της ενήλικης ζωής. Πλήθος διαταραχών, όπως οι διαταραχές της διάθεσης και οι διπολικές διαταραχές, έχουν αναγνωριστεί ως παράγοντες που ενισχύουν τον κίνδυνο εκδήλωσης τέτοιων σκέψεων και ενεργειών (Hooley, J.M., Butcher, J.N., Nock, M.K., & Mineka, S., 2020).

Στα άτομα που είναι διαγνωσμένα με τη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, παρατηρούνται πάρα πολύ συχνά αυτοτραυματιστικές εκδηλώσεις και συμπεριφορές, οι οποίες ενδέχεται να συνδέονται με τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Ο ρόλος του κλινικού είναι κρίσιμος, καθώς απαιτείται η προσεκτική διερεύνηση του κατά πόσο τέτοιες συμπεριφορές εμπεριέχουν πρόθεση ή επιθυμία θανάτου. Η παρουσία συννοσηρής κατάθλιψης καθιστά την αξιολόγηση ακόμη πιο σύνθετη και αναγκαία σε τακτά χρονικά διαστήματα (Βαβανού.Κ., 2023). Πολυάριθμες μελέτες επισημαίνουν ότι τα ποσοστά αυτοκτονικού ιδεασμού και συμπεριφοράς στον πληθυσμό με ΔΑΦ είναι σημαντικά υψηλότερα σε σύγκριση με εκείνα του γενικού πληθυσμού. Ενδεικτική είναι η μελέτη των Newell et al. (2023), η οποία εξέτασε δεδομένα από άτομα με επιβεβαιωμένη ΔΑΦ ή με πιθανή ΔΑΦ, χωρίς συννοσηρή νοητική υστέρηση, με στόχο την καταγραφή της συχνότητας εμφάνισης αυτοκτονικών σκέψεων και παραγόντων που τις επηρεάζουν. Τα ευρήματα ήταν ανησυχητικά: το 34,2% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι είχε σκεφτεί να αυτοκτονήσει, το 21,9% είχε προβεί σε σχεδιασμό και το 24,3% είχε πραγματοποιήσει τουλάχιστον μία απόπειρα. Τα αποτελέσματα αυτά υπογραμμίζουν τον αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς στα άτομα με Δ.Α.Φ, που φαίνεται να επηρεάζεται από την κοινωνική απομόνωση, το χρόνιο άγχος, την κατάθλιψη και τη δυσκολία στην έκφραση των συναισθημάτων. Η ανάγκη για πρόωμη

ανίχνευση του κινδύνου, όπως και για ανάπτυξη αξιόπιστων εργαλείων αξιολόγησης ειδικά προσαρμοσμένων στις ανάγκες αυτής της ομάδας, είναι επιτακτική (Newell et al., 2023).

5.1.4 Διαταραχές Διατροφής

Ορισμένα από τα πλέον αναγνωρίσιμα κλινικά σύνδρομα στον τομέα των διαταραχών πρόσληψης τροφής, όπως καθορίζονται στο DSM-5, περιλαμβάνουν τη ψυχογενή ανορεξία, τη ψυχογενή βουλιμία και τη διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας. Η τελευταία διαταραχή, συμπεριλήφθηκε για πρώτη φορά επίσημα στο DSM-5 ως διακριτή διάγνωση. Η ψυχογενής ανορεξία χαρακτηρίζεται από επίμονη επιδίωξη ακραίας λεπτότητας, συχνά μέσω περιοριστικής διατροφής και άλλων συμπεριφορών που στοχεύουν στη σημαντική απώλεια βάρους, με συνέπεια οι ασθενείς να διατηρούν βάρος σαφώς κάτω του φυσιολογικού ορίου. Από την άλλη, στη ψυχογενή βουλιμία παρατηρούνται επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας, συνοδευόμενα από συμπεριφορές αποφυγής αύξησης βάρους, όπως πρόκληση εμέτου, χρήση καθαρτικών ή υπερβολική άσκηση. Οι πάσχοντες αυτής της διαταραχής συνήθως έχουν φυσιολογικό βάρος ή είναι υπέρβαρα. Τέλος, στην περίπτωση της διαταραχής της επεισοδιακής υπερφαγίας, τα επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης τροφής συμβαίνουν χωρίς να ακολουθούνται από αντισταθμιστικές συμπεριφορές, γεγονός που οδηγεί συχνά σε αύξηση του βάρους ή παχυσαρκία (Hooley, J.M., Butcher, J.N., Nock, M.K., & Mineka, S., 2020).

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής έχουν άμεση σχέση με τη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, καθώς προβλήματα σίτισης και περιοριστικό διατροφικό ρεπερτόριο είναι εξαιρετικά συχνά στον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό με αυτισμό. Μάλιστα, εκτιμάται πως έως και 70% των παιδιών με ΔΑΦ παρουσιάζουν έντονα περιορισμένες προτιμήσεις τροφίμων (Βαβανού.Κ., 2023). Πολλές φορές η έντονη αυτή επιλεκτικότητα των παιδιών με ΔΑΦ προσλαμβάνει κλινικές διαστάσεις και περιγράφεται με τη διάγνωση Διαταραχή Αποφυγής/ Περιοριστικής Πρόσληψης Τροφής (Avoidant/ Restrictive Food Intake Disorder – ARFID). Μία πρόσφατη μελέτη του Bourne και των συνεργατών του (2022) κατέδειξε ότι οι βασικοί μηχανισμοί της ARFID στα άτομα που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού, αφορούν την αισθητηριακή υπερευαισθησία (π.χ. τη μυρωδιά, την υφή, τη γεύση), το φόβο δυσάρεστων σωματικών συνεπειών από τη λήψη τροφής (όπως πνιγμός ή ναυτία), καθώς και τη μειωμένη εσωτερική κινητοποίηση για πρόσληψη τροφής. Οι συνέπειες είναι πολυεπίπεδες - από υποσιτισμό και ελλείμματα θρεπτικών συστατικών έως ανάγκη ιατρικών

παρεμβάσεων - ενώ παράλληλα υπονομεύεται η κοινωνική λειτουργικότητα του παιδιού, εντείνοντας την απομόνωση. Ως εκ τούτου, προτείνεται εξατομικευμένο θεραπευτικό πλάνο, το οποίο να εκπονείται από διεπιστημονική ομάδα (ψυχολόγους, λογοθεραπευτές, ιατρούς, κ.ά.) και να στηρίζεται σε εξειδικευμένα διαγνωστικά εργαλεία, ώστε να αντιμετωπίζονται έγκαιρα οι αισθητηριακοί και συμπεριφορικοί παράγοντες που συντηρούν τη διατροφική δυσλειτουργία (Bourne et al., 2022).

5.1.5 Σχιζοφρένεια και άλλες Ψυχωσικές Διαταραχές

Η σχιζοφρένεια αποτελεί μία από τις πλέον σοβαρές μορφές ψυχικής διαταραχής, με εκτεταμένες επιπτώσεις σε πολλούς τομείς της ανθρώπινης λειτουργικότητας. Τα χαρακτηριστικά συμπτώματά της περιλαμβάνουν ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, αποδιοργανωμένο λόγο, αποδιοργανωμένη και κατατονική συμπεριφορά και αρνητικά συμπτώματα, όπως η συναισθηματική ισοπέδωση ή η κοινωνική απόσυρση (Hooley, J.M. et al., 2020). Αν και η επίπτωσή της στο γενικό πληθυσμό παραμένει σχετικά χαμηλή, επηρεάζοντας λιγότερο από το 1%, η εμφάνισή της συνήθως εντοπίζεται στην ύστερη εφηβεία ή στις αρχές της ενήλικης ζωής, καθιστώντας την ιδιαίτερα επιβαρυντική σε μία κρίσιμη αναπτυξιακή περίοδο (Βαβανού. Κ., 2023). Εκτός από τη σχιζοφρένεια, στο φάσμα των ψυχωσικών διαταραχών περιλαμβάνονται επίσης η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, η σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, η παραληρητική διαταραχή και η βραχεία ψυχωσική διαταραχή (Hooley, J.M., Butcher, J.N., Nock, M.K., & Mineka, S., 2020).

Η σχέση ανάμεσα στη ΔΑΦ και τις ψυχωσικές διαταραχές, με έμφαση στη σχιζοφρένεια, έχει αποτελέσει αντικείμενο συστηματικής επιστημονικής μελέτης για δεκαετίες. Η αυξημένη ερευνητική προσοχή οφείλεται στην επιμέρους αλληλοεπικάλυψη ορισμένων συμπτωμάτων, καθώς και στην πιθανή κοινή νευροαναπτυξιακή βάση που ενδέχεται να τις συνδέει. Παρότι πρόκειται για διακριτές διαγνωστικές οντότητες, η παρουσία κοινωνικών δυσκολιών, η ιδιοσυγκρασιακή ή ασυνήθιστη σκέψη, οι γνωστικές δυσλειτουργίες και οι δυσκολίες στην επεξεργασία και χρήση του λόγου απαντώνται και στα δύο φαινόμενα, περιπλέκοντας συχνά τη διαγνωστική διάκριση - ιδίως κατά την εφηβεία και τη νεαρή ενήλικη ζωή. Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η ΔΑΦ και οι ψυχωσικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια, ενδέχεται να μοιράζονται γενετικούς παράγοντες κινδύνου, περιλαμβανομένων σπάνιων γενετικών παραλλαγών και κοινών αλληλομόρφων, τα οποία μπορεί να αυξάνουν την πιθανότητα συννοσηρότητας. Η ίδια γενετική συσχέτιση έχει

παρατηρηθεί και με τις διπολικές διαταραχές, οι οποίες συχνά συνοδεύονται από ψυχωτικά στοιχεία (Βαβανού.Κ., 2023). Ο επιπολασμός των διαταραχών του φάσματος της σχιζοφρένειας και άλλων ψυχωτικών συνδρόμων σε άτομα με ΔΑΦ κυμαίνεται ευρέως, από 4% έως 67%, ανάλογα με τη μεθοδολογία της κάθε μελέτης. Σε παιδιατρικούς πληθυσμούς με ΔΑΦ, η συννοσηρότητα ανέρχεται περίπου σε ποσοστό 7%, με ενδείξεις ότι τα ποσοστά στην εφηβεία είναι ακόμη υψηλότερα. Στους ενήλικες, η συχνότητα εμφάνισης της σχιζοφρένειας σε άτομα με ΔΑΦ υπολογίζεται στο 11,8%. Τα δεδομένα αυτά δεν είναι αναπάντεχα και απροσδόκητα, δεδομένης της ιατρικής σύνδεσης του αυτισμού με την ψύχωση ήδη από τις πρώτες θεωρητικές του διατυπώσεις. Η διερεύνηση αυτής της συννοσηρότητας είναι εξαιρετικά σημαντική, καθώς έχει άμεσο αντίκτυπο στη διαμόρφωση της θεραπευτικής προσέγγισης, στην πρόγνωση της πορείας και στη συνολική ψυχοκοινωνική στήριξη του ατόμου (Βαβανού.Κ., 2023).

5.1.6 Διαταραχές Ύπνου

Οι διαταραχές ύπνου αποτελούν συχνό και ουσιώδες συνοδό χαρακτηριστικό στα άτομα με ΔΑΦ και πλέον πολλές φορές συνιστά μέρος της συμπτωματολογίας του. Σύγχρονες επιστημονικές μελέτες (Carmassi et al., 2019) αναδεικνύουν τη σημασία του κιρκαδικού ρυθμού, του βιολογικού «ρολογιού» που ρυθμίζει τον κύκλο ύπνου-αφύπνισης, και ειδικότερα της μελατονίνης, μιας ορμόνης που εμπλέκεται στη ρύθμιση αυτών των λειτουργιών. Η απορρύθμιση των μηχανισμών αυτών φαίνεται να συνδέεται στενά με την παρουσία δυσκολιών στον ύπνο, όπως έλευση και διατήρηση του ύπνου, συχνές αφυπνίσεις, μειωμένη αποδοτικότητα ύπνου και καθυστερημένη φάση κιρκαδικού κύκλου. Παρότι η ακριβής φύση της σύνδεσής τους παραμένει ασαφής και αναμένεται περαιτέρω έρευνα, η επαναλαμβανόμενη παρουσία αυτών των δυσκολιών υποδεικνύει ότι ο ύπνος ενδέχεται να επηρεάζει κρίσιμες διεργασίες για την ωρίμανση του εγκεφάλου, ειδικά σε πρώιμες ηλικίες, ενισχύοντας ενδεχομένως τη βαρύτητα των συμπτωμάτων του αυτισμού. Αυτή η πιθανή αμφίδρομη σχέση των δύο διαταραχών, καθιστά την αξιολόγηση και τη διαχείριση του ύπνου ζήτημα κομβικής σημασίας - αφενός για την ορθή διάγνωση και κλινική εκτίμηση, αφετέρου για την αποτελεσματική παρέμβαση. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η στοχευμένη ρύθμιση του ύπνου με φυσικά μέσα μπορεί να επιφέρει ελπιδοφόρα αποτελέσματα τόσο στη βελτίωση του ύπνου όσο και στην ελάττωση των ίδιων των συμπτωμάτων του φάσματος του αυτισμού (Carmassi et al., 2019).

5.1.7 Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ)

Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/ υπερκινητικότητας χαρακτηρίζεται από εμμένουσες δυσκολίες συγκέντρωσης, έντονη παρορμητικότητα και υπερβολική κινητική δραστηριότητα, οι οποίες παρεμβαίνουν σημαντικά στην καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου. Συχνά, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν συνοδά μαθησιακά προβλήματα και δυσκολίες στη συμπεριφορά (Hooley, J.M. et al., 2020).

Από την υιοθέτηση της επίσημης δυνατότητας συννοσηρότητας μεταξύ ΔΑΦ και ΔΕΠ-Υ με την έκδοση του DSM-5, έχει διαπιστωθεί ότι τα ποσοστά συνύπαρξης των δύο διαταραχών είναι εντυπωσιακά υψηλά, κυμαινόμενα μεταξύ 40% και 70%. Η ΔΕΠ-Υ αποτελεί, με βάση τα ευρήματα, τη συχνότερη συννοσηρή κατάσταση εντός του πληθυσμού των ατόμων που εμφανίζουν αυτισμό, ενώ η ταυτόχρονη παρουσία των δύο αυτών διαταραχών φαίνεται να λειτουργεί ως επιπλέον επιβαρυντικός παράγοντας σε βασικούς αναπτυξιακούς τομείς, όπως η επικοινωνία, η κινητικότητα και η κοινωνική αλληλεπίδραση. Ειδικότερα, η συννοσηρότητα τείνει να εμφανίζεται πιο συχνά σε παιδιά με ΔΑΦ που έχουν χαμηλότερο επίπεδο γνωστικής λειτουργίας, σε σύγκριση με εκείνη την ομάδα ατόμων που διαθέτουν υψηλότερες γνωστικές δεξιότητες. Από τον ορισμό των δύο αυτών διαταραχών γίνεται αισθητό πως εμφανίζουν σημαντική συμπτωματολογική επικάλυψη, όπως διάσπαση προσοχής, δυσλειτουργία στη μνήμη εργασίας – δηλαδή, στη συγκράτηση πληροφοριών στη βραχυπρόθεσμη μνήμη - αυξημένη συναισθηματική ευαλωτότητα, άγχος αλλά και περιορισμένη ενσυναίσθηση, γεγονός που εξηγεί τη διαγνωστική συσχέτιση των δύο διαταραχών σε προηγούμενη έκδοση του DSM. Συνεπώς, η επικάλυψη των συμπτωμάτων καθιστά τη διαγνωστική διαφοροποίηση απαιτητική (Βαβανού.Κ., 2023).

Μία πρόσφατη έρευνα μετα-ανάλυσης (Rong et al., 2021) επιβεβαιώνει τη συχνότητα της συννοσηρότητας, καθώς υποδεικνύει ότι το 38,5% παρουσιάζει ενεργή διάγνωση, ενώ το 40,2% διά βίου διάγνωση ΔΕΠ-Υ. Παρόλα αυτά, τα ευρήματα ποικίλλουν μεταξύ των ερευνών, ωστόσο υπάρχει σταθερά μεγαλύτερη πιθανότητα ένα άτομο που εντάσσεται στο φάσμα του αυτισμού να παρουσιάζει και ΔΕΠ-Υ, από ό,τι το αντίστροφο. Η αποτελεσματική ανίχνευση και παρακολούθηση αυτής της συννοσηρότητας αποτελεί αναγκαία προτεραιότητα για το υγειονομικό σύστημα, καθώς η έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση έχει τη δυνατότητα να προσφέρει τόσο στους πάσχοντες όσο και στο οικογενειακό τους περιβάλλον την κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση και φροντίδα που απαιτείται. Με αυτόν τον τρόπο,

ενισχύεται συνάμα η σχολική επίδοση του παιδιού, η αυτορρύθμιση της συμπεριφοράς και η ψυχοκοινωνική προσαρμογή του παιδιού (Rong et al., 2021).

5.1.8 Διαταραχές Προσωπικότητας

Τα άτομα που πάσχουν από διαταραχές προσωπικότητας εμφανίζουν πάγια και καθολικά πρότυπα άκαμπτης σκέψης, συναισθηματικής ανταπόκρισης και συμπεριφοράς, τα οποία περιορίζουν σημαντικά τη λειτουργικότητά τους στην καθημερινή ζωή και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Βιώνουν χρόνιες δυσκολίες με τον προσδιορισμό της ταυτότητάς τους και την αίσθηση του εαυτού τους και αδυνατούν να λειτουργήσουν με ένα προσαρμοστικό και ενωτικό τρόπο (Hooley, J.M. et al., 2020).

Παρότι η μελέτη της σχέσης ανάμεσα στη ΔΑΦ και τις διαταραχές προσωπικότητας παραμένει περιορισμένη, σύγχρονες επιστημονικές αναφορές επιβεβαιώνουν μία σαφή σύνδεση μεταξύ τους (Lugo-Marín J. et al., 2019). Συγκεκριμένα, η συννοσηρότητα της ΔΑΦ με συγκεκριμένους τύπους διαταραχών προσωπικότητας - όπως η σχιζοειδής, η ιδεοψυχαναγκαστική και η αντικοινωνική - εκτιμάται σε ποσοστό περίπου 12,6%, το οποίο κρίνεται ιδιαίτερα υψηλό αν αναλογιστεί κανείς τη συμπτωματική επικάλυψη μεταξύ των διαταραχών αυτών. Ειδικότερα, η συναισθηματική αποστασιοποίηση και η προτίμηση στη μοναχικότητα που χαρακτηρίζουν τη σχιζοειδή διαταραχή παρατηρούνται συχνά και στις ΔΑΦ. Αντίστοιχα, η προσκόλληση στη ρουτίνα με την ταυτόχρονη δυσφορία και αποφυγή της αλλαγής, αποτελούν βασικά στοιχεία της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, τα οποία συνδέονται αβασάνιστα με την ανάγκη για προβλεψιμότητα που παρατηρείται στη συμπτωματολογία του αυτισμού. Τέλος, στην αντικοινωνική διαταραχή η κοινή δυσκολία στην κοινωνική αλληλεπίδραση και προσαρμογή, αναδεικνύει μία ακόμη πτυχή της επικάλυψης. Συνεπώς, η διαφοροδιάγνωση κρίνεται ζωτικής σημασίας (Βαβανού.Κ., 2023).

5.1.9 Διαταραχές Συμπεριφοράς

Οι διαταραχές συμπεριφοράς συνιστούν ένα φάσμα, στο οποίο περιλαμβάνονται κυρίως οι διασπαστικές διαταραχές, οι διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων και οι διαταραχές της διαγωγής. Οι διασπαστικές διαταραχές περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων την εναντιωματική προκλητική διαταραχή, τη διαταραχή διαγωγής, τη διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή, την

αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας, την πυρομανία και την κλεπτομανία. Στον πληθυσμό των ατόμων με ΔΑΦ η παρουσία τέτοιων διαταραχών μπορεί να εκδηλωθεί μέσα από συχνές εκρήξεις θυμού, επιθετικότητας ή αυτοτραυματικές συμπεριφορές. Τα συμπτώματα αυτά γίνονται αντιληπτά από την πρώιμη παιδική ηλικία του ατόμου, διατηρούνται με ένταση στην εφηβεία, ενώ συχνά τείνουν να υποχωρούν κατά την ενήλικη ζωή.

Συνήθως, πρόκειται για συμπεριφορές που έχουν επαναλαμβανόμενο και συνεχή χαρακτήρα και συχνά δεν ευθυγραμμίζονται με αναπτυξιακά ή πολιτισμικά κατάλληλα πρότυπα. Εκδηλώσεις, όπως η άρνηση συμμόρφωσης σε κοινωνικούς κανόνες, οι σωματικές επιθέσεις, η καταστροφή αντικειμένων και περιουσιών ή οι αδιάκοπες προκλητικές αντιδράσεις δεν αποτελούν βασικά κριτήρια διάγνωσης της ΔΑΦ, ωστόσο η παρουσία τους απαιτεί αξιολόγηση για πιθανή συννοσηρότητα (Βαβανού.Κ., 2023).

Η αιτιολογία των προκλητικών διαταραχών και αντικοινωνικών διαταραχών έχουν τις ρίζες τους σε ποικίλους παράγοντες. Συνδέονται με θεμελιώδεις δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία και αλληλεπίδραση, καθώς και με την ακαμψία σε ρουτίνες και συνήθειες. Παράγοντες, όπως η συνύπαρξη με ΔΕΠ-Υ, αγχώδεις διαταραχές ή οι καταθλιπτικές διαταραχές ενισχύουν την πιθανότητα εμφάνισης τέτοιων δυσκολιών. Σύμφωνα με μελέτες που έχουν διεξαχθεί, το ποσοστό συννοσηρότητας μεταξύ ΔΑΦ και διαταραχών συμπεριφοράς κυμαίνεται σε ποσοστό 12% έως και 48%, αναλόγως σαφώς με τη φύση και τη μεθοδολογία της κάθε μελέτης (Hossain et al., 2020). Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των διαταραχών διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο, καθώς οι στοχευμένες παρεμβάσεις μπορούν να περιορίσουν σημαντικά τη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά και να ενισχύσουν την κοινωνική προσαρμογή και την ποιότητα ζωής του ατόμου.

5.1.10 Δυσφορία Φύλου

Η δυσφορία φύλου συνιστά μία κατάσταση κατά την οποία το άτομο βιώνει μία έντονη και δυσάρεστη συναισθηματική δυσaréσκεια ή αγωνία λόγω της διαφοράς μεταξύ του βιολογικού φύλου και της ταυτότητας του φύλου. Στο πλαίσιο αυτό, έχει παρατηρηθεί ότι

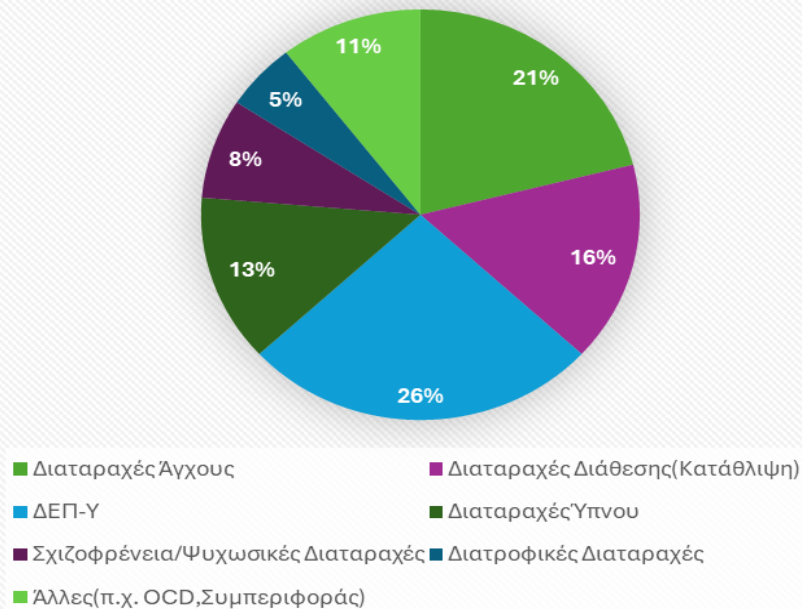
τα άτομα με ΔΑΦ τείνουν να παρουσιάζουν υψηλότερη πιθανότητα να εμφανίσουν δυσφορία φύλου συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Παρόλα αυτά, οι ακριβείς βιολογικοί ή ψυχολογικοί μηχανισμοί που εξηγούν τη συσχέτιση αυτή παραμένουν μέχρι στιγμής ανεπαρκώς κατανοητοί (Βαβανού.Κ., 2023).

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα των Chang, Lai, Tai, & Gau (2022), αναφέρεται πως σημαντικό ποσοστό ατόμων με ΔΑΦ, δήλωσε την επιθυμία να ανήκει στο αντίθετο φύλο. Η συγκεκριμένη τάση καταγράφηκε σε πολύ μικρότερο βαθμό στα νευροτυπικά παιδιά. Επιπλέον, τα άτομα που ανήκαν στο φάσμα του αυτισμού και συγχρόνως ανέφεραν αυτήν την επιθυμία, παρουσίασαν περισσότερες δυσκολίες στην ψυχική υγεία, υπήρξαν θύματα σχολικού εκφοβισμού, εμφάνισαν αυξημένα ποσοστά αυτοκτονικού ιδεασμού και ανέφεραν συνολικά μειωμένη ποιότητα ζωής. Η ενεργή υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη ψυχοκοινωνική ευημερία των ατόμων αυτών.

Σύμφωνα με τις πληροφορίες που παρουσιάζονται στο κεφάλαιο αυτό, γίνεται πλέον ιδιαίτερα αισθητό πως η διαταραχή αυτιστικού φάσματος δεν συνιστά μία μεμονωμένη διαταραχή αλλά συνήθως συνυπάρχει με άλλες συννοσηρές καταστάσεις. Το γεγονός αυτό οδηγεί, συχνά, σε μία σύγχυση των κλινικών αφενός για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζονται στη διαδικασία της αξιολόγησης και της διάγνωσης των συννοσηροτήτων της ΔΑΦ, αφετέρου στη διαδικασία της διαφοροδιάγνωσης της με άλλες διαταραχές. Με γνώμονα την παρατήρηση αυτή, κρίνεται αναγκαίος ο σχεδιασμός καινοτόμων εργαλείων αξιολόγησης και κλιμάκων ή ο εκσυγχρονισμός των ήδη υπάρχουσών κλιμάκων για μεγαλύτερη ευαισθησία στις συννοσηρότητες των ψυχικών διαταραχών σε πληθυσμό με ΔΑΦ.

Το φαινόμενο της συννοσηρότητας, λειτουργεί ως επιβαρυντικός παράγοντας σε όλες τις πτυχές της ζωής των παθόντων και υπονομεύει την ποιότητα της ζωής τους και τη λειτουργικότητά τους. Ωστόσο, είναι απαραίτητο να επισημανθεί και η δυσκολία που αντιμετωπίζουν οι φροντιστές και το οικογενειακό περιβάλλον των ατόμων αυτών προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της κατάστασης με ελάχιστους πόρους. Η ενίσχυση της ψυχιατρικής φροντίδας, ο πλήρης εξοπλισμός των κέντρων υγείας με εξειδικευμένους και εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας και η καλλιέργεια της ευαισθητοποίησης πρόκειται να λειτουργήσουν ως ενισχυτικοί παράγοντες τόσο στην πρόληψη όσο και στην καλύτερη αντιμετώπιση των συννοσηροτήτων, με στόχο την ευημερία των ατόμων με ΔΑΦ. αλλά και των οικογενειών τους (Βαβανού.Κ., 2023).

Συχνότητα Συννοσηρότητας Ψυχικών Διαταραχών σε Άτομα με ΔΑΦ(βάσει ερευνών όπως των Lai et al., 2019)



Το παραπάνω διάγραμμα αποδίδει σχηματικά και συνολικά τα ποσοστά εμφάνισης των συχνότερων ψυχικών διαταραχών σε άτομα με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), βασισμένο σε δεδομένα από μελέτες όπως των Lai et al. (2019) και Tick et al. (2016).

Κεφάλαιο 6ο

Κλινικές Παρεμβάσεις και Θεραπεία

Η συννοσηρότητα ψυχιατρικών διαταραχών σε παιδιά με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) αποτελεί ένα φαινόμενο με σημαντικές κλινικές και λειτουργικές επιπτώσεις. Είναι αρκετά συχνό και περιλαμβάνει διάφορες καταστάσεις, όπως ενδεικτικά είναι η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), αγχώδεις διαταραχές, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, φοβίες και κατάθλιψη (Lai et al., 2019). Οι συννοσηρότητες αυτές όχι μόνο εντείνουν τις δυσκολίες που ήδη σχετίζονται με την αυτιστική συμπτωματολογία, αλλά περιπλέκουν και τη διαδικασία διάγνωσης και παρέμβασης. Η αντιμετώπιση παιδιών με ΔΑΦ και ψυχιατρικές συννοσηρότητες απαιτεί ολιστική, πολυεπιστημονική προσέγγιση. Οι παρεμβάσεις συνήθως περιλαμβάνουν συνδυασμό γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας (CBT), φαρμακευτικής υποστήριξης, εργοθεραπείας, καθώς και λογοθεραπευτικής και ψυχολογικής παρέμβασης, ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε παιδιού. Η συνεργασία του λογοθεραπευτή και του ψυχολόγου στην υποστήριξη ατόμων με αυτισμό με συνυπάρχουσες ψυχικές διαταραχές είναι θεμελιώδης για μια ολοκληρωμένη και αποτελεσματική παρέμβαση, καθώς καλύπτει τόσο τις επικοινωνιακές όσο και τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες του ατόμου.

6.1 Ο Ρόλος του Λογοθεραπευτή

Ο λογοθεραπευτής αποτελεί βασικό μέλος της διεπιστημονικής ομάδας που ασχολείται με την αποκατάσταση και υποστήριξη παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν ψυχικές διαταραχές. Η συμβολή του είναι καθοριστική σε τομείς που αφορούν την κοινωνική επικοινωνία, την κατανόηση και έκφραση της γλώσσας, καθώς και τη χρήση της σε λειτουργικά πλαίσια της καθημερινής ζωής. Ο ρόλος του είναι πολυεπίπεδος και ουσιαστικός, δεδομένου ότι διαθέτει εξειδίκευση στη νευροαναπτυξιακή βάση της γλωσσικής ανάπτυξης και των κοινωνικών δεξιοτήτων, προσφέροντας ουσιαστική υποστήριξη στη συνολική προσαρμογή του παιδιού και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του, ανεξάρτητα από την ύπαρξη συννοσηροτήτων.

Η λογοθεραπευτική παρέμβαση περιλαμβάνει την αρχική αξιολόγηση, την ανάπτυξη και την ενίσχυση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων, καθώς και τη διατήρηση της λειτουργικής επικοινωνίας και της κοινωνικής ένταξης σε ποικίλα περιβάλλοντα. Ο θεραπευτικός

σχεδιασμός προσαρμόζεται στις εξατομικευμένες ανάγκες κάθε παιδιού, με έμφαση στις πραγματολογικές του δυσκολίες, δηλαδή στις προκλήσεις που εμφανίζονται όχι τόσο σε μηχανικό ή γλωσσικό επίπεδο, αλλά στο πεδίο της συναισθηματικής και κοινωνικής αντίληψης, όπως η ενσυναίσθηση και η κατανόηση των προθέσεων των άλλων.

Οι βασικοί θεραπευτικοί στόχοι επικεντρώνονται στην ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων, στην καλλιέργεια της ικανότητας κατανόησης και έκφρασης συναισθημάτων, προθέσεων και αφηρημένων εννοιών (όπως η μεταφορική γλώσσα), καθώς και στην αποκατάσταση των δομών που διέπουν τη διαπροσωπική αλληλεπίδραση. Οι παρεμβάσεις συχνά ενσωματώνουν εργαλεία όπως οι Κοινωνικές Ιστορίες, οπτικά υποστηρικτικά μέσα και Εναλλακτικά και Επαυξητικά Συστήματα Επικοινωνίας (AAC), ανάλογα με τις δυνατότητες και τις προκλήσεις του εκάστοτε παιδιού.

Αξιοσημείωτο είναι επίσης, το γεγονός ότι ο λογοθεραπευτής διαδραματίζει ενεργό ρόλο και στην υποστήριξη της διαδικασίας σίτισης, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις παιδιών με αυτισμό που παρουσιάζουν αισθητηριακές ευαισθησίες, στοματική αμυντικότητα ή έντονη επιλεκτικότητα στις τροφές. Επιπλέον, σε περιπτώσεις συνύπαρξης αυτισμού με διατροφικές διαταραχές, ο λογοθεραπευτής συνεργάζεται με άλλους επαγγελματίες υγείας για την παροχή συνδυασμένης, εξατομικευμένης θεραπευτικής φροντίδας.

Η επιτυχής έκβαση κάθε παρέμβασης προϋποθέτει στενή συνεργασία του λογοθεραπευτή με τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς, καθώς και τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Ο λογοθεραπευτής παρέχει σαφείς οδηγίες για την υποστήριξη της επικοινωνίας σε ποικίλα περιβάλλοντα (π.χ. στο σπίτι ή στο σχολείο) και για τη διαχείριση επικοινωνιακών δυσκολιών που μπορεί να συνδέονται με τις ψυχιατρικές συννοσηρότητες, όπως η επιλεκτική αλαλία ή το κοινωνικό άγχος.

Η θεραπευτική διαδικασία βασίζεται τόσο στην καθημερινή συστηματική παρατήρηση και καταγραφή της επικοινωνιακής συμπεριφοράς και του βαθμού αλληλεπίδρασης του παιδιού, όσο και στη χρήση σταθμισμένων εργαλείων αξιολόγησης και άτυπων διαγνωστικών πρωτοκόλλων. Μέσα από αυτήν τη συνδυαστική προσέγγιση καθορίζεται το εξατομικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα, το οποίο προσαρμόζεται δυναμικά ανάλογα με την πορεία και τις ανάγκες του παιδιού (Γκίκα.Α., 2023)

.

6.2 Ο Ρόλος του Ψυχολόγου-Ψυχίατρου

Ο ψυχολόγος αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στη διαχείριση των ψυχικών διαταραχών που συνυπάρχουν με τη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ). Μέσω της διαγνωστικής αξιολόγησης και της παροχής κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων, συμβάλλει ουσιαστικά στη στήριξη του παιδιού και της οικογένειας. Η Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT), όταν προσαρμόζεται στις ανάγκες του παιδιού με αυτισμό, έχει αναδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική για την αντιμετώπιση του άγχους και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Η συνεργασία του ψυχολόγου με την οικογένεια και τους υπόλοιπους θεραπευτές της διεπιστημονικής ομάδας είναι απαραίτητη για τη δημιουργία ενός συνεκτικού και λειτουργικού θεραπευτικού πλάνου. Ιδιαίτερα οι παιδοψυχολόγοι και οι σχολικοί ψυχολόγοι εστιάζουν στη συνολική ψυχοσυναισθηματική εικόνα του παιδιού, αξιολογώντας τις γνωστικές του λειτουργίες, τη συμπεριφορά και την παρουσία συννοσηρών ψυχικών διαταραχών. Μέσω εξειδικευμένων παρεμβάσεων επιδιώκουν τη βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων, της συναισθηματικής ρύθμισης και της ικανότητας διαχείρισης στρεσογόνων καταστάσεων. Τεχνικές όπως η CBT και οι ασκήσεις χαλάρωσης εντάσσονται συχνά στα θεραπευτικά τους προγράμματα.

Επιπλέον, οι ψυχολόγοι λειτουργούν υποστηρικτικά και προς το περιβάλλον του παιδιού, προσφέροντας συμβουλευτική και καθοδήγηση σε γονείς και εκπαιδευτικούς. Μέσω αυτής της συνεργασίας προωθείται η κατανόηση των δυσκολιών του παιδιού και η υιοθέτηση στρατηγικών που ενισχύουν την κοινωνική του ένταξη και τη λειτουργικότητά του στην καθημερινότητα.

Η ψυχιατρική αξιολόγηση των παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ στηρίζεται στη συλλογή πληροφοριών από ποικίλες πηγές. Οι γονείς, οι εκπαιδευτικοί, το οικογενειακό περιβάλλον, αλλά και το ίδιο το παιδί ή ο έφηβος, παρέχουν πολύτιμα στοιχεία που συμπληρώνουν την εικόνα. Η διαγνωστική διαδικασία περιλαμβάνει, εκτός από τη λήψη ιστορικού, και κλινική παρατήρηση της συμπεριφοράς, συνεντεύξεις, καθώς και εκτίμηση των ψυχικών λειτουργιών, της συναισθηματικής κατάστασης και της γενικής λειτουργικότητας του ατόμου.

Στη σύγχρονη πρακτική, εφαρμόζονται δύο βασικά είδη αξιολόγησης:

- a) Η δομημένη διαγνωστική αξιολόγηση, η οποία βασίζεται σε ταξινομικά συστήματα (όπως το DSM-5 ή το ICD-11) και εστιάζει στην ποσοτική καταγραφή συμπτωμάτων, και
- b) Η «ανοικτή» ή ημιδομημένη συνέντευξη, που περιλαμβάνει παιχνίδι, εικαστικά ή άλλα προβολικά υλικά, με στόχο την ποιοτική ανάλυση της εμπειρίας και της συναισθηματικής έκφρασης του παιδιού.

Ο συνδυασμός των παραπάνω εργαλείων επιτρέπει την ολοκληρωμένη κατανόηση των αναγκών του παιδιού και συμβάλλει στη διαμόρφωση ενός αποτελεσματικού, εξατομικευμένου πλάνου παρέμβασης, με στόχο τη στήριξη της ψυχικής του υγείας και την ενίσχυση της προσαρμοστικότητας σε ποικίλα περιβάλλοντα (Παπαγεωργίου.Β.Α, 2005).

Ο λογοθεραπευτής και ο ψυχολόγος, μέσα από τη συνεργασία και τον συντονισμό, προσφέρουν μια συμπληρωματική και ολοκληρωμένη παρέμβαση που ενισχύει τόσο τις επικοινωνιακές όσο και τις ψυχοσυναισθηματικές δεξιότητες του ατόμου με αυτισμό, μεγιστοποιώντας τις πιθανότητες για ουσιαστική πρόοδο και καλύτερη ποιότητα ζωής.

6.3 Φαρμακευτική Αγωγή

Η φαρμακευτική αγωγή δεν αποσκοπεί στη θεραπεία του πυρήνα της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), ωστόσο αποτελεί πολύτιμο μέσο για την αντιμετώπιση συνοδών ψυχιατρικών διαταραχών που συχνά συνυπάρχουν. Διαταραχές όπως το άγχος, η κατάθλιψη, η υπερκινητικότητα και η ιδεοψυχαναγκαστική συμπεριφορά επηρεάζουν σημαντικά τη λειτουργικότητα του παιδιού και ενδέχεται να απαιτήσουν φαρμακολογική παρέμβαση. Η φαρμακευτική προσέγγιση εφαρμόζεται επικουρικά και συμπληρωματικά σε ψυχοεκπαιδευτικά, συμπεριφορικά και αναπτυξιακά προγράμματα, με στόχο τη βελτίωση της προσαρμοστικότητας και της καθημερινής λειτουργίας του παιδιού.

Η επιλογή φαρμάκου εξαρτάται από τη φύση της συννοσηρότητας και τα χαρακτηριστικά του ατόμου. Αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs), όπως η φλουοξετίνη, η φλουβοξαμίνη και η κλομιπραμίνη, έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικοί στη μείωση στερεοτυπικών και επιθετικών συμπεριφορών, ενώ παράλληλα συμβάλλουν στη βελτίωση της γνωστικής ευελιξίας και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Παρόμοια, η χορήγηση της

αλοπεριδόλης έχει συσχετιστεί με μείωση της υπερδραστηριότητας, της επιθετικότητας και των στερεοτυπικών κινήσεων, ενισχύοντας επιπλέον την ικανότητα μάθησης.

Σε πιο σοβαρές περιπτώσεις, όπως σε παιδιά με έντονη επιθετικότητα ή αυτοτραυματιστικές συμπεριφορές, η χρήση άτυπων αντιψυχωσικών — και ιδιαίτερα της ρισπεριδόνης — έχει καταγράψει σημαντικά θεραπευτικά οφέλη. Ωστόσο, η χορήγησή τους προϋποθέτει συστηματική ιατρική παρακολούθηση, καθώς συνδέεται με πιθανές παρενέργειες και απαιτεί ακριβή ρύθμιση της δοσολογίας (McPheeters.M.L, Warren.Z, Sathe.N, Bruzek.J.B, Krishnaswami.S, et al., 2011).

Η απόφαση για φαρμακολογική παρέμβαση λαμβάνεται πάντα εξατομικευμένα, με βάση την κλινική εικόνα, τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και την ανταπόκριση σε άλλες, μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Η ενεργή συνεργασία μεταξύ του παιδοψυχιάτρου, της οικογένειας και των υπόλοιπων μελών της διεπιστημονικής ομάδας είναι καθοριστική για την παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας της αγωγής, αλλά και για την πρόληψη ή την έγκαιρη διαχείριση πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών (Παπαγεωργίου.B.A, 2005).

Το παρόν κεφάλαιο ανέδειξε την πολυπλοκότητα και τη σημασία της αντιμετώπισης των ψυχιατρικών συννοσηροτήτων σε παιδιά με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), τονίζοντας την ανάγκη για διεπιστημονική συνεργασία και ολιστική προσέγγιση. Η συμβολή του λογοθεραπευτή, του ψυχολόγου και του παιδοψυχιάτρου είναι καθοριστική, όχι μόνο στην ενίσχυση της επικοινωνίας και της συναισθηματικής ρύθμισης, αλλά και στη διασφάλιση της ψυχικής ευεξίας του παιδιού. Η φαρμακευτική υποστήριξη, όταν κρίνεται αναγκαία, λειτουργεί επικουρικά στην ευρύτερη θεραπευτική παρέμβαση. Μέσα από τη σύνθεση γνώσεων και πρακτικών από διαφορετικούς κλάδους, διαμορφώνεται ένα υποστηρικτικό περιβάλλον, ικανό να ανταποκριθεί στις σύνθετες ανάγκες αυτών των παιδιών και να προάγει την ποιότητα της ζωής τους.

Κεφάλαιο 7^ο

Συζήτηση

Τα ευρήματα της παρούσας εργασίας, στο σύνολό τους, καταδεικνύουν τον πολυπαραγοντικό και σύνθετο χαρακτήρα της συννοσηρότητας των ψυχικών διαταραχών στα άτομα που έχουν ήδη λάβει τη διάγνωση της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Μέσα από την επισκόπηση της βιβλιογραφίας και την ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων, απαντήθηκαν βασικά ερωτήματα σχετικά με τις διαταραχές που εμφανίζονται συχνότερα σε άτομα με Δ.Α.Φ, τους γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή τους, καθώς και τις δυσκολίες που ανακύπτουν στη διαγνωστική και θεραπευτική τους αντιμετώπιση.

Πάνω από το 50% των ατόμων με ΔΑΦ εμφανίζουν τουλάχιστον μία συννοσηρή ψυχική διαταραχή (Tick et al., 2016· Okewole et al., 2024). Τα υψηλά αυτά ποσοστά εμφάνισης αγχώδων, συναισθηματικών, συμπεριφορικών και άλλων ψυχικών διαταραχών στα άτομα με Δ.Α.Φ, καθιστούν σαφές πως η αναγνώριση και η αντιμετώπισή τους δεν δύναται να είναι μονοδιάστατη. Αντιθέτως, απαιτεί μία ολιστική και πολυδιάστατη προσέγγιση, η οποία θα λαμβάνει υπόψη την πολυπλοκότητα και τη διαφορετικότητα της κάθε περίπτωσης. Συγκεκριμένα, αναλύθηκαν τα ποσοστά σύνδεσης της ΔΑΦ με διαταραχές όπως οι αγχώδεις διαταραχές, ΔΕΠ-Υ, διαταραχές διάθεσης και συμπεριφοράς, διαταραχές πρόσληψης τροφής, δυσφορία φύλου, σχιζοφρένεια, αυτοκτονικότητα και αυτοκτονικός ιδεασμός, διαταραχές προσωπικότητας και διαταραχές ύπνου.

Γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες φαίνεται να επιδρούν από κοινού, δημιουργώντας ένα ευρύ φάσμα φαινοτυπικών εκδηλώσεων. Η ανάλυση των αιτιολογικών παραγόντων ανέδειξε πως η συννοσηρότητα δεν οφείλεται σε έναν μόνο παράγοντα, αλλά προκύπτει από τη σύνθετη αλληλεπίδραση γενετικών, νευροβιολογικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών συνθηκών. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στους προγεννητικούς, περιγεννητικούς και μεταγεννητικούς κινδύνους, καθώς και στο κοινωνικό πλαίσιο του ατόμου, που φαίνεται να λειτουργούν είτε υποστηρικτικά και προστατευτικά είτε επιβαρυντικά, και να καταλαμβάνουν ένα ποσοστό αύξησης

κινδύνου εμφάνισης της ΔΑΦ που έγκειται στο 60%-65%. Οι γενετικοί παράγοντες καταλαμβάνουν μικρότερο ποσοστό της τάξεως του 30%-35%, σύμφωνα με τον Wang.C. et al., (2017). Σημαντικό είναι επίσης να αναφερθεί, πως ως παράγοντας κινδύνου διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο και η εμπλοκή διάφορων περιοχών του εγκεφάλου και συνδέσεων που πραγματοποιούνται.

Η κοινωνική δυσλειτουργία (Porcelli et al., 2019· Bickart et al., 2014) , συνάμα, εμφανίζεται ως κοινός παρονομαστής τόσο της ΔΑΦ όσο και των περισσότερων ψυχικών παθήσεων, συχνά πριν ακόμη γίνουν εμφανή τα βασικά συμπτώματα. Η διαταραγμένη κοινωνική επικοινωνία ενδέχεται να εντείνει τη συναισθηματική δυσκολία, οδηγώντας σε αλυσίδα επιβαρύνσεων.

Ο ρόλος του λογοθεραπευτή, αναδεικνύεται ιδιαίτερα αναγκαίος, όχι μόνο για την ενίσχυση των γλωσσικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων, αλλά και στην υποστήριξη της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, της συναισθηματικής κατανόησης και της ικανότητας των παιδιών να ανταποκρίνονται λειτουργικά στο περιβάλλον τους. Η διεπιστημονική συνεργασία και η εξατομικευμένη παρέμβαση καθίστανται αναπόσπαστες προϋποθέσεις για την επίτευξη ουσιαστικής βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ατόμων με ΔΑΦ και συννοσηρές ψυχικές διαταραχές. Η λογοθεραπεία, συγκεκριμένα, δεν περιορίζεται μόνο στη βελτίωση της επικοινωνίας, αλλά συμβάλλει καθοριστικά και ουσιαστικά στην ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων και τα συναισθηματικής κατανόησης, που συχνά πλήττονται από τη συννοσηρότητα.

Έρευνες που χρησιμοποιήθηκαν στην εργασία, ανέδειξαν τη χρήση της φαρμακευτικής αγωγής. Η φαρμακευτική παρέμβαση, καθίστανται σπουδαία θεραπευτική μέθοδος, με την προϋπόθεση η χορήγησή της να γίνεται με σύνεση και στο πλαίσιο μιας ολιστικής στρατηγικής. Απαιτείται ουσιαστική και εις βάθος παρατήρηση και μελέτη του κάθε περιστατικού και η λήψη απόφασης της ενδεχόμενης χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής από μία εμπειριστατωμένη ομάδα ειδικών επαγγελματιών υγείας. Η προσέγγιση αυτή μπορεί να ενισχύσει αποτελεσματικά τις μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις και για το λόγο αυτό τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα φαίνεται να επέρχονται από τον συνδυασμό και την ταυτόχρονη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής αλλά και θεραπευτικών προσεγγίσεων από τον λογοθεραπευτή (π.χ Κοινωνικές Ιστορίες, AAC) και από τον ψυχολόγο-ψυχίατρο (π.χ CBT). Η χρήση SSRIs, SNRIs, αντιψυχωσισμών και σταθεροποιητών διάθεσης έχει αποδειχθεί ευεργετική για ορισμένες κατηγορίες

ασθενών, ωστόσο πάντοτε σε οποιαδήποτε θεραπευτική μέθοδο και προσέγγιση φαρμακευτική και μη αναγκαία είναι η εξακολουθητική κλινική παρακολούθηση από τους ειδικούς.

Μελλοντικές και μακροπρόθεσμες ερευνητικές προσπάθειες θα ήταν χρήσιμο να εστιάσουν στην ποσοτική αποτύπωση της συννοσηρότητας σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες, προκειμένου να διεξαχθούν συμπεράσματα χρήσιμα για την πιο ουσιαστική και εις βάθος κατανόηση του φαινομένου της συννοσηρότητας. Παράλληλα, η συγκριτική μελέτη μεταξύ αυτών των ηλικιακών ομάδων θα μπορούσε να αναδείξει κρίσιμες διαφοροποιήσεις ως προς τη συχνότητα, την έκφραση και τις ανάγκες παρέμβασης.

Ταυτόχρονα, άξιο έρευνας θα ήταν η διεξαγωγή μελετών για την δημιουργία καινοτόμων εργαλείων αξιολόγησης εξατομικευμένων αποκλειστικά για τις περιπτώσεις που ο αυτισμός συνυπάρχει με τις ψυχιατρικές διαταραχές. Στο πλαίσιο αυτό, η ενσωμάτωση ψηφιακών εργαλείων και ηλεκτρονικών εφαρμογών, συμβαδίζοντας με τις τεχνολογικές εξελίξεις, μπορεί να προσφέρει νέες δυνατότητες αξιολόγησης και παρέμβασης για παιδιά με ΔΑΦ και συννοσηρές ψυχικές διαταραχές.

Ακόμη, ο ρόλος της λογοθεραπείας στο πλαίσιο της ψυχικής υγείας, δεν έχει πλήρως χαρτογραφηθεί, όσον αφορά τη συμβολή της στην αντιμετώπιση πολυδιάστατων αναγκών των ατόμων με αυτισμό. Συνεπώς, η κατανόηση της συννοσηρότητας δεν συνιστά μόνο ένα θεωρητικό σχήμα, αλλά ένα σπουδαίο εργαλείο για μία πιο περιεκτική, ανθρωποκεντρική και στοχευμένη προσέγγιση.

Η επιστημονική κοινότητα, η πολιτεία και οι επαγγελματίες καλούνται να διασφαλίσουν ότι τα παιδιά και οι έφηβοι με ΔΑΦ και ψυχικές συννοσηρότητες θα έχουν πρόσβαση σε κατάλληλη φροντίδα, ανθρώπινη προσέγγιση και ποιοτική ζωή.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

ΔΑΦ (ASD)	= Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος
Κυτταρομεγαλοϊός	= CMV
Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερικινητικότητας	= ΔΕΠ-Υ
Ιδιοψυχαναγκαστική Δυσταραχή	= OCD
Σύνδρομο Συγγενούς Ερυθράς	= CRS
Κεντρικό Νευρικό Σύστημα	= ΚΝΣ
Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος	= ΣΕΛ
Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς	= PDD-NOS
Παιδική αποδιοργανωτική Διαταραχή	= CDD
Peabody Picture Vocabulary Test	= PPVT
Clinical Evaluation of Language Fundamentals	= CELF
Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence	= WPPSI
Wechsler Intelligence Scale for Children	= WISC
Vineland Adaptive Behavior Scales	= VABS
ADOS 2-TODDLER	= ADOS2-T
Autism Diagnostic Observation Schedule – Second Edition	= ADOS-2
Autism Diagnostic Interview – Revised	= ADI-R
CHAT	= Checklist for Autism in Toddlers
M-CHAT	= Modified Checklist for Autism in Toddlers
Q-CHAT	= Quantitative Checklist for Autism in Toddlers
PDDST-II	= Pervasive Developmental Disorders Screening Test II
ASIEP-3	= Autism Screening Instrument for Educational Planning-3RD Edition
STAT	= Screening Tool for Autism in Two-Years-Old
AQ-Child test	= Autism Spectrum Quotient
Ποιότητας Ζωής	= ΠΖ
TEACCH	= Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children
Applied Behavioral Analysis	= ABA
FITT	= Family Implemented TEACCH for Toddlers
Κοινωνικές Ιστορίες	= ΚΙ
PECS	= Picture Exchange Communication System
Sensory Integration Therapy	= SIT

Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα =EEG
Αξονική Τομογραφία =CT
Τομογραφία Εκπομπής Ποζιτρονίων =PET
Μαγνητική Τομογραφία =MRI
Λειτουργική Μαγνητική Τομογραφία =fMRI
Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή =ΜΚΔ
TORCH =Toxoplasma, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes simplex
Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους =PTSD
Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας =WHO
National Comorbidity Survey Replication = NCS-R
Κοινωνικοοικονομικό Επίπεδο = KOE
DSM-5-TR = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD-11 = International Classification of Diseases
Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-Revised = WPPSI-R
Wechsler Intelligence Scale for Children – Third Edition = WISC-III
Wechsler Adult Intelligence Scale – Third Edition = WAIS-III
Raven’s Progressive Matrices = PM
Thematic Apperception Test = TAT
Minnesota Multiphasic Personality Inventory = MMPI
Rational Emotive Behavior Therapy = REBT
Εκλεκτικοί Αναστολείς Επαναπρόσληψης της Σεροτονίνης = SSRIs
Εκλεκτικοί Αναστολείς Επαναπρόσληψης της νορεπινεφρίνης = SNRIs
Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία = CBT
Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή = ΑΓΔ
Κοινωνική Αγχώδης Διαταραχή = ΚΑΔ
Avoidant/ Restrictive Food Intake Disorder = ARFID
Εναλλακτικά και Επαυξητικά Συστήματα Επικοινωνίας = AAC

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Autism Diagnostic Observation Schedule - Second Edition (ADOS-2)

A WPS TEST REPORT by Catherine Lord, Ph.D., Michael Rutter, M.D., FRS,
Pamela C. DiLavore, Ph.D., Susan Risi, Ph.D., Katherine Gotham, Ph.D.

Copyright © 2012 by Western Psychological Services

wpspublish.com

Version 1.210

Child Name: David A.

Date of Birth: Not Entered

Chronological Age: 4 years 7 months

Examiner: Catherine Lord

Child ID: Not Entered

Date of Evaluation: 05/07/12

Gender: Male

Date Processed: 05/07/12

Users of this WPS TEST REPORT should be familiar with the information presented in the ADOS-2 Manual (WPS Product No. W-605M). As with any assessment tool, no final diagnostic or treatment decisions should be made solely on the basis of the ADOS-2 without confirming information from independent sources.

ADOS-2

Module 1 Algorithm for Few to No Words

SOCIAL AFFECT (SA)		Code	Score
Communication			
Frequency of Spontaneous Vocalization Directed to Others	(A-2)	3	2
Gestures	(A-8)	2	2
Reciprocal Social Interaction			
Unusual Eye Contact	(B-1)	2	2
Facial Expressions Directed to Others	(B-3)	1	1
Integration of Gaze and Other Behaviors During Social Overtures	(B-4)	3	2
Shared Enjoyment in Interaction	(B-5)	0	0
Showing	(B-9)	2	2
Spontaneous Initiation of Joint Attention	(B-10)	2	2
Response to Joint Attention	(B-11)	1	1
Quality of Social Overtures	(B-12)	3	2
SA Total			16
RESTRICTED AND REPETITIVE BEHAVIOR (RRB)			
Restricted and Repetitive Behaviors			
Intonation of Vocalizations or Verbalizations	(A-3)	2	2
Unusual Sensory Interest in Play Material/Person	(D-1)	3	2
Hand and Finger and Other Complex Mannerisms	(D-2)	2	2
Unusually Repetitive Interests or Stereotyped Behaviors	(D-4)	2	2
RRB Total			8
Overall Total (SA + RRB)			24

Classification/Diagnosis

ADOS-2 Classification: *autism*

Overall Diagnosis: _____

ADOS-2 Comparison Score: 9

Level of autism spectrum-related symptoms
associated with this Comparison Score: *High*

Summary of Responses

A. Language and Communication

* A1.	4	A5.	8
* A2.	3	A6.	8
* A3.	2	A7.	3
A4.	8	* A8.	2

B. Reciprocal Social Interaction

* B1.	2	B6.	1	* B11.	1	B15.	2
B2.	1	B7.	3	* B12.	3	B16.	3
* B3.	1	B8.	2	B13a.	3		
* B4.	3	* B9.	2	B13b.	3		
* B5.	0	* B10.	2	B14.	3		

C. Play

C1.	2
C2.	2

D. Stereotyped Behaviors and Restricted Interests

* D1.	3
* D2.	2
D3.	0
* D4.	2

E. Other Abnormal Behaviors

E1.	1
E2.	0
E3.	1

Key: * = required items
- = not answered

Missing responses: 0

Missing required responses: 0

END OF REPORT

Στο παρόν Παράρτημα παρατίθεται ενδεικτικό οπτικό υλικό από το διαγνωστικό εργαλείο ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule – Second Edition), το οποίο αποτελεί βασικό μέσο άμεσης παρατήρησης για τη διάγνωση της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος. Το εργαλείο έχει ήδη αναλυθεί εκτενώς στο κυρίως σώμα της εργασίας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)

A WPS TEST REPORT by Ann Le Couteur, M.B.B.S., Catherine Lord, Ph.D.,
Michael Rutter, M.D., F.R.S.

Copyright ©2006 by Western Psychological Services
12031 Wilshire Blvd., Los Angeles, California 90025-1251
Version 1.210

Diagnostic Algorithm

Subjects Aged 4 Years, 0 months or more

Name of Subject: Donal	Subject ID: Sample
Date of Birth: Not Entered	Date of Interview: 05/10/06
Chronological Age: 12 year(s) 0 month(s)	Gender: Male
Name of Respondent: Not Entered	Relation to Subject: Not Entered
Clinician Name: Not Entered	Date Processed: 05/10/06
School/Clinic: Not Entered	

Subject is Verbal (Item 30 = 0)

A: Qualitative Abnormalities in Reciprocal Social Interaction

Codes are "Most Abnormal 4.05.0" for all items in A1 to A4 (except 31, 58, and 65).

	Code	Score
A1: Failure to use nonverbal behaviors to regulate social interaction		
Direct Gaze	(50) 2	2
Social Smiling	(51) 3	2
Range of Facial Expressions Used to Communicate	(57) 2	2
Total A1		6
A2: Failure to develop peer relationships		
Imaginative Play With Peers	(49) 2	2
Interest in Children	(62) 2	2
Response to Approaches of Other Children	(63) 2	2
Group Play with Peers (score if 4.0 to 9.11 years)	(64) 2	
OR (score either 64 or 65, depending on age of subject)		2
Friendships (score if 10.0 years or older)		
"Most Abnormal 10.0 - 15.0"	(65) 2	
Total A2		8
A3: Lack of shared enjoyment		
Showing and Directing Attention	(52) 3	2
Offering to Share	(53) 2	2
Seeking to Share Enjoyment With Others	(54) 2	2
Total A3		6
A4: Lack of socioemotional reciprocity		
Use of Other's Body to Communicate (Score "Ever")	(31) 0	0
Offering Comfort	(55) 2	2
Quality of Social Overtures	(56) 2	2
Inappropriate Facial Expressions (Score "Ever")	(58) 2	2
Appropriateness of Social Responses	(59) 2	2
Total A4		8
A Total = A1 + A2 + A3 + A4	A Total (cutoff = 10)	28

B: Qualitative Abnormalities in Communication

Codes are "Most Abnormal 4.05.0" for all items in B1 and B4.

B2(V) and B3(V) codes apply only for verbal subjects (Item 30 = 0), using "Ever" codes.

Only B1 and B4 codes apply for nonverbal subjects (Item 30 = 1 or 2).

	Code	Score
B1: Lack of, or delay in, spoken language and failure to compensate through gesture		
Pointing to Express Interest	(42) 2	2
Nodding	(43) 2	2
Head Shaking	(44) 2	2
Conventional/Instrumental Gestures	(45) 3	2
Total B1		8
B4: Lack of varied spontaneous make-believe or social imitative play		
Spontaneous Imitation of Actions	(47) 3	2
Imaginative Play	(48) 2	2
Imitative Social Play	(61) 1	1
Total B4		5

Verbal Subjects Only:

B2(V): Relative failure to initiate or sustain conversational interchange		
Social Verbalization/Chat	(34) 2	2
Reciprocal Conversation	(35) 2	2
Total B2(V)		4
B3(V): Stereotyped, repetitive or idiosyncratic speech		
Stereotyped Utterances and Delayed Echolalia (Score "Ever")	(33) 1	1
Inappropriate Questions or Statements (Score "Ever")	(36) 1	1
Pronominal Reversal (Score "Ever")	(37) 0	0
Neologisms/Idiosyncratic Language (Score "Ever")	(38) 2	2
Total B3(V)		4

Verbal Total = B1 + B2(V) + B3(V) + B4 **B(V) Total (cutoff = 8)** 21

Nonverbal Total = B1 + B4 **B(NV) Total (cutoff = 7)** .

C: Restricted, Repetitive, and Stereotyped Patterns of Behavior*Codes are "Ever" for all items in C1 to C4.*

	Code	Score
C1: Encompassing preoccupation or circumscribed pattern of interest		
Unusual Preoccupations	(67) 0	0
Circumscribed Interests	(68) 2	2
Total C1		2
C2: Apparently compulsive adherence to nonfunctional routines or rituals		
Verbal Rituals	(39) 0	0
Compulsions/Rituals	(70) 1	1
Total C2		1
C3: Stereotyped and repetitive motor mannerisms		
Hand and Finger Mannerisms	(77) 1	
OR (Score the higher of the two)		1
Other Complex Mannerisms or Stereotyped Body Movements	(78) 1	
Total C3		1
C4: Preoccupations with part of objects or non-functional elements of material		
Repetitive Use of Objects or Interest in Parts of Objects	(69) 1	
OR (Score the higher of the two)		1
Unusual Sensory Interests	(71) 0	
Total C4		1
C Total = C1 + C2 + C3 + C4	C Total (cutoff = 3)	5

D: Abnormality of Development Evident at or Before 36 Months

Age Parents First Noticed	(2) 36	0
Age of First Single Words	(9) 19	0
Age of First Phrases	(10) 24	0
Age When Abnormality First Evident	(86) 2	0
Interviewer's Judgment on Age When Abnormalities First Manifest	(87) 24	1
D Total (cutoff = 1)		1

Note:

- = Missing (not answered)
- . = Score not calculated.

Summary of Codes

1. N/A	21. -		41. -	-	61. -	1	81. -	-
2. 36	22. -		42. -	2	62. -	2	82. -	-
3. N/A	23. -		43. -	2	63. -	2	83. -	-
4. -	24. -		44. -	2	64. -	2	84. -	-
5. -	25. -		45. -	3	65. -	2	85. -	-
6. -	26. -		46. -	-	66. -	-	86. 2	
7. -	27. -		47. -	3	67. -	0	87. 24	
8. -	28. -		48. -	2	68. -	2	88. -	-
9. 19	29. -	-	49. -	2	69. -	1	89. -	-
10. 24	30. 0		50. -	2	70. -	1	90. -	-
11. -	31. -	0	51. -	3	71. -	0	91. -	-
12. -	32. -	-	52. -	3	72. -	-	92. -	-
13. -	33. -	1	53. -	2	73. -	-	93. -	-
14. -	34. -	2	54. -	2	74. -	-		
15. -	35. -	2	55. -	2	75. -	-		
16. -	36. -	1	56. -	2	76. -	-		
17. -	37. -	0	57. -	2	77. -	1		
18. -	38. -	2	58. -	2	78. -	1		
19. -	39. -	0	59. -	2	79. -	-		
20. -	40. -	-	60. -	-	80. -	-		

Missing codes: 110

Missing required codes: 0

Code Key:

Item 2, 5 - 10, 17, 19, 26, 28, and 87:

age in month OR

code 991 to 999

- = Missing (not answered)

Other Items:

Code 0 to 9

First column: may be "current" or "ever".

Second column (if presented):

may be "most abnormal",

"ever" OR "at 5.0 years".

N/A = Not Applicable (no code needed)

- = Missing (not answered)

This report was generated based on WPS TEST REPORT Microcomputer Data Entry.

END OF REPORT

Το παρόν Παράρτημα περιλαμβάνει ενδεικτικά αποσπάσματα από το εργαλείο ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised), το οποίο χρησιμοποιείται για την ημιδομημένη συνέντευξη με τους γονείς ή φροντιστές του παιδιού. Σκοπός της συμπερίληψης είναι η οπτική παρουσίαση του εργαλείου.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

M-CHAT-R™

Please answer these questions about your child. Keep in mind how your child usually behaves. If you have seen your child do the behavior a few times, but he or she does not usually do it, then please answer **no**. Please circle **yes** or **no** for every question. Thank you very much.

1. If you point at something across the room, does your child look at it? (FOR EXAMPLE , if you point at a toy or an animal, does your child look at the toy or animal?)	Yes	No
2. Have you ever wondered if your child might be deaf?	Yes	No
3. Does your child play pretend or make-believe? (FOR EXAMPLE , pretend to drink from an empty cup, pretend to talk on a phone, or pretend to feed a doll or stuffed animal?)	Yes	No
4. Does your child like climbing on things? (FOR EXAMPLE , furniture, playground equipment, or stairs)	Yes	No
5. Does your child make <u>unusual</u> finger movements near his or her eyes? (FOR EXAMPLE , does your child wiggle his or her fingers close to his or her eyes?)	Yes	No
6. Does your child point with one finger to ask for something or to get help? (FOR EXAMPLE , pointing to a snack or toy that is out of reach)	Yes	No
7. Does your child point with one finger to show you something interesting? (FOR EXAMPLE , pointing to an airplane in the sky or a big truck in the road)	Yes	No
8. Is your child interested in other children? (FOR EXAMPLE , does your child watch other children, smile at them, or go to them?)	Yes	No
9. Does your child show you things by bringing them to you or holding them up for you to see – not to get help, but just to share? (FOR EXAMPLE , showing you a flower, a stuffed animal, or a toy truck)	Yes	No
10. Does your child respond when you call his or her name? (FOR EXAMPLE , does he or she look up, talk or babble, or stop what he or she is doing when you call his or her name?)	Yes	No
11. When you smile at your child, does he or she smile back at you?	Yes	No
12. Does your child get upset by everyday noises? (FOR EXAMPLE , does your child scream or cry to noise such as a vacuum cleaner or loud music?)	Yes	No
13. Does your child walk?	Yes	No
14. Does your child look you in the eye when you are talking to him or her, playing with him or her, or dressing him or her?	Yes	No
15. Does your child try to copy what you do? (FOR EXAMPLE , wave bye-bye, clap, or make a funny noise when you do)	Yes	No
16. If you turn your head to look at something, does your child look around to see what you are looking at?	Yes	No
17. Does your child try to get you to watch him or her? (FOR EXAMPLE , does your child look at you for praise, or say “look” or “watch me”?)	Yes	No
18. Does your child understand when you tell him or her to do something? (FOR EXAMPLE , if you don’t point, can your child understand “put the book on the chair” or “bring me the blanket”?)	Yes	No
19. If something new happens, does your child look at your face to see how you feel about it? (FOR EXAMPLE , if he or she hears a strange or funny noise, or sees a new toy, will he or she look at your face?)	Yes	No
20. Does your child like movement activities? (FOR EXAMPLE , being swung or bounced on your knee)	Yes	No

© 2009 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton

Στο παρόν Παράρτημα παρουσιάζεται ενδεικτικό υλικό από το εργαλείο M-CHAT-R/F (Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised with Follow-Up), το οποίο χρησιμοποιείται για τον προσυμπτωματικό έλεγχο αυτισμού σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Η προσθήκη έχει καθαρά υποστηρικτικό χαρακτήρα για τον αναγνώστη και συνοδεύει την προγενέστερη θεωρητική παρουσίαση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Agrawal, S., Rao, S. C., Bulsara, M. K., & Patole, S. K. (2018). Prevalence of autism spectrum disorder in preterm infants: A meta-analysis. *Pediatrics*, 142(3), e20180134. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-0134>.
2. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author. <https://img3.reoveme.com/m/2ab8dabd068b16a5.pdf>.
3. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: *American Psychiatric Publishing*.
4. American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR).
5. American Psychiatric Association. (2022). Διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο ψυχικών διαταραχών (5η έκδ., κείμενο αναθ.). *American Psychiatric Publishing*.
6. Arseneault, L. (2018). Annual Research Review: The persistent and pervasive impact of being bullied in childhood and adolescence: Implications for policy and practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(4), 405–421. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12841>.
7. Autism Speaks. (n.d.). Signs of autism. <https://www.autismspeaks.org/signs-autism>
8. Bailey, A., Phillips, W., & Rutter, M. (1996). Autism: Towards an Intergration of Clinical, Genetic, Neuropsychological, and Neurobiological Perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(1), 89-126.
9. Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D. L., Maenner, M. J., Daniels, J., Warren, Z., ... & Dowling, N. F. (2018). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries*, 67(SS-6), 1–23. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6706a1>.
10. Bernier, R., Golzio, C., Xiong, B., Stessman, H. A. F., Coe, B. P., Penn, O., ... & Eichler, E. E. (2014). Disruptive CHD8 mutations define a subtype of autism early in development. *Cell*, 158(2), 263–276. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2014.06.017>.
11. Beversdorf, D. Q., Manning, S. E., Hillier, A., Anderson, S. L., Nordgren, R. E., Walters, S. E., Nagaraja, H. N., Cooley, W. C., Gaelic, S. E., & Bauman, M. L. (2005). Timing of prenatal stressors and autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(4), 471–478. <https://doi.org/10.1007/s10803-005-5037-8>.
12. Bickart, K. C., Dickerson, B. C., & Barrett, L. F. (2014). The amygdala as a hub in brain networks that support social life. *Neuropsychologia*, 63, 235–248. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2014.08.013>.
13. Boukhris, T., Sheehy, O., Mottron, L., & Bérard, A. (2016). Antidepressant use during pregnancy and the risk of autism spectrum disorder in children. *JAMA Pediatrics*, 170(2), 117–124. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.3356>.
14. Bourne, L., Mandy, W., & Bryant-Waugh, R. (2022). Avoidant/restrictive food intake disorder and severe food selectivity in children and young people with autism: A scoping

- review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 64(6), 691–700. <https://doi.org/10.1111/dmcn.15139>.
15. Brown, A. S., & Derkits, E. J. (2010). Prenatal infection and schizophrenia: A review of epidemiologic and translational studies. *The American Journal of Psychiatry*, 167(3), 261–280. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09030361>.
 16. Carmassi, C., Palagini, L., Caruso, D., Masci, I., Nobili, L., Vita, A., ... & Dell'Osso, L. (2019). Systematic review of sleep disturbances and circadian sleep desynchronization in autism spectrum disorder: Toward an integrative model of a self-reinforcing loop. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 366. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00366.
 17. Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). Early warning signs of autism spectrum disorder. https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/autism/curriculum/documents/early-warning-signs-autism_508.pdf.
 18. Chang, J.-C., Lai, M.-C., Tai, Y.-M., & Gau, S. S.-F. (2022). Mental health correlates and potential childhood predictors for the wish to be of the opposite sex in young autistic adults. *Autism*, 26(1), 146–159. <https://doi.org/10.1177/13623613211024098>.
 19. Chen, S., Zhong, X., Jiang, L., Zheng, X., Xiong, Y., Ma, S., Qiu, M., Huo, S., Ge, J., & Chen, Q. (2016). Maternal autoimmune diseases and the risk of autism spectrum disorders in offspring: A systematic review and meta-analysis. *Behavioural Brain Research*, 296, 61–69. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2015.09.045>.
 20. Chess, S. & Thomas, A. (1986). The clinical significance of temperament. In *Temperament in Clinical Practice*. The Guilford Press, New York-London, 267–271.
 21. Christensen, J., Gronborg, T. K., Sørensen, M. J., Schendel, D., Parner, E. T., Pedersen, L. H., & Vestergaard, M. (2013). Prenatal valproate exposure and risk of autism spectrum disorders and childhood autism. *JAMA*, 309(16), 1696–1703. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.2270>.
 22. Clarke, D. M., & Currie, K. C. (2009). Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: A review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Medical Journal of Australia*, 190(S7), S54–S60. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2009.tb02471.x>.
 23. Cotter, J., Granger, K., Backx, R., Hobbs, M., Looi, C. Y., & Barnett, J. H. (2018). Social cognitive dysfunction as a clinical marker: A systematic review of meta-analyses across 30 clinical conditions. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 84, 92–99. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.11.014>.
 24. Davidson, M., Sebastian, S. A., Benitez, Y., Desai, S., Quinonez, J., Ruxmohan, S., Stein, J. D., & Cueva, W. (2022). Behavioral problems in Fragile X Syndrome: A Review of Clinical Management. *Cureus*. 14(2), e21840. doi: 10.7759/cureus.21840.
 25. Dawson, G., Toth, K., Abbott, R., Osterling, J., Munson, J., Estes, A., & Liaw, J. (2004). Early social attention impairments in autism: social orienting, joint attention, and attention to distress. *Developmental Psychology*, 40(2), 271–283.
 26. Dölen, G., Darvishzadeh, A., Huang, K. W., & Malenka, R. C. (2013). Social reward requires coordinated activity of nucleus accumbens oxytocin and serotonin. *Nature*, 501(7466), 179–184. <https://doi.org/10.1038/nature12518>.
 27. Dunalaska, A., Rzeszutek, M., Dębowska, Z., & Bryńska, A. (2021). Comorbidity of bipolar disorder and autism spectrum disorder: A review. *Psychiatria Polska*, 55(6), 1421–1431. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/122350>.

28. Durkin, M. S., Maenner, M. J., Newschaffer, C. J., Lee, L.-C., Cunniff, C. M., Daniels, J. L., Kirby, R. S., Leavitt, L., Miller, L., Zahorodny, W., & Schieve, L. A. (2008). Advanced parental age and the risk of autism spectrum disorder. *American Journal of Epidemiology*, 168(11), 1268–1276. <https://doi.org/10.1093/aje/kwn250>.
29. Ehteshami, S., Araghi, N. M., & Pashmdarfard, M. (2023). Psychometric properties of autism spectrum disorders screening assessment tools: Systematic review. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 37, 117. <https://doi.org/10.47176/mjiri.37.117>.
30. Estes, M. L., & McAllister, A. K. (2017). Maternal immune activation: Implications for neuropsychiatric disorders. *Science*, 353(6301), 772–777. <https://doi.org/10.1126/science.aag3194>.
31. Frye, R. E. (2018). Social skills deficits in autism spectrum disorder: Potential biological origins and progress in developing therapeutic agents. *CNS Drugs*, 32(8), 713–734. <https://doi.org/10.1007/s40263-018-0556-y>.
32. Gadermann, A. M., Alonso, J., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2012). Comorbidity and disease burden in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Depression and Anxiety*, 29(9), 797–806. <https://doi.org/10.1002/da.21924>.
33. Gardener, H., Spiegelman, D., & Buka, S. L. (2009). Prenatal risk factors for autism: Comprehensive meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 195(1), 7–14. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.051672>
34. Genovese, A., & Butler, M. G. (2023). The autism spectrum: behavioral, psychiatric and genetic associations. *Genes*, 14(3), 677. <https://doi.org/10.3390/genes14030677>.
35. Ghirardi, L., Kuja-Halkola, R., Butwicki, A., Martin, J., Larsson, H., D’Onofrio, B. M., Lichtenstein, P., & Taylor, M. J. (2021). Familial and genetic associations between autism spectrum disorder and other neurodevelopmental and psychiatric disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(11), 1274–1284. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13508>.
36. Giambattista, C., Ventura, P., Trerotoli, P., Margari, M., Palumbi, R., & Margari, L. (2018). Subtyping the autism spectrum disorder: Comparison of children with high functioning autism and Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(1), 138–150. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3689-4>.
37. Glasson, E. J., Bower, C., Petterson, B., de Klerk, N., Chaney, G., & Hallmayer, J. F. (2004). Perinatal factors and the development of autism: A population study. *Archives of General Psychiatry*, 61(6), 618–627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.6.618>.
38. Guastella, A. J., Mitchell, P. B., & Mathews, F. (2008). Oxytocin enhances the encoding of positive social memories in humans. *Biological Psychiatry*, 64(3), 256–258. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.02.008>.
39. Gunaydin, L. A., & Deisseroth, K. (2014). Dopaminergic dynamics contributing to social behavior. *Cold Spring Harbor Symposia on Quantitative Biology*, 79, 221–227. <https://doi.org/10.1101/sqb.2014.79.024711>.
40. Hazlett, H. C., Gu, H., Munsell, B. C., Kim, S. H., Styner, M., Wolff, J. J., Elison, J. T., Swanson, M. R., Zhu, H., Botteron, K. N., Collins, D. L., Constantino, J. N., Dager, S. R., Estes, A. M., Evans, A. C., Fonov, V. S., Gerig, G., Kostopoulos, P., McKinstry, R. C., . . . Piven, J. (2017). Early brain development in infants at high risk for autism spectrum disorder. *Nature*, 542(7641), 348–351. <https://doi.org/10.1038/nature21369>.
41. Hooley, J. M., Butcher, J. N., Nock, M. K., & Mineka, S. (2020). Ψυχοπαθολογία. Εκδόσεις Utopia. 17η Αμερικανική-1η Ελληνική Έκδοση.

42. Hossain, M. M., Khan, N., Sultana, A., Ma, P., McKyer, E. L. J., Ahmed, H. U., & Purohit, N. (2020). Prevalence of comorbid psychiatric disorders among people with autism spectrum disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatry Research*, 287, 112922. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112922>.
43. Hosseini, S. A., & Molla, M. (2025). Asperger syndrome. *StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557548/>.
44. Jansen, T. A., Korevaar, T. I. M., Mulder, T. A., White, T., Muetzel, R. L., Peeters, R. P., & Tiemeier, H. (2019). Maternal thyroid function during pregnancy and child brain morphology: A time window-specific analysis of a prospective cohort. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 7(8), 629–637. doi: 10.1016/S2213-8587(19)30153-6.
45. Johnson, S., & Marlow, N. (2011). Preterm birth and childhood psychiatric disorders. *Pediatric Research*, 69, 11–18. <https://doi.org/10.1203/PDR.0b013e318212faa0>.
46. Johnson, S., Evans, T. A., Draper, E. S., Field, D. J., Manktelow, B. N., Marlow, N., Matthews, R., Petrou, S., Seaton, S. E., Smith, L. K., & Boyle, E. M. (2015). Neurodevelopmental outcomes following late and moderate prematurity: A population-based cohort study. *Archives of Disease in Childhood Fetal & Neonatal*, 100(4), F301–F308. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-307684>
47. Kahana, S. Y., Feeny, N. C., Youngstrom, E. A., & Drotar, D. (2006). Posttraumatic stress in youth experiencing illnesses and injuries: An exploratory meta-analysis. *Traumatology and International Journal*, 12(2), 148–161. <https://doi.org/10.1177/1534765606294562>.
48. Kamp-Becker, I. (2024). Autism spectrum disorder in ICD-11—a critical reflection of its possible impact on clinical practice and research. *Molecular Psychiatry*, 29(3), 633–638. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-02354-y>
49. Kennedy, D. P., & Adolphs, R. (2012). The social brain in psychiatric and neurological disorders. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(11), 559–572. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2012.09.006>.
50. Kerns, C. M., Kendall, P. C., Berry, L., Souders, M. C., Franklin, M. E., Schultz, R. T., & Herrington, J. (2014). Traditional and atypical presentations of anxiety in youth with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(11), 2851–2861. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2141-7>.
51. Kessler, R. C. (2009). The national comorbidity survey of the United States. *International Review of Psychiatry*, 21(2), 89–100. <https://doi.org/10.1080/09540260902782793>.
52. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>.
53. Khan, M. S., Kabir, M. A., & Tareq, S. M. (2025). Relationship between autism spectrum disorder and maternal exposure to passive smoking and environmental factors: A case-control study in Bangladesh. *Health Science Reports*, 8(2), e70430. <https://doi.org/10.1002/hsr2.70430>.
54. Kim, D.H.J, Croen, L.A, Iosif, A.M, Ames, J.L, Alexeeff, S, Qian, Y, Yolken, R.H, Ashwood, P, Water, J.V (2024). The association of maternal COVID-19-infection during pregnancy on the neonatal immune profile and associations with later diagnosis of neurodevelopmental disorders. *Brain Behavior and Immunity*, 123, 1071–1080. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2024.11.014>.
55. Klykylo, W.M (2002). Comorbidity. Academic Press. Εγκυκλοπαίδεια Ψυχοθεραπείας.

56. Krakowiak.P, Walker.C.K, Bremer.A.A, Baker.A.S, Ozonoff.S, Hansen.R,L, Picciotto.I.H (2012). Maternal metabolic conditions and risk for autism and other neurodevelopmental disorders. *Pediatrics*, 129(5), e1121–e1128. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2583>.
57. Lai.M.C., Kassee.C., Besney.R, Bonato.S ,Hull.L , Mandy.W et al (2019). Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 819–829. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30289-5](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30289-5).
58. Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-VanderWeele, J. (2018). Autism spectrum disorder. *The Lancet*, 392(10146), 508–520. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31129-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31129-2).
59. Lugo-Marín.J., Magán-Maganto.M., Rivero-Santana.A., Cuellar-Pompa.L., Alviani.M., Jenaro-Rio.C , Díez.E., Canal-Bedia.R.(2019). Prevalence of psychiatric disorders in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 59, 22-33. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.12.004>.
60. MacDonald, G., & Leary, M. R. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological Bulletin*, 131(2), 202–223. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.2.202>.
61. MacIntyre, D. J., Blackwood, D. H. R., Porteous, D. J., Pickard, B. S., & Muir, W. J. (2003). Chromosomal abnormalities and mental illness. *Molecular Psychiatry*, 8(3), 275–287. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001232>.
62. Martin, A. F., Jassi, A., Cullen, A. E., Broadbent, M., Downs, J., & Krebs, G. (2020). Co-occurring obsessive–compulsive disorder and autism spectrum disorder in young people: prevalence, clinical characteristics and outcomes. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(11), 1603-1611. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01478-8>.
63. Neul, N. J. L., Kaufmann, W. E., Glaze, D. G., Christodoulou, J., Clarke, A. J., Bahi-Buisson, N., Leonard, H., Bailey, M. E. S., Schanen, N. C., Zappella, M., Renieri, A., Huppke, P., & Percy, A. K. (2010). Rett syndrome: Revised diagnostic criteria and nomenclature. *Annals of Neurology*, 68(6), 944–950. <https://doi.org/10.1002/ana.22124>
64. Newell, V., Phillips, L., Jones, C., Townsend, E., Richards, C., & Cassidy, S. (2023). A systematic review and meta-analysis of suicidality in autistic and possibly autistic people without co-occurring intellectual disability. *Molecular Autism*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s13229-023-00544-7>.
65. Nigg, J. T. (2006). Temperament and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3–4), 395–422. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01612.x>
66. Øverland.E, Hauge.A.L, Orm.S , Pellicano.E, Øie.M.G, Erik Winther Skogli.E,W, Andersen.P.N. (2022). Exploring life with autism: Quality of Life, daily functioning and compensatory strategies from childhood to emerging adulthood: A qualitative study protocol. *Frontiers in Psychiatry*. 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1058601>.
67. Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>.
68. Porcelli, S., Van Der Wee, N., Van Der Werff, S., Aghajani, M., Glennon, J. C., Van Heukelum, S., Mogavero, F., Lobo, A., Olivera, F. J., Lobo, E., Posadas, M., Dukart, J., Kozak, R., Arce, E., Ikram, A., Vorstman, J., Bilderbeck, A., Saris, I., Kas, M. J., & Serretti,

- A. (2018). Social brain, social dysfunction and social withdrawal. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 97, 10–33. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.09.012>
69. Rai, D., Culpin, I., Heuvelman, H., Magnusson, C. M. K., Carpenter, P., Jones, H. J., Emond, A. M., Zammit, S., Golding, J., & Pearson, R. M. (2018). Association of autistic traits with depression from childhood to age 18 years. *JAMA Psychiatry*, 75(8), 835–843. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1323>.
 70. Raina, S. K., Chander, V., Bhardwaj, A. K., Kumar, D., Sharma, S., & Vashist, R. (2017). Prevalence of autism spectrum disorder among rural, urban, and tribal children (1–10 years of age). *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 08(03), 368–374. https://doi.org/10.4103/jnnp.jnnp_329_16.
 71. Raz, R., Roberts, A. L., Lyall, K., Hart, J. E., Just, A. C., Laden, F., Weisskopf, M. G. (2015). Autism Spectrum Disorder and Particulate Matter Air Pollution before, during, and after Pregnancy: A Nested Case–Control Analysis within the Nurses' Health Study II Cohort. *Environmental Health Perspectives*, 123(3), 264–270. <https://doi.org/10.1289/ehp.1408133>
 72. Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 90, 24–31. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026>.
 73. Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 90, 24–31. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026>.
 74. Rivelli, A., Fitzpatrick, V., Chaudhari, S., Chicoine, L., Jia, G., Rzhetsky, A., & Chicoine, B. (2022). Prevalence of mental health conditions among 6,078 individuals with Down syndrome in the United States. *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*, 9(1), 58–63, <https://doi.org/10.17294/2330-0698.1875>
 75. Ronald, A., Pennell, C. E., Whitehouse, A. J. O. (2011). Prenatal Maternal Stress Associated with ADHD and Autistic Traits in early Childhood. *Frontiers in Psychology*, 1:223. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2010.00223>.
 76. Rong, Y., Yang, C.-J., Jin, Y., & Wang, Y. (2021). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in individuals with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 83, 101759. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2021.101759>.
 77. Rosen, N. E., Lord, C. & Volkmar, F. R. (2021). The Diagnosis of Autism: From Kanner to DSM-III to DSM-5 and Beyond. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(12), 4253–4270. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04904-1>.
 78. Rutter, M. (1982). Temperament: Concepts, issues and problems. In R. Porter & C. Collins (Eds), Ciba Foundation Symposium 89: Temperamental Differences in infants and young children London: Pitman, 1-16.
 79. Salari, N., Rasoulpoor, S., Rasoulpoor, S., Shohaimi, S., Jafarpour, S., Abdoli, N., Khaledi Paveh, B., Mohammadi, M. (2022). The global prevalence of autism spectrum disorder: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics*, 48(1):112. <https://doi.org/10.1186/s13052-022-01310-w>.
 80. Sandin, S., Lichtenstein, P., Kuja-Halkola, R., Larsson, H., Hultman, C. M., & Reichenberg, A. (2017). The heritability of autism spectrum disorder. *JAMA*, 318(12), 1182–1184. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.12141>.
 81. Satterstrom, F. K., Kosmicki, J. A., Wang, J., Breen, M. S., De Rubeis, S., An, J., Peng, M., Collins, R., Grove, J., Klei, L., Stevens, C., Reichert, J., Mulhern, M. S., Artomov, M.,

- Gerges, S., Sheppard, B., Xu, X., Bhaduri, A., Norman, U., . . . Walters, R. K. (2020). Large-Scale Exome sequencing study implicates both developmental and functional changes in the neurobiology of autism. *Cell*, 180(3), 568-584.e23. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2019.12.036>
82. Schacter.D.L, GILBERT.D.T, Wegner.D.M, Nock.M.K (2020). Εισαγωγή στην Ψυχολογία. Εκδόσεις GUTENBERG. Δεύτερη Έκδοση.
 83. Schmidt.R.J ,Tancredi.D.J, Ozonoff.S, Hansen.R.L, Hartiala.J, Allayee.H, Schmidt.L.C, Tassone.F, Hertz-Picciotto.I.F (2012). Maternal periconceptional folic acid intake and risk of autism spectrum disorders and developmental delay in the CHARGE (CHildhood Autism Risks from Genetics and Environment) case-control study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 96(1), 80–89. <https://doi.org/10.3945/ajcn.110.004416>.
 84. Seebeck.J, Sznajder.K.K, Kjerulff.K.H. (2023). The association between prenatal psychosocial factors and autism spectrum disorder in offspring at 3 years: a prospective cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 59(9), 1639–1649. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02538-5>.
 85. Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921–929. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318179964f>.
 86. Squarcione, C., Torti, M. C., Di Fabio, F., & Biondi, M. (2013). 22q11 deletion syndrome: A review of the neuropsychiatric features and their neurobiological basis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1873–1884. <https://doi.org/10.2147/ndt.s52188>.
 87. Tassé.M.J.(2020). Adaptive Behavior. The Ohio State University Nisonger Center. *ResearchGate*. <https://www.researchgate.net/publication/314281841>.
 88. Taylor, M. J., Martin, J., Lu, Y., Brikell, I., Lundström, S., Larsson, H., ... & Lichtenstein, P.(2018). Association of genetic risk factors for psychiatric disorders and traits of these disorders in a Swedish population twin sample. *JAMA Psychiatry*, 76(3), 280-289. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3652>.
 89. Taylor.L.E, Swerdfeger.A.L, Eslick.G.D (2014). Vaccines are not associated with autism: An evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies. *Vaccine*, 32(29), 3623–3629. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.04.085>.
 90. Thomas, A., & Chess, S. (1983). Temperament and development. New York: Brunner/Mazel.
 91. Tick, B., Bolton, P., Happé, F., Rutter, M., & Rijdsdijk, F. (2016). Heritability of autism spectrum disorders: A meta-analysis of twin studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 57(5), 585–595. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12499>.
 92. Tick.B ,Colvert.E , McEwen.F , Stewart.C , Woodhouse.E , Gillan.N, Hallett.V , Lietz.S , Garnett.T , Simonoff.E , Ronald.A, Bolton.P., Happe.F, Rijdsdijk.F (2016). Autism Spectrum Disorders and Other Mental Health Problems: Exploring Etiological Overlaps and Phenotypic Causal Associations. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(2), 106-13.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.11.013>.
 93. Tuchman, R., & Rapin, I. (2002). Epilepsy in autism. *The Lancet Neurology*, 1(6), 352–358. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(02\)00160-6](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(02)00160-6).
 94. Valderas, J., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C., & Roland, M. (2009). Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services. *The Annals of Family Medicine* , 7(4), 357–363. <https://doi.org/10.1370/afm.983>

95. Volk.H.E, Lurmann.F, Penfold.B, Picciotto.I.H, McConnell.R (2013). Traffic-related air pollution, particulate matter, and autism. *JAMA Psychiatry*, 70(1), 71-77. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.266>.
96. Volkmar.F.R, Rutter.M. (1995). Childhood Disintegrative Disorder: Results of the DSM-IV Autism Field Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(8), 1092–1095. <https://doi.org/10.1097/00004583-199508000-00020>
97. Volpe, J. J. (2009). Brain injury in premature infants: A complex amalgam of destructive and developmental disturbances. *The Lancet Neurology*, 8(1), 110–124. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70294-1](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70294-1).
98. Walker, D. R., Thompson, A., Zwaigenbaum, L., Goldberg, J., Bryson, S. E., Mahoney, W. J., Strawbridge, C. P., & Szatmari, P. (2004). Specifying PDD-NOS: A comparison of PDD-NOS, Asperger syndrome, and autism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(2), 172–180. <https://doi.org/10.1097/00004583-200402000-00012>
99. Wang.C, Geng.H, Liu.W, Zhang.G (2017). Prenatal, perinatal, and postnatal factors associated with autism: A meta-analysis. *Medicin*, 96(18):e6696. [10.1097/MD.00000000000006696](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000006696)
100. Wang.L , Wang.B, Wu.C, Wang.J , Sun.M. (2023). Autism Spectrum Disorder: Neurodevelopmental Risk Factors, Biological Mechanism, and Precision Therapy. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(3), 1819. <https://doi.org/10.3390/ijms24031819>.
101. Wing.L., & Gould,J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children Epidemiology and classification. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 9(1), 11-29.
102. World Health Organization. (2022). International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11).
103. World Health Organization: WHO. (2024, October 10). *Mental health of adolescents*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
104. Yap, M. B. H., Pilkington, P. D., Ryan, S. M., & Jorm, A. F. (2014). Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 156, 8–23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.007>.
105. Yates.K, & Couteur.A. (2016). Diagnosing autism/autism spectrum disorders. *Paediatrics and Child Health*, 26(12), 513–518. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2016.08.004>.
106. Zeidan.J, Fombonne.E, Scora.H, Ibrahim.A, Durkin.M.S., Saxena.S., Yusuf.A., Shih.A., Elsabbagh.M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research*, 15(5), 778–790. <https://doi.org/10.1002/aur.2696>
107. Βογινδρούκας.Ι, Φρανσίσ.Κ., & Καραντάνος.Γ. (2023). *Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος. Κλινικά και Εκπαιδευτικά Θέματα*. Αφοί Κυριακίδη Εκδόσεις Α.Ε.
108. Γεωργιάδης,Μ.(2022). *Παιδιά και Έφηβοι με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος. Σύγχρονα Ερευνητικά Δεδομένα και Θεραπευτικές Παρεμβάσεις*. Εκδόσεις Παπαζήση.
109. Ιεροδιακόνου,Χ.Σ. (1991). *Ψυχικά Προβλήματα στα Παιδιά*. Εκδ. Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη.

110. Μπαλτά.Γ, & Παπαρρηγόπουλος.Θ (2010). *Συννοσηρότητα Άγχους και Κατάθλιψης. Διαγνωστικά Προβλήματα και Θεραπευτική Αντιμετώπιση*. 1η Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο.
111. Μπαρμπούνη Α., & Βαβανού Κ. (2023). *Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος(Δ.Φ.Α). Ένας σύγχρονος, ολοκληρωμένος οδηγός για επαγγελματίες, εκπαιδευτικούς και γονείς*. Εκδόσεις NEON.
112. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. (2019). *Διεθνής ταξινόμηση ασθενειών* (11η αναθ.) . <https://icd.who.int/>
113. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. (2022). *Παγκόσμια έκθεση ψυχικής υγείας: Μετασχηματίζοντας την ψυχική υγεία για όλους* . <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>.
114. Παπαγεωργίου.Β.Α (2005). *Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων*. University Studio Press.