



Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

Θέμα: «Ψυχοπαθολογία ατόμων με Διαταραχή
Νοητικής Υστέρησης και Διάχυτες Αναπτυξιακές
Διαταραχές: Μία ολοκληρωμένη παρέμβαση»

Βασίλαρου Χρυσάνθη (Α.Μ. 17059)

Παπαϊωάννου Μαρία – Ζωή (Α.Μ. 17158)

Επιβλέπων Καθηγητής: Χριστοδουλίδης Πάυλος

ΙΩΑΝΝΙΝΑ ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2019



Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

Θέμα: «Ψυχοπαθολογία ατόμων με Διαταραχή
Νοητικής Υστέρησης και Διάχυτες Αναπτυξιακές
Διαταραχές: Μία ολοκληρωμένη παρέμβαση»

Βασίλαρου Χρυσάνθη (Α.Μ. 17059)

Παπαϊωάννου Μαρία – Ζωή (Α.Μ. 17158)

Επιβλέπων Καθηγητής: Χριστοδουλίδης Πάυλος

ΙΩΑΝΝΙΝΑ ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2019

Psychopathology of individuals with Intellectual Disability and
Autism Spectrum Disorders: A complete intervention

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή

Ιωάννινα, Σεπτέμβριος 2019

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1. Επιβλέπων καθηγητής
Χριστοδουλίδης Παύλος,
Ακαδημαϊκός υπότροφος

2. Μέλος επιτροπής
Νούσια Αναστασία,
Ακαδημαϊκός υπότροφος

3. Μέλος επιτροπής
Σιαφάκα Βασιλική,
Επίκουρος Καθηγήτρια, Ψυχολογία της Υγείας

© Βασίλαρου Χρυσάνθη, Παπαϊωάννου Μαρία - Ζωή

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Πνευματικά Δικαιώματα

Δηλώνουμε υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι εξ ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μας ερευνητικής εργασίας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους μορφής και προέλευσης) για την συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Βασίλαρου Χρυσάνθη, Παπαϊωάννου Μαρία – Ζωή

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής εργασίας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους συνέβαλλαν στην διεκπεραίωσή της. Πιο συγκεκριμένα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον κύριο Χριστοδουλίδη για την άψογη συνεργασία μας, καθώς και τη βοήθεια και την καθοδήγηση που μας προσέφερε. Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειές μας για την πολύτιμη στήριξη και αγάπη τους.

Περίληψη

Η συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία διαπραγματεύεται την ψυχοπαθολογία των ατόμων με νοητική υστέρηση και των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα, αναλύονται οι κατηγορίες των ψυχικών διαταραχών, η διαταραχή της νοητικής υστέρησης και των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών αντίστοιχα, καθώς και τα είδη των ψυχικών διαταραχών που συνυπάρχουν με τις δύο αυτές διαταραχές. Τέλος, παρουσιάζονται στοιχεία σχετικά με τη συννοσηρότητα και τη διαφοροδιάγνωση της νοητικής υστέρησης και των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού. Η εργασία αποτελείται από έξι κεφάλαια.

Αρχικά στο πρώτο κεφάλαιο, αναλύονται τα είδη των ψυχικών διαταραχών. Πιο συγκεκριμένα αναλύονται όλες οι παράμετροι των διαταραχών άγχους, της διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες, της διαταραχής μετά από οξύ στρες, της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, των διαταραχών της διάθεσης, των διαταραχών πρόσληψης τροφής, της σχιζοφρένειας, των ψυχωτικών διαταραχών, των διαταραχών προσωπικότητας και τέλος των διασπαστικών διαταραχών συμπεριφοράς.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, περιγράφεται αναλυτικά η διαταραχή της νοητικής υστέρησης και η ταξινόμησή της καθώς και τα κριτήρια που οδηγούν στη διάγνωσή της. Στη συνέχεια, παρατίθενται τα κλινικά χαρακτηριστικά, τα αίτια εκδήλωσης της διαταραχής, η επιδημιολογία, η αξιολόγηση, οι θεραπευτικές προσεγγίσεις καθώς και οι τρόποι πρόληψης της νοητικής υστέρησης.

Το τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με τη συννοσηρότητα των ψυχικών διαταραχών και της νοητικής υστέρησης. Στη συνέχεια, αναλύονται οι τρόποι αξιολόγησης και διάγνωσης των ψυχιατρικών διαταραχών στη νοητική υστέρηση, οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της συννοσηρότητας αυτής, καθώς και στοιχεία για τα άτομα που λαμβάνουν διπλή διάγνωση και πληροφορίες για τη διαφοροδιάγνωση της νοητικής υστέρησης με άλλες νευροαναπτυξιακές διαταραχές.

Στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφονται αναλυτικά οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, τα κριτήρια που οδηγούν στη διάγνωση τους, τα πιθανά αίτια εκδήλωσης και η επιδημιολογία των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού. Επιπλέον, περιγράφονται τα κριτήρια που οδηγούν στην πρόωμη διάγνωση της διαταραχής, τα κλινικά χαρακτηριστικά των ατόμων που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού και οι κατηγορίες των διάχυτων αναπτυξιακών

διαταραχών. Τέλος, παρατίθενται στοιχεία ως προς την αξιολόγηση, τη διάγνωση, την εκπαίδευση και τη θεραπεία των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές.

Το πέμπτο κεφάλαιο περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με τη συννοσηρότητα των ψυχικών διαταραχών και των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών. Συγκεκριμένα, καταγράφονται δεδομένα σχετικά με την αξιολόγηση, τη θεραπεία, τα αίτια, τη διαφοροδιάγνωση και τα επιδημιολογικά στοιχεία που αφορούν τη συννοσηρότητα των διαταραχών αυτών καθώς και στοιχεία που αφορούν τη συσχέτιση των συναισθημάτων και των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών.

Στο έκτο και τελευταίο κεφάλαιο αναφέρεται η συσχέτιση μεταξύ της νοητικής υστέρησης και των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών ως προς τη διαφοροδιάγνωση και τη συννοσηρότητα των διαταραχών αυτών.

Λέξεις – Κλειδιά: Ψυχοπαθολογία, Νοητική Υστέρηση, Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές, Συννοσηρότητα, Διαφοροδιάγνωση

Abstract

This particular diploma thesis deals with the psychopathology of individuals with intellectual disability and autism spectrum disorders correspondingly. More specifically, the categories of mental disorders, as well as the concepts of intellectual disability and autism spectrum disorders are analyzed, along with the types of mental disorders that can co – exist with these two conditions. Finally, data concerning the comorbidity and the differential diagnosis of intellectual disability and autism spectrum disorders are presented. This thesis consists of six chapters.

In the first chapter, the kinds of mental disorders are analyzed. Detailed information about all sorts of parameters of anxiety disorders, posttraumatic stress disorder, acute stress disorder, obsessive compulsive disorder, mood disorders, eating disorders, schizophrenia, psychotic disorders, personality disorders and behavior disorders are documented.

Second chapter, includes an analytic description of intellectual disability, its classification, along with criteria leading to the diagnosis of the disorder. Additionally, the clinical characteristics of intellectual disability are listed, as well as the etiology of the disorder, its epidemiology, assessment and therapeutic methods and ways of preventing its manifestation.

The third chapter refers to the comorbidity among individuals with intellectual disability. Assessment methods and diagnostic instruments for the identification of mental disorders that can co – occur with intellectual disability, as well as therapeutic approaches that can be used for the treatment of such a comorbidity are listed, along with data concerning individuals that receive a dual diagnosis and finally, information about the differential diagnosis of intellectual disability with other neurodevelopmental disorders.

In the fourth chapter, autism spectrum disorders are described analytically, in terms of diagnostic criteria, possible causes and epidemiology. Furthermore, the criteria that can lead to an early diagnosis, the clinical characteristics of individuals with autism and the categories of autism spectrum disorders are described. Information concerning the assessment, diagnosis, educational methods and treatment of individuals that fall into the autism spectrum are also documented.

Fifth chapter consists of data related to the comorbidity of psychiatric disorders with autism spectrum disorders. Specifically, information concerning the assessment, the

therapeutic methods, the etiology, the differential diagnosis, as well as epidemiological data concerning the comorbidity of these disorders, is documented. In addition, information about the correlation of emotions and autism spectrum disorders are given.

The sixth and last chapter of this thesis refers to the relationship between intellectual disability and autism spectrum disorders, in terms of differential diagnosis and comorbidity among these two conditions.

Key – Words: Psychopathology, Intellectual Disability, Autism Spectrum Disorders, Comorbidity, Differential Diagnosis

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	1
Περίληψη	2
Abstract	4
Κατάλογος Πινάκων	17
Εισαγωγή	18
1. Ψυχοπαθολογία.....	20
1.1 Εισαγωγή	20
1.2 Αγχώδεις διαταραχές ή διαταραχές άγχους	21
1.3 Τύποι Διαταραχών Άγχους	22
1.3.1 Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή.....	22
1.3.2 Διαταραχή Πανικού.....	22
1.3.3 Φοβίες, Ειδική Φοβία.....	24
1.3.4 Αγοραφοβία.....	24
1.3.5 Κοινωνική Αγχώδης Διαταραχή (Κοινωνική Φοβία)	25
1.3.6 Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού.....	25
1.4 Παράγοντες Επικινδυνότητας Εμφάνισης Διαταραχών Άγχους	26
1.5 Διάγνωση και Θεραπεία των Διαταραχών Άγχους.....	26
1.6 Διαταραχή μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες.....	26
1.6.1 Θεραπεία Διαταραχής Μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες.....	27
1.7 Διαταραχή από Οξύ Στρες	28
1.7.1 Θεραπεία Διαταραχής από Οξύ Στρες	28

1.8	Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή	28
1.8.1	Θεραπεία Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής.....	29
1.9	Διαταραχές της Διάθεσης	29
1.10	Καταθλιπτικές Διαταραχές	29
1.10.1	Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή (Κατάθλιψη).....	29
1.10.2	Δυσθυμική Διαταραχή	30
1.11	Διπολικές Διαταραχές.....	31
1.11.1	Διπολική I Διαταραχή	32
1.11.2	Διπολική II Διαταραχή.....	33
1.11.3	Κυκλοθυμική Διαταραχή	34
1.12	Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής	34
1.12.1	Νευρική Ανορεξία.....	35
1.12.2	Νευρική Βουλιμία	35
1.12.3	Διαταραχή της Υπερφαγίας.....	36
1.13	Θεραπεία Διαταραχών Πρόσληψης της Τροφής	37
1.14	Ψυχωτικές Διαταραχές.....	38
1.14.1	Σχιζοφρένεια	38
1.15	Διαταραχές της Προσωπικότητας.....	40
1.15.1	Κατηγορία Α: παράξενοι/εκκεντρικοί ασθενείς.....	41
1.15.2	Κατηγορία Β: δραματικοί/ασταθείς ασθενείς	41
1.15.3	Κατηγορία Γ: αγχώδεις/φοβισμένοι ασθενείς.....	42
1.16	Διαταραχές Διασπαστικής Συμπεριφοράς	44

1.16.1	Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή	44
1.16.2	Διαταραχή Διαγωγής.....	45
2.	Νοητική Υστέρηση.....	47
2.1	Ορισμοί Νοητικής Υστέρησης.....	47
2.2	Ταξινόμηση Νοητικής Υστέρησης	49
2.2.1	Επίπεδα Νοητικής Υστέρησης	49
2.2.2	Ταξινόμηση με βάση τον Δείκτη Νοημοσύνης (IQ).....	49
2.2.3	Ταξινόμηση Νοητικής Υστέρησης με βάση την ικανότητα μάθησης	50
2.2.4	Ταξινόμηση του DSM - 5.....	51
2.3	Διαγνωστικά Κριτήρια Νοητικής Υστέρησης	52
2.4	Χαρακτηριστικά ατόμων με Νοητική Υστέρηση	53
2.5	Αιτιολογία Νοητικής Υστέρησης	54
2.5.1	Γενετικά αίτια.....	54
	Βιοϊατρικά αίτια	54
2.5.2	Περιβαλλοντικά Αίτια.....	55
	Κοινωνικά αίτια	55
2.6	Επιδημιολογία Νοητικής Υστέρησης	62
2.7	Αξιολόγηση και Διάγνωση Νοητικής Υστέρησης.....	62
2.7.1	Τεστ Νοημοσύνης	63
2.7.2	Κλίμακες Αξιολόγησης της Προσαρμοστικής Συμπεριφοράς.....	66
2.8	Αντιμετώπιση Νοητικής Υστέρησης	68
2.8.1	Τρόποι Θεραπείας στη Νοητική Υστέρηση	69

2.8.2 Θεραπευτικές Επιλογές	70
2.9 Πρόληψη Νοητικής Υστέρησης	76
3. Ψυχοπαθολογία Ατόμων με Νοητική Υστέρηση	78
3.1 Εισαγωγή	78
3.2 Συννοσηρότητα Ψυχικών Διαταραχών και Νοητικής Υστέρησης	78
3.2.1 Επιδημιολογία	78
3.3 Αιτιολογία Συννοσηρότητας Ψυχικών Διαταραχών και Νοητικής Υστέρησης	80
3.3.1 Ελλείμματα Κοινωνικών Δεξιοτήτων	80
3.3.2 Προκλητική Συμπεριφορά και Κοινωνικές Δεξιότητες	81
3.3.3 Προβλήματα Συμπεριφοράς σε άτομα με Νοητική Υστέρηση και Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές.....	81
3.4 Ψυχιατρικές Διαταραχές και Νοητική Υστέρηση	83
3.4.1 Αγχώδεις Διαταραχές ή Διαταραχές Άγχους	84
3.4.2 Διαταραχές Διασπαστικής Συμπεριφοράς	85
3.4.3 Διαταραχές της Διάθεσης (Καταθλιπτικές Διαταραχές)	86
3.4.4 Ψυχωτικές Διαταραχές.....	87
3.5 Γενετικοί Παράγοντες που σχετίζονται με την Συνύπαρξη Ψυχιατρικών Διαταραχών και Νοητικής Υστέρησης.....	88
3.5.1 Σύνδρομο Down.....	88
3.5.2 Σύνδρομο Prader – Willi	89
3.6 Αξιολόγηση και Διάγνωση Ψυχιατρικών Διαταραχών στη Νοητική Υστέρηση	90
3.6.1 Κλίμακες Αξιολόγησης	92

3.6.2 Λειτουργικής Συμπεριφορικής Αξιολόγησης (Functional Behavioral Assessment - FBA)	94
3.6.3 Συμπεράσματα για τα Εργαλεία Αξιολόγησης των Ψυχιατρικών Διαταραχών στην Νοητική Υστέρηση.....	94
3.7 Θεραπευτικές Προσεγγίσεις Ψυχιατρικών Διαταραχών στη Νοητική Υστέρηση	94
3.8 Βασικές Θεραπευτικές Προσεγγίσεις	95
3.8.1 Φαρμακοθεραπεία:.....	95
3.8.2 Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις:	96
3.8.3 Συμπεράσματα Θεραπευτικών Προσεγγίσεων των Ψυχιατρικών Διαταραχών στην Νοητική Υστέρηση.....	97
3.9 Διπλή Διάγνωση.....	98
3.9.1 Νοητική Υστέρηση και Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές.....	98
3.9.2 Νοητική Υστέρηση και Αγχώδεις Διαταραχές	99
3.9.3 Άτομα με Νοητική Υστέρηση και Κατάθλιψη	99
3.10 Διαφοροδιάγνωση Νοητικής Υστέρησης με άλλες Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές	99
4. Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές.....	103
4.1 Ορισμοί Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών	103
4.2 Θεωρία του Νου.....	104
4.3 Υπότυποι Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών.....	105
4.3.1 Σύνδρομο Asperger	105
4.3.2 Διαταραχή Rett.....	106

4.3.3 Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή	107
4.3.4 Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή - Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς	107
4.4 Πρώιμη Διάγνωση Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών	108
4.4.1 Ηλικία Έναρξης και Πρώιμα Σημάδια	108
4.5 Διαγνωστικά Κριτήρια Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών DSM - 5.....	109
4.6 Κλινικά Χαρακτηριστικά Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών.....	110
4.6.1 Κοινωνική Αλληλεπίδραση και Κοινωνική Γνώση	111
4.6.2 Επικοινωνία και Γλωσσική Εξέλιξη	111
4.6.3 Εξωλεκτική Επικοινωνία	112
4.6.4 Αισθήσεις	112
4.6.5 Αντίληψη- Σκέψη- Προσοχή.....	113
4.6.6 Παιχνίδι - Φαντασία	113
4.6.7 Κινητικότητα - Επαναληπτική και Στερεοτυπική Συμπεριφορά	113
4.6.8 Εμμονή για Διατήρηση της Ομοιότητας	114
4.6.9 Γνωστική Ανάπτυξη.....	114
4.6.10 Σπάνιες Μεμονωμένες Ικανότητες - Μνήμη.....	115
4.6.11 Σπάνιες Μεμονωμένες Ικανότητες - Μίμηση	115
4.7 Αιτιολογία Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών	116
4.7.1 Γενετικοί Παράγοντες	116
4.7.2 Γενετικοί και Περιβαλλοντικοί Παράγοντες.....	117
4.7.3 Βιολογικοί Παράγοντες.....	118
4.7.4 Έκθεση σε Τοξίνες και Φυτοφάρμακα.....	118

4.8	Επιδημιολογία Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών	119
4.9	Αξιολόγηση και Διάγνωση Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών	119
4.9.1	Διάγνωση Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών	119
4.9.2	Πρώιμη Διάγνωση Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών.....	119
4.9.3	Διαδικασία Διαλογής και Ελέγχου	120
4.9.4	Διαλογή και Διάγνωση των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών.....	121
4.9.5	Εργαλεία Διαλογής για τις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές.....	122
4.9.6	Σταθμισμένες Κλίμακες Αξιολόγησης των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών	122
4.9.7	Εργαλεία Διαλογής για μεγαλύτερα παιδιά	125
4.10	Εκπαίδευση ατόμων με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές.....	127
4.10.1	Αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών (ΑΠΣ).....	127
	Διδακτική Μεθοδολογία	127
4.10.2	Εκπαιδευτική Συμπερίληψη Μαθητών με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές	130
4.10.3	Εκπαίδευση ατόμων με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές σε Ειδικές Θεραπευτικές Τάξεις.....	134
4.11	Θεραπευτικές Προσεγγίσεις Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών	135
4.11.1	Βιοχημικές θεραπείες, Φάρμακα, Βιταμίνες, Διατροφή	135
4.11.2	Εφαρμοσμένη Ανάλυση Συμπεριφοράς (Applied Behavior Analysis - ABA).....	136
4.11.3	Σύστημα Επικοινωνίας Μέσω Ανταλλαγής Εικόνων (Picture Exchange Communication System – PECS)	137

4.11.4 Μέθοδος Makaton	139
4.11.5 Εκπαίδευση του Αυτισμού και των Σχετιζόμενων Επικοινωνιακών Ελλειμμάτων (Training and Education of Autism and Related Communication Handicapped Children – TEACCH).....	140
4.11.6 Πρόγραμμα Κοινωνικής Επικοινωνίας και Ρύθμισης των Συναισθημάτων (Social Communication and Emotional Regulation – SCERTS).....	142
4.11.7 Λογοθεραπευτική Παρέμβαση.....	143
5. Ψυχοπαθολογία Ατόμων με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές.....	144
5.1 Εισαγωγή	144
5.1.1 Επιδημιολογικά Στοιχεία Συννοσηρότητας Ψυχιατρικών Διαταραχών και Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών.....	144
5.1.2 Αίτια εκδήλωσης Ψυχιατρικών Διαταραχών στα άτομα με Διάχυτες αναπτυξιακές Διαταραχές	144
5.1.3 Θεραπεία Ψυχιατρικών Διαταραχών στα άτομα με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές	145
5.2 Η συσχέτιση των Συναισθημάτων με τις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές	145
Ψυχιατρικές Διαταραχές στις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές	148
5.3 Αγχώδεις Διαταραχές.....	148
5.3.1 Είδη Διαταραχών Άγχους.....	148
5.3.2 Συμπτώματα Άγχους στις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές	149
5.3.3 Ετερογένεια Συμπτωμάτων των Διαταραχών Άγχους στις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές.....	150
5.3.4 Αιτιολογία Εκδήλωσης Άγχους στις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές	151

5.3.5 Αξιολόγηση των Διαταραχών Άγχους στις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές	157
5.3.6 Θεραπευτικές Προσεγγίσεις.....	158
5.3.7 Συννοσηρότητα Διαταραχών Άγχους και Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών	159
5.3.8 Διαφοροδιάγνωση ανάμεσα στις Αγχώδεις Διαταραχές και τις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές.....	160
5.4 Διαταραχές της Διάθεσης	162
5.4.1 Συννοσηρότητα Διαταραχών Διάθεσης και Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών	162
5.4.2 Διαφοροδιάγνωση Διαταραχών Διάθεσης και Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών	163
5.5 Ψυχωτικές και Διάχυτες αναπτυξιακές Διαταραχές	165
5.5.1 Κοινή Αιτιολογία Σχιζοφρένειας και Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών ..	165
5.5.2 Συννοσηρότητα Ψυχωτικών Διαταραχών και Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών	166
5.5.3 Διαφοροδιάγνωση Ψυχωτικών Διαταραχών και Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών	168
5.5.4 Αλληλεπικαλυπτόμενα Συμπτώματα των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών και των Ψυχωτικών Διαταραχών – Σχιζοφρένειας	172
5.6 Διαταραχές της Συμπεριφοράς	172
5.6.1 Αξιολόγηση Συμπεριφοράς.....	173
5.6.2 Θεραπευτικές Προσεγγίσεις.....	175

5.6.3 Συννοσηρότητα Διαταραχών της Συμπεριφοράς και Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών	176
5.6.4 Διαφοροδιάγνωση Διαταραχών της Συμπεριφοράς και Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών	176
5.7 Διαταραχές της Προσωπικότητας.....	177
5.7.1 Διαφοροδιάγνωση Διαταραχών Προσωπικότητας και Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών	177
5.8 Διαταραχές που σχετίζονται με κάποιο Τραυματικό Γεγονός: Διαταραχή μετά από Ψυχοτραυματικό στρες και Διαταραχές Προσαρμοστικότητας	179
5.8.1 Διαφοροδιάγνωση Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών και Διαταραχών που σχετίζονται με κάποιο Τραυματικό Γεγονός.....	181
5.8.2 Συννοσηρότητα Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών και Διαταραχών που σχετίζονται με κάποιο Τραυματικό Γεγονός.....	183
5.8.3 Διαταραχές Προσκόλλησης	184
5.8.4 Διαφοροδιάγνωση Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών και Διαταραχών Προσκόλλησης	186
5.8.5 Συννοσηρότητα Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών και Διαταραχών Προσκόλλησης	187
5.8.6 Διαφοροδιάγνωση και Διάγνωση Συννοσηρότητας των Διαταραχών Προσκόλλησης και των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών σε Παιδιά Νηπιακής Ηλικίας	189
6. Νοητική Υστέρηση και Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές.....	191
6.1 Εισαγωγή	191

6.2 Διαφοροδιάγνωση Νοητικής Υστέρησης και Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών	191
6.3 Συννοσηρότητα Νοητικής Υστέρησης και Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών	192
Βιβλιογραφία	195
Ελληνική Βιβλιογραφία	195
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία	196
Πηγές από το Διαδίκτυο	211

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 2.1 Ορισμένες Προγεννητικές καταστάσεις που σχετίζονται με τη Νοητική Καθυστέρηση σ. 58

Πίνακας 5.5 Αλληλεπικαλυπτόμενα Συμπτώματα των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών και των Ψυχωτικών Διαταραχών – Σχιζοφρένειας σ. 172

Εισαγωγή

Η νοητική υστέρηση καθώς και οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές εντάσσονται στις νευροαναπτυξιακές διαταραχές και χαρακτηρίζονται τόσο η μία όσο και η άλλη από κοινωνικά και επικοινωνιακά ελλείμματα, που δυσχεραίνουν την καθημερινή ζωή του ατόμου. Η νοητική υστέρηση χαρακτηρίζεται από ποικίλα νοητικά ελλείμματα ο βαθμός σοβαρότητας των οποίων εξαρτάται από το επίπεδο της νοητικής δυσλειτουργίας του ατόμου, καθορίζοντας έτσι το βαθμό σοβαρότητας της διαταραχής. Οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές αντίστοιχα, αποτελούν ένα ευρύ φάσμα διαταραχών στις οποίες παρουσιάζονται σημαντικά κοινωνικά, επικοινωνιακά και γνωστικά ελλείμματα καθώς και στερεοτυπικά επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, ο βαθμός σοβαρότητας των οποίων καθορίζει τον τύπο της διαταραχής που εκδηλώνεται στο άτομο.

Σύμφωνα με βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις η συννοσηρότητα των ψυχιατρικών διαταραχών με τη νοητική υστέρηση και τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές αντίστοιχα παρουσιάζει σημαντικό ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια. Πιο συγκεκριμένα, οι ερευνητές έχουν μελετήσει τα περισσότερα από τα είδη των ψυχικών διαταραχών που μπορεί να εκδηλωθούν στα άτομα με τις δύο νευροαναπτυξιακές διαταραχές που αναφέρθηκαν, καθώς και τις παραμέτρους που σχετίζονται με αυτές. Όσον αφορά τα παιδιά και τους εφήβους με νοητική υστέρηση έχει υπολογιστεί πως ένα ποσοστό 30% – 50% παρουσιάζουν τη συνεκδήλωση μίας ψυχικής διαταραχής συγκριτικά με το ποσοστό της τάξης του 8% – 18% των παιδιών που δεν παρουσιάζουν νοητική υστέρηση, αλλά εκδηλώνουν κάποια ψυχιατρική διαταραχή. Μερικές από τις πλέον συχνά εκδηλωνόμενες ψυχικές διαταραχές που συνυπάρχουν με την νοητική υστέρηση είναι οι αγχώδεις διαταραχές, η κατάθλιψη, οι διαταραχές της συμπεριφοράς και οι ψυχωτικές διαταραχές. Έχει υπολογιστεί πως το 70% των ατόμων που εμπίπτει στο φάσμα του αυτισμού παρουσιάζει κριτήρια εκδήλωσης τουλάχιστον μίας ψυχικής διαταραχής και το 41% των ατόμων αυτών πληροί τα κριτήρια για εμφάνιση τουλάχιστον δύο ψυχικών διαταραχών. Οι διαταραχές άγχους και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή αποτελούν τις επικρατούσες συνυφασμένες ψυχικές διαταραχές με το φάσμα του αυτισμού.

Λαμβάνοντας υπ' όψη όλα τα παραπάνω, η αξιολόγηση και η διάγνωση της πιθανής συνεκδήλωσης ψυχικών διαταραχών στα άτομα με νοητική υστέρηση και διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές αντίστοιχα μπορεί να συνεισφέρει στην πολύπλευρη και εξατομικευμένη θεραπευτική προσέγγιση των δυσκολιών, που δεν σχετίζονται μόνο με τα ελλείμματα των νευροαναπτυξιακών αυτών διαταραχών, αλλά και με τα συμπτώματα που

εκδηλώνονται όταν τα άτομα αυτά παρουσιάζουν κάποιο είδος ψυχοπαθολογίας. Στόχος των θεραπευτικών παρεμβάσεων είναι η βελτίωση των κοινωνικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων καθώς και των δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης του ατόμου και ο περιορισμός της δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς.

1. Ψυχοπαθολογία

1.1 Εισαγωγή

Η ψυχοπαθολογία είναι ένας πολύ σημαντικός κλάδος της ψυχολογίας, ο οποίος ασχολείται με τη φύση, την εμφάνιση και τη θεραπεία των διάφορων ψυχικών διαταραχών (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010).

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε το πως έχουν αλλάξει οι έννοιες και ο τρόπος προσέγγισης της ψυχοπαθολογίας με το πέρασμα του χρόνου, έτσι ώστε να αποφύγουμε λάθη του παρελθόντος και να κατανοήσουμε πως μπορεί να υπάρξουν και άλλες αλλαγές στο μέλλον. Η ψυχοπαθολογία μελετά επίσης, τις αιτίες που μπορεί να προκαλέσουν στα άτομα ψυχικές διαταραχές. Διαφορετικές ερμηνείες δόθηκαν σε διάφορες χρονολογικές περιόδους, όπως υπερφυσικές, βιολογικές και ψυχολογικές αιτιολογίες (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010).

Οι κατηγορίες των ψυχικών διαταραχών είναι οι εξής:

- Αγχώδεις Διαταραχές ή Διαταραχές Άγχους
- Σωματόμορφες Διαταραχές και Διασχιστικές Διαταραχές
- Διαταραχές της Διάθεσης
- Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής
- Διαταραχές που Σχετίζονται με Ουσίες
- Σχιζοφρένεια
- Διαταραχές της Προσωπικότητας
- Σεξουαλικές Διαταραχές και Διαταραχές της Ταυτότητας Φύλου
- Διαταραχές Διασπαστικής Συμπεριφοράς

Παρακάτω θα αναλυθούν οι Αγχώδεις Διαταραχές, οι Διαταραχές της Διάθεσης, οι Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής, η Σχιζοφρένεια, οι Διαταραχές της Προσωπικότητας και οι Διαταραχές Διασπαστικής Συμπεριφοράς, οι οποίες έχει αποδειχθεί πως εκτός από το γενικό πληθυσμό μπορεί να εκδηλωθούν και σε άτομα με Νοητική Υστέρηση και Αυτισμό.

1.2 Αγχώδεις διαταραχές ή διαταραχές άγχους

Το άγχος είναι μια φυσιολογική αντίδραση στο στρες και μπορεί να αποδειχθεί ωφέλιμο σε ορισμένες περιπτώσεις. Μπορεί να μας ειδοποιήσει για πιθανούς κινδύνους και να μας βοηθήσει να προετοιμαστούμε και να είμαστε προσεκτικοί. Το άγχος όμως που είναι δυσανάλογο με την κατάσταση στην οποία βρίσκεται το άτομο είναι δυσπροσαρμοστικό και εκδηλώνεται μέσα από τις αγχώδεις διαταραχές. Οι αγχώδεις διαταραχές διαφέρουν από τα φυσιολογικά αισθήματα νευρικότητας και άγχους και περιλαμβάνουν την εκδήλωση υπερβολικού φόβου ή άγχους. Οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι πιο κοινές ψυχικές διαταραχές και επηρεάζουν σχεδόν 30% των ενηλίκων σε κάποιο σημείο της ζωής τους. Ένας ικανοποιητικός αριθμός αποτελεσματικών θεραπειών για τις αγχώδεις διαταραχές είναι διαθέσιμος και αυτές οι θεραπευτικές παρεμβάσεις βοηθούν τα περισσότερα άτομα να ζήσουν μια φυσιολογική και παραγωγική ζωή (Schacter, Gilbert & Wegner, 2012; Parekh, 2017a).

Το άγχος αναφέρεται στην προσδοκία μιας μελλοντικής ανησυχίας και σχετίζεται περισσότερο με τη μυϊκή ένταση και την αποφευκτική συμπεριφορά. Ο φόβος από την άλλη, είναι μια συναισθηματική απόκριση σε μια άμεση απειλή και συνδέεται περισσότερο με μια αντίδραση «το βάζω στα πόδια ή μένω και αγωνίζομαι», δηλαδή το άτομο ή μένει και αντιμετωπίζει το φόβο του ή φεύγει για να διαφύγει τον κίνδυνο (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010; Parekh, 2017a).

Οι αγχώδεις διαταραχές μπορεί να κάνουν τα άτομα να αποφεύγουν καταστάσεις οι οποίες προκαλούν ή επιδεινώνουν τα συμπτώματά τους. Η εργασιακή απόδοση, η σχολική δουλειά και οι προσωπικές σχέσεις μπορεί να επηρεαστούν (Parekh, 2017a).

Γενικά για να τεθεί η διάγνωση μιας αγχώδους διαταραχής, ο φόβος ή το άγχος θα πρέπει:

- Να είναι υπερβολικό για την κατάσταση ή ακατάλληλο για την ηλικία του ατόμου
- Να εμποδίζει την ικανότητα του ατόμου να λειτουργήσει φυσιολογικά

(Parekh, 2017a).

Κύρια χαρακτηριστικά των διαταραχών άγχους είναι το υπερβολικά υψηλό ή συχνό άγχος καθώς και το αίσθημα φόβου, όμως κάθε διαταραχή παρουσιάζει διαφορετικά σύνολα συμπτωμάτων (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010).

1.3 Τύποι Διαταραχών Άγχους

Οι τύποι των διαταραχών άγχους είναι οι εξής:

- Η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
- Η Διαταραχή Πανικού
- Οι Ειδικές Φοβίες
- Η Αγοραφοβία
- Η Κοινωνική Αγχώδης Διαταραχή (Κοινωνική Φοβία)
- Η Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού

(Parekh, 2017a).

1.3.1 Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή περιλαμβάνει την επίμονη και υπερβολική ανησυχία η οποία επεμβαίνει στις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου. Αυτή η συνεχής ανησυχία και η ένταση μπορεί να συνοδεύονται από σωματικά συμπτώματα όπως η ταραχή, το αίσθημα νευρικότητας ή εύκολης κόπωσης, δυσκολία στη συγκέντρωση, μυϊκή ένταση ή προβλήματα ύπνου (Parekh, 2017a).

Σύμφωνα με την American Psychiatric Association (2013), όπως αναφέρουν οι Kroncke, Willard και Huckabee, το άτομο θα πρέπει να παρουσιάζει σημαντική αδυναμία ελέγχου του άγχους που τον διακατέχει και πρέπει να χαρακτηρίζεται από τουλάχιστον ένα κλινικό χαρακτηριστικό στα παιδιά και τρία στους ενήλικες. Τα κλινικά αυτά χαρακτηριστικά είναι το άγχος, η κούραση, η δυσκολία συγκέντρωσης, η ευερεθιστότητα, οι διαταραχές ύπνου και η μυϊκή ένταση (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Συχνά οι ανησυχίες εστιάζουν σε καθημερινά πράγματα όπως επαγγελματικές ευθύνες, οικογενειακή υγεία ή σε ασήμαντα θέματα όπως οι δουλειές του σπιτιού, η επισκευή του αυτοκινήτου ή τα ραντεβού (Parekh, 2017a).

1.3.2 Διαταραχή Πανικού

Το βασικό σύμπτωμα της διαταραχής πανικού είναι οι επαναλαμβανόμενες κρίσεις πανικού, ένας αφόρητος συνδυασμός σωματικής και ψυχολογικής δυσφορίας. Κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου ορισμένα από τα παρακάτω συμπτώματα εμφανίζονται σε συνδυασμό:

- Αίσθημα γρήγορων και δυνατών παλμών, καρδιά που σφυροκοπά ή γρήγορος καρδιακός παλμός
- Εφίδρωση
- Τρόμος ή τρέμουλο
- Αίσθημα δυσκολίας κατά την αναπνοή ή αίσθηση ασφυξίας
- Πόνος στο στήθος
- Αίσθημα ιλίγγου, ζάλης ή λιποθυμίας
- Αίσθημα πνιγμονής
- Μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα
- Ρίγος ή αίσθημα υπερβολικής ζέστης
- Ναυτία ή κοιλιακοί πόνοι
- Αποπροσωποποίηση (το άτομο αισθάνεται πως βρίσκεται έξω από το σώμα του)
- Αποπραγματοποίηση (το άτομο αισθάνεται πως ο κόσμος δεν είναι πραγματικός)
- Φόβος πως το άτομο θα χάσει τον έλεγχο
- Φόβος θανάτου

(Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010; Parekh, 2017a).

Επειδή τα συμπτώματα είναι τόσο σοβαρά, πολλά άτομα που βιώνουν μια διαταραχή πανικού μπορεί να πιστεύουν πως παθαίνουν καρδιακή προσβολή ή κάποια άλλη ασθένεια απειλητική για τη ζωή και μπορεί να πάνε στα επείγοντα ενός νοσοκομείου. Οι κρίσεις πανικού μπορεί να είναι αναμενόμενες, όπως αντίδραση σε ένα αντικείμενο που προκαλεί στο άτομο φόβο, ή απροσδόκητες, που προφανώς συμβαίνουν χωρίς λόγο. Ο μέσος όρος ηλικίας για την έναρξη της διαταραχής πανικού είναι τα 22 – 23 έτη. Οι κρίσεις πανικού μπορεί να εμφανιστούν μαζί με άλλες ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη ή η διαταραχή μετατραυματικού στρες (Parekh, 2017a).

Η διαταραχή πανικού μπορεί να διαχωριστεί σε:

- **Διαταραχή πανικού χωρίς αγοραφοβία:**

Για να τεθεί η διάγνωση της διαταραχής πανικού χωρίς αγοραφοβία το άτομο θα πρέπει να παρουσιάζει επαναλαμβανόμενες και απροσδόκητες προσβολές πανικού που δε σχετίζονται με συγκεκριμένες καταστάσεις, καθώς και έντονη ανησυχία επί ένα μήνα τουλάχιστον, πως πρόκειται να εμφανίσει και άλλες προσβολές πανικού, έχει αγωνία για τις πιθανές συνέπειες ή αλλάζει τη συμπεριφορά του εξαιτίας των

προσβολών πανικού. Κατά την προσβολή πανικού, το άτομο βιώνει έντονη ανησυχία, τρόμο και αίσθημα επικείμενου θανάτου, αίσθημα πως η καρδιά «πάει να σπάσει», ναυτία, πόνο στο στήθος, αισθήματα πνιγμονής και ασφυξίας, ζάλη και εφίδρωση. Συχνά συμπτώματα είναι επίσης και η αποπροσωποποίηση, η αίσθηση δηλαδή ότι το άτομο βρίσκεται έξω από το σώμα του και η αποπραγματοποίηση, η αίσθηση ότι ο κόσμος δεν είναι πραγματικός (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010).

- **Διαταραχή πανικού με αγοραφοβία:**

Η διαταραχή πανικού με αγοραφοβία εμφανίζει τα ίδια συμπτώματα με τη διαταραχή πανικού χωρίς αγοραφοβία. Επιπλέον σύμπτωμα είναι η αγοραφοβία, δηλαδή ο φόβος που παρουσιάζει το άτομο για δημόσιους χώρους επειδή ανησυχεί πως σε περίπτωση που θα εμφάνιζε συμπτώματα πανικού μπορεί να ντροπιαζόταν ή μπορεί να ήταν δύσκολη η διαφυγή του από το συγκεκριμένο μέρος (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010).

1.3.3 Φοβίες, Ειδική Φοβία

Η ειδική φοβία είναι ένας υπερβολικός και επίμονος φόβος για ένα συγκεκριμένο αντικείμενο, κατάσταση ή δραστηριότητα, που γενικά δεν είναι επιβλαβή. Το άτομο είναι σε θέση να αναγνωρίσει ότι ο φόβος του δεν είναι ρεαλιστικός, παρόλα αυτά αποφεύγει τα αντικείμενα ή τις καταστάσεις που του προκαλούν φόβο ή τα υπομένει με έντονο άγχος. Χαρακτηριστικά παραδείγματα ειδικής φοβίας είναι η υψοφοβία και η φοβία για συγκεκριμένα ζώα. Αυτοί οι φόβοι προκαλούν τέτοια δυσφορία, που μερικά άτομα φτάνουν σε ακραία μέτρα για να αποφύγουν αυτό που φοβούνται (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010; Parekh, 2017a).

1.3.4 Αγοραφοβία

Η αγοραφοβία είναι ο φόβος που έχει το άτομο ότι μπορεί να βρεθεί σε καταστάσεις όπου η διαφυγή μπορεί να είναι δύσκολη ή ντροπιαστική, ή πως μπορεί να μην υπάρχει διαθέσιμη βοήθεια στο επεισόδιο συμπτωμάτων πανικού. Ο φόβος είναι υπερβολικός σε σχέση με την πραγματική κατάσταση και γενικά διαρκεί έξι μήνες ή περισσότερο και προκαλεί έκπτωση στη λειτουργικότητα του ατόμου. Ένα άτομο με αγοραφοβία βιώνει το φόβο σε δύο ή περισσότερες από τις παρακάτω καταστάσεις:

- Χρήση των μέσων μαζικής μεταφοράς
- Όταν βρίσκεται σε ανοιχτούς χώρους

- Όταν βρίσκεται σε κλειστούς χώρους
- Όταν στέκεται στη σειρά ή όταν βρίσκεται ανάμεσα σε ένα πλήθος
- Όταν βρίσκεται έξω από το σπίτι μόνο του

(Parekh, 2017a).

Το άτομο αποφεύγει ενεργά την κατάσταση, απαιτεί κάποιον να τον συνοδεύσει ή υπομένει την κατάσταση με έντονο φόβο ή άγχος. Αν ένα άτομο με αγοραφοβία δεν παρακολουθεί κάποια θεραπευτική παρέμβαση, η κατάσταση αυτή μπορεί να επιδεινωθεί σε τέτοιο βαθμό, που το άτομο να μην μπορεί να βγει από το σπίτι. Ένα άτομο μπορεί να διαγνωσθεί με αγοραφοβία αν ο φόβος είναι έντονα ανησυχητικός ή αν επεμβαίνει σημαντικά με τις φυσιολογικές καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου (Parekh, 2017a).

1.3.5 Κοινωνική Αγχώδης Διαταραχή (Κοινωνική Φοβία)

Ένα άτομο με κοινωνική αγχώδη διαταραχή έχει σημαντικό άγχος και δυσφορία σχετικά με την πιθανότητα να ντροπιαστεί, να εξευτελιστεί, να απορριφθεί ή να απαξιωθεί κατά τη διάρκεια κοινωνικών αλληλεπιδράσεων (Parekh, 2017a). Η έκθεση στο φοβικό ερέθισμα προκαλεί στο άτομο έντονο άγχος παρά το γεγονός πως αναγνωρίζει πως ο φόβος του είναι μη ρεαλιστικός και για αυτό το λόγο αποφεύγει συχνά τέτοιες καταστάσεις ή τις υπομένει με έντονο άγχος (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010). Συνήθη παραδείγματα κοινωνικής φοβίας είναι ο ακραίος φόβος για μια δημόσια ομιλία, η γνωριμία νέων ατόμων ή το να φάει ή να πιει σε δημόσιο χώρο. Ο φόβος ή το άγχος προκαλεί προβλήματα στην καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου και διαρκεί για τουλάχιστον 6 μήνες (Parekh, 2017a).

1.3.6 Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού

Ένα άτομο με διαταραχή άγχους αποχωρισμού φοβάται ή αγχώνεται υπερβολικά τον αποχωρισμό από τα άτομα με τα οποία είναι συνδεδεμένο. Το αίσθημα είναι ακατάλληλο για την ηλικία του ατόμου, επιμένει (τουλάχιστον 4 εβδομάδες στα παιδιά και 6 μήνες στους ενήλικες) και προκαλεί έκπτωση της λειτουργικότητας. Ένα άτομο με διαταραχή άγχους αποχωρισμού μπορεί να παρουσιάζει επίμονη ανησυχία πως μπορεί να χάσει το άτομο που είναι πιο κοντά του και μπορεί να είναι απρόθυμο ή να αρνείται να πάει για ύπνο μακριά από το σπίτι ή μακριά από αυτό το άτομο, ή μπορεί να βιώνει εφιάλτες σχετικά με τον αποχωρισμό. Τα σωματικά συμπτώματα της δυσφορίας συχνά αναπτύσσονται κατά την παιδική ηλικία αλλά μπορεί να μεταφερθούν και στην ενήλικη ζωή (Parekh, 2017a).

1.4 Παράγοντες Επικινδυνότητας Εμφάνισης Διαταραχών Άγχους

Η αιτιολογία των διαταραχών άγχους είναι μέχρι τώρα άγνωστη αλλά πιθανά περιλαμβάνει ένα συνδυασμό παραγόντων συμπεριλαμβανομένων των γενετικών, των περιβαλλοντικών, των ψυχολογικών και των αναπτυξιακών παραγόντων. Οι αγχώδεις διαταραχές μπορεί να εμφανίζονται σε παραπάνω από ένα μέλος της οικογένειας, υποθέτοντας πως ένας συνδυασμός γονιδίων και περιβαλλοντικών πιέσεων μπορεί να προκαλέσουν τις διαταραχές αυτές (Parekh, 2017a).

1.5 Διάγνωση και Θεραπεία των Διαταραχών Άγχους

Παρά τη διαφορετικότητα των συμπτωμάτων που παρουσιάζονται στην κάθε αγχώδη διαταραχή τα περισσότερα άτομα ανταποκρίνονται καλά σε δύο είδη θεραπείας: στην ψυχοθεραπεία ή στη φαρμακευτική αγωγή. Οι θεραπείες αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν η καθεμιά μόνη της ή σε συνδυασμό (Parekh, 2017a).

Η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (Cognitive Behavioral Therapy – CBT), ένας τύπος ψυχοθεραπείας, μπορεί να βοηθήσει το άτομο με κάποια αγχώδη διαταραχή να μάθει έναν διαφορετικό τρόπο σκέψης, αντίδρασης και συμπεριφοράς με σκοπό να νιώσει λιγότερο αγχωμένο (Parekh, 2017a).

Οι φαρμακευτικές αγωγές δε θεραπεύουν τις αγχώδεις διαταραχές αλλά μπορούν να παρέχουν στο άτομο, μια σημαντική ανακούφιση από τα συμπτώματα (Parekh, 2017a).

1.6 Διαταραχή μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες

Η διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες είναι μια ψυχιατρική διαταραχή η οποία μπορεί να εμφανιστεί σε άτομα τα οποία έχουν βιώσει ή έχουν γίνει μάρτυρες σε ένα τραυματικό γεγονός, όπως μια φυσική καταστροφή ή ένα σοβαρό ατύχημα (Parekh, 2017b).

Τα άτομα με διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες έχουν έντονες, ενοχλητικές σκέψεις και συναισθήματα σχετικά με την εμπειρία τους, τα οποία διαρκούν για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά από το τέλος του τραυματικού γεγονότος. Μπορεί να ξαναζούν το γεγονός μέσω αναδρομών ή μέσα από εφιάλτες, μπορεί να νιώθουν θλίψη, φόβο, ή θυμό και μπορεί να νιώθουν αποκομμένοι ή αποξενωμένοι από τους άλλους ανθρώπους. Τα άτομα με διαταραχή ψυχοτραυματικού στρες μπορεί να αποφεύγουν καταστάσεις ή ανθρώπους που τους θυμίζουν το τραυματικό γεγονός και μπορεί να έχουν ισχυρές

αρνητικές αντιδράσεις σε κάτι συνηθισμένο όπως ένας δυνατός θόρυβος ή ένα κατά λάθος άγγιγμα (Parekh, 2017b).

Τα συμπτώματα της διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες μπορεί να ανήκουν σε τέσσερις κατηγορίες:

1. Ενοχλητικές σκέψεις
2. Αποφυγή υπενθυμίσεων του τραυματικού γεγονότος
3. Αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα
4. Διέγερση και αντιδραστικά συμπτώματα

Τα ειδικά συμπτώματα της κάθε κατηγορίας μπορεί να διαφέρουν ως προς τη σοβαρότητά τους.

(Parekh, 2017b).

Για να τεθεί η διάγνωση της διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες τα συμπτώματα του ατόμου θα πρέπει να έχουν διάρκεια για παραπάνω από ένα μήνα και συχνά να επιμένουν για μήνες και μερικές φορές για χρόνια. Πολλά άτομα αναπτύσσουν συμπτώματα μέσα στους τρεις μήνες μετά από το τραυματικό γεγονός, αλλά τα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν και αργότερα. Τα συμπτώματα που παρουσιάζονται, προκαλούν στο άτομο σημαντική δυσφορία ή προβλήματα λειτουργικότητας. Η διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες συχνά εμφανίζεται μαζί με άλλες σχετικές καταστάσεις όπως η κατάθλιψη, η χρήση ουσιών, τα προβλήματα μνήμης και άλλα σωματικά και ψυχικά προβλήματα υγείας (Parekh, 2017b).

1.6.1 Θεραπεία Διαταραχής Μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες

Οι ψυχίατροι και οι άλλοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας χρησιμοποιούν διάφορες αποτελεσματικές μεθόδους για να βοηθήσουν τα άτομα να αναρρώσουν από τη διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες. Η ψυχοθεραπεία και η φαρμακευτική αγωγή είναι και οι δύο αποτελεσματικές θεραπείες. Μια κατηγορία της ψυχοθεραπείας είναι οι Γνωσιακές Συμπεριφορικές Θεραπείες (Cognitive Behavior Therapies – CBT) και είναι αποδεδειγμένα πολύ αποτελεσματικές. Πολλά άτομα με διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες βρίσκουν πολύ βοηθητικό το να μπορούν να μοιράζονται τις εμπειρίες και τα συναισθήματά τους με άλλα άτομα που έχουν βιώσει παρόμοιες εμπειρίες, όπως σε μια ομάδα αμοιβαίας υποστήριξης (Parekh, 2017b).

1.7 Διαταραχή από Οξύ Στρες

Η διαταραχή από οξύ στρες εμφανίζεται ως αντίδραση σε ένα τραυματικό γεγονός, όπως και η διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες και παρουσιάζει παρόμοια συμπτώματα με αυτή. Ωστόσο, τα συμπτώματα της διαταραχής από οξύ στρες εμφανίζονται σε χρονικό διάστημα από τρεις μέρες έως ένα μήνα μετά το γεγονός. Τα άτομα με τη διαταραχή αυτή μπορεί να ξαναζούν το τραυματικό γεγονός, να έχουν αναδρομές ή εφιάλτες και μπορεί να νιώθουν μουνδιασμένα ή αποκομμένα από τον εαυτό τους. Τα συμπτώματα αυτά προκαλούν σοβαρή δυσφορία και προβλήματα στην καθημερινή ζωή του ατόμου. Σχεδόν τα μισά άτομα με διαταραχή από οξύ στρες, στην πορεία παρουσιάζουν διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες (Parekh, 2017b).

1.7.1 Θεραπεία Διαταραχής από Οξύ Στρες

Η ψυχοθεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας μπορεί να βοηθήσει στον έλεγχο των συμπτωμάτων και να τα αποτρέψει από το να επιδεινωθούν και να εξελιχθούν σε διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες. Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί επίσης να ανακουφίσει το άτομο από τα συμπτώματα (Parekh, 2017b).

1.8 Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι μια αγχώδης διαταραχή κατά τη διάρκεια της οποίας τα άτομα έχουν επαναλαμβανόμενες, ανεπιθύμητες σκέψεις, ιδέες ή ιδεοληψίες, που τα κάνουν να αισθάνονται αναγκασμένα να κάνουν κάτι επανειλημμένα (ψυχαναγκασμοί). Οι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές όπως το πλύσιμο των χεριών, ο έλεγχος των πραγμάτων ή η καθαριότητα, μπορεί να επέμβουν σημαντικά με τις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου και τις κοινωνικές του αλληλεπιδράσεις (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010; Gorrindo & Parekh, 2017).

Για να τεθεί η διάγνωση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής η παρουσία των ιδεοληψιών ή και των ψυχαναγκασμών που είναι χρονοβόροι (παραπάνω από μία ώρα την ημέρα) πρέπει να προκαλεί σοβαρή δυσφορία και να επεμβαίνει αρνητικά στον επαγγελματικό, κοινωνικό ή σε άλλο λειτουργικό τομέα του ατόμου. Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή συνήθως ξεκινά κατά την παιδική ηλικία, την εφηβεία ή κατά την πρώιμη ενήλικη ζωή (Gorrindo & Parekh, 2017).

1.8.1 Θεραπεία Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής

Η γνωσιακή - συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να βοηθήσει πολλούς ασθενείς με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή να μειώσουν ουσιαστικά τα συμπτώματα της διαταραχής. Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί επίσης να βελτιώσει την ποιότητα ζωής και τη λειτουργικότητα των ατόμων αυτών (Gorrindo & Parekh, 2017).

1.9 Διαταραχές της Διάθεσης

Οι διαταραχές της διάθεσης αποτελούν μια κατηγορία διαταραχών η οποία περιλαμβάνει διαταραχές στο συναίσθημα, προκαλώντας στο άτομο προβλήματα στη λειτουργικότητα (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010).

Οι διαταραχές αυτές κυμαίνονται από την ακραία θλίψη και την αποδέσμευση από τη ζωή που χαρακτηρίζουν την κατάθλιψη μέχρι την ευφορία και την ευερεθιστότητα της μανίας (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010, σ. 352).

Δύο είναι οι κατηγορίες των διαταραχών της διάθεσης:

- Οι Καταθλιπτικές Διαταραχές
- Οι Διπολικές Διαταραχές

1.10 Καταθλιπτικές Διαταραχές

Η κατάθλιψη είναι μια διαταραχή βασικά συμπτώματα της οποίας είναι η θλίψη ή και η δυσκολία του ατόμου να βιώσει ευχαρίστηση. Τα άτομα με κάποια καταθλιπτική διαταραχή τείνουν να κατηγορούν συχνά τον εαυτό τους εστιάζοντας στα ελαττώματά τους, παρουσιάζουν δυσκολία στη συγκέντρωση, βλέπουν τα γεγονότα με αρνητική οπτική γωνία και συχνά αισθάνονται απελπισμένα (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010).

Παρακάτω αναλύονται οι δύο καταθλιπτικές διαταραχές.

1.10.1 Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή (Κατάθλιψη)

Η κατάθλιψη, ή αλλιώς μείζων καταθλιπτική διαταραχή, είναι μια συνηθισμένη και σοβαρή ιατρική ασθένεια η οποία επηρεάζει αρνητικά το πώς αισθάνεται ένα άτομο, τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται και τον τρόπο με τον οποίο ενεργεί (Parekh, 2017c).

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορεί να ποικίλουν από ήπια σε σοβαρά και μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Αίσθημα στενοχώριας ή καταθλιπτική διάθεση
- Απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης για δραστηριότητες τις οποίες το άτομο απολάμβανε
- Αλλαγές στην όρεξη, απώλεια βάρους ή αύξηση βάρους που δε σχετίζεται με δίαιτα
- Προβλήματα ύπνου ή υπερβολικός ύπνος
- Απώλεια ενέργειας ή αυξημένη κούραση
- Αύξηση της άσκοπης σωματικής δραστηριότητας, όπως το χτύπημα των χεριών ή ο βηματισμός, οι επιβραδυμένες κινήσεις και η επιβραδυμένη ομιλία, ενέργειες οι οποίες γίνονται αισθητές στα άλλα άτομα
- Αίσθημα αναξιότητας ή ενοχής
- Δυσκολία στη σκέψη, στη συγκέντρωση ή στη λήψη αποφάσεων
- Σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας

(Parekh, 2017c).

Για να τεθεί η διάγνωση της κατάθλιψης τα συμπτώματα θα πρέπει να έχουν διάρκεια τουλάχιστον δύο εβδομάδες (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010; Parekh, 2017c).

Η κατάθλιψη είναι μία από τις πιο θεραπεύσιμες ψυχικές διαταραχές. Ανάμεσα στις θεραπευτικές προσεγγίσεις περιλαμβάνεται η φαρμακευτική αγωγή, η ψυχοθεραπεία και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Ένα μεγάλο μέρος των ατόμων με κατάθλιψη ανταποκρίνονται καλά στη θεραπεία και σχεδόν όλοι οι ασθενείς αποκτούν μια ανακούφιση από τα συμπτώματά τους (Parekh, 2017c).

1.10.2 Δυσθυμική Διαταραχή

Η δυσθυμική διαταραχή χαρακτηρίζεται από χρόνια θλιμμένη διάθεση και παρουσιάζει τουλάχιστον δύο από τα γνωστικά και σωματικά συμπτώματα που περιλαμβάνονται και στην κατάθλιψη σε πιο ήπια όμως μορφή. Τα συμπτώματα της διαταραχής δημιουργούν στο άτομο έντονη δυσφορία και έκπτωση της λειτουργικότητάς του και έχουν διάρκεια τουλάχιστον δύο χρόνια (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010; Schacter, Gilbert & Wegner, 2012).

Για να τεθεί η διάγνωση της δυσθυμικής διαταραχής το άτομο θα πρέπει να αισθάνεται μελαγχολία ή να λαμβάνει ελάχιστη ευχαρίστηση από δραστηριότητες που απολάμβανε, κατά το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου για διάστημα δύο ετών (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010).

1.11 Διπολικές Διαταραχές

Οι διπολικές διαταραχές είναι εγκεφαλικές διαταραχές οι οποίες προκαλούν αλλαγές στη διάθεση του ατόμου, στην ενέργεια και στη λειτουργικότητά του. Οι διπολικές διαταραχές είναι μια κατηγορία διαταραχών, η οποία περιλαμβάνει τρεις διαφορετικές καταστάσεις: τη διπολική I διαταραχή, η οποία παλιά ήταν γνωστή ως μανιοκαταθλιπτική διαταραχή, τη διπολική II διαταραχή και την κυκλοθυμική διαταραχή, ή κυκλοθυμία (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010; Parekh, 2017d).

Τα άτομα με διπολικές διαταραχές παρουσιάζουν ακραίες και έντονες συναισθηματικές καταστάσεις, οι οποίες προκύπτουν σε διαφορετικές στιγμές και ονομάζονται επεισόδια διάθεσης. Αυτά τα επεισόδια κατηγοριοποιούνται ως εξής:

- **Μανιακό επεισόδιο**

Το μανιακό επεισόδιο είναι μια χρονική περίοδος τουλάχιστον μιας εβδομάδας, κατά την οποία το άτομο παρουσιάζει εξαιρετικά ανεβασμένη ή ευερέθιστη διάθεση με ακραίο τρόπο για την περισσότερη διάρκεια της ημέρας και για τις περισσότερες μέρες, έχει περισσότερη ενέργεια από ότι συνήθως και βιώνει τουλάχιστον τρία από τα ακόλουθα, τα οποία απεικονίζουν μια αλλαγή στη διάθεση:

- Υπερβολική αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου
- Λιγότερη ανάγκη για ύπνο
- Μιλάει περισσότερο από το συνηθισμένο, μιλάει δυνατά και γρήγορα
- Αποσπάται εύκολα
- Κάνει πολλές δραστηριότητες ταυτόχρονα, προγραμματίζει περισσότερα γεγονότα σε μία μέρα από αυτά που μπορεί να ολοκληρώσει
- Αυξημένη επικίνδυνη συμπεριφορά, όπως απρόσεκτη οδήγηση και πολυάριθμα έξοδα
- Ανεξέλεγκτες σκέψεις που τρέχουν ή γρήγορη εναλλαγή ιδεών ή θεμάτων

(Parekh, 2017d).

Οι αλλαγές είναι σημαντικές και εμφανείς στους φίλους και την οικογένεια του ατόμου. Τα συμπτώματα είναι αρκετά σοβαρά για να προκαλέσουν δυσλειτουργία και προβλήματα στη δουλειά, στην οικογένεια ή στις κοινωνικές δραστηριότητες και στις ευθύνες του ατόμου. Τα συμπτώματα ενός μανιακού επεισοδίου μπορεί να απαιτούν τη νοσηλεία του ατόμου για να παραμείνει ασφαλές. Ο μέσος όρος ηλικίας εμφάνισης του πρώτου

μανιακού επεισοδίου είναι τα 18 έτη, αλλά μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε στιγμή από την πρώιμη παιδική ηλικία έως την μετέπειτα ενηλικίωση (Parekh, 2017d).

- **Υπομανιακό επεισόδιο**

Το υπομανιακό επεισόδιο είναι παρόμοιο με το μανιακό επεισόδιο αλλά τα συμπτώματα είναι λιγότερο σοβαρά και χρειάζεται να διαρκούν μόνο τέσσερις μέρες στη σειρά. Τα υπομανιακά συμπτώματα δεν οδηγούν σε σοβαρά προβλήματα τα οποία συχνά προκαλεί η μανία και το άτομο είναι ακόμα σε θέση να λειτουργήσει (Parekh, 2017d).

- **Μείζον Καταθλιπτικό επεισόδιο**

Το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο είναι μια περίοδος δύο εβδομάδων κατά τις οποίες το άτομο παρουσιάζει τουλάχιστον πέντε από τα παρακάτω (συμπεριλαμβανομένου ενός από τα δύο πρώτα):

- Έντονη στενοχώρια ή απόγνωση, αίσθημα πως το άτομο νιώθει αβοήθητο
- Απώλεια του ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που απολάμβανε
- Αίσθημα αναξιότητας και ενοχής
- Προβλήματα ύπνου (ελάχιστος ύπνος ή υπερβολικός ύπνος)
- Αίσθημα ανησυχίας ή ταραχής, όπως για παράδειγμα βηματισμός και χτύπημα των χεριών, ή επιβραδυμένος λόγος ή κινήσεις
- Αλλαγές της όρεξης (αύξηση ή μείωση)
- Απώλεια ενέργειας, κόπωση
- Δυσκολία στο να συγκεντρωθεί, να θυμηθεί και να πάρει αποφάσεις
- Συχνές σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας

(Parekh, 2017d).

1.11.1 Διπολική I Διαταραχή

Η διπολική I διαταραχή μπορεί να προκαλέσει δραματικές αλλαγές στη διάθεση του ατόμου. Κατά τη διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου τα άτομα με τη συγκεκριμένη διπολική διαταραχή μπορεί να παρουσιάζουν ανεβασμένη ή ευερέθιστη διάθεση ενώ κατά τη διάρκεια ενός καταθλιπτικού επεισοδίου, μπορεί να αισθάνονται στενοχώρια και απελπισία. Υπάρχουν συχνά χρονικές περίοδοι, κατά τις οποίες το άτομο παρουσιάζει φυσιολογική διάθεση μεταξύ των επεισοδίων αυτών (Parekh, 2017d).

Η διάγνωση της διπολικής I διαταραχής τίθεται όταν το άτομο παρουσιάζει ένα μοναδικό μανιακό επεισόδιο ή ένα μοναδικό μεικτό επεισόδιο (επεισόδιο κατά το οποίο το άτομο παρουσιάζει έντονα συμπτώματα μανίας αλλά και κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της ίδιας εβδομάδας) στη διάρκεια της ζωής του (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010; Parekh, 2017d).

Η διπολική I διαταραχή είναι θεραπεύσιμη. Η φαρμακευτική αγωγή ή ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής συχνά χρησιμοποιούνται για τη διαχείριση της διαταραχής αυτής. Το κάθε άτομο είναι διαφορετικό και ανταποκρίνεται διαφορετικά στη θεραπεία με διαφορετικούς τρόπους. Για αυτό το λόγο, η κάθε θεραπεία είναι εξατομικευμένη για το κάθε άτομο ξεχωριστά. Είναι πιθανό τα άτομα με διπολική I διαταραχή να χρειαστεί να δοκιμάσουν διαφορετικές φαρμακευτικές αγωγές και ψυχοθεραπείες πριν βρουν την κατάλληλη για αυτούς θεραπευτική παρέμβαση (Parekh, 2017d).

Τα άτομα με διπολική I διαταραχή συχνά παρουσιάζουν και άλλες ψυχικές ασθένειες όπως Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής ή και Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ – Υ), μια αγχώδη διαταραχή ή μια διαταραχή χρήσης ουσιών (Parekh, 2017d).

1.11.2 Διπολική II Διαταραχή

Η διπολική II διαταραχή απαιτεί την εμφάνιση ενός τουλάχιστον μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου και ενός τουλάχιστον υπομανιακού επεισοδίου. Τα άτομα επανέρχονται στη συνηθισμένη λειτουργικότητά τους μεταξύ των επεισοδίων. Τα άτομα με διπολική II διαταραχή συχνά αναζητούν πρώτοι θεραπεία εξαιτίας των καταθλιπτικών συμπτωμάτων τα οποία μπορεί να είναι σοβαρά (Parekh, 2017d).

Για να λάβει κάποιος τη διάγνωση διπολικής II διαταραχής, πρέπει να έχει βιώσει τουλάχιστον ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο και τουλάχιστον ένα υπομανιακό επεισόδιο (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010, σ. 358).

Τα άτομα με διπολική II διαταραχή συχνά παρουσιάζουν συνυπάρχουσες ψυχικές διαταραχές όπως μια αγχώδη διαταραχή ή μια διαταραχή χρήσης ουσιών (Parekh, 2017d).

Η θεραπεία της διπολικής II διαταραχής μοιάζει με αυτή της διπολικής I διαταραχής, δηλαδή φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπεία. (Parekh, 2017d).

1.11.3 Κυκλοθυμική Διαταραχή

Η κυκλοθυμική διαταραχή είναι μια πιο ήπια μορφή διπολικής διαταραχής η οποία περιλαμβάνει πολλές αλλαγές στη διάθεση με υπομανιακά και καταθλιπτικά συμπτώματα, τα οποία προκύπτουν συχνά. Τα άτομα με κυκλοθυμία βιώνουν συναισθηματικά σκαμπανεβάσματα αλλά με πιο ήπια συμπτώματα από αυτά που παρουσιάζονται στη διπολική I διαταραχή και στη διπολική II διαταραχή (Parekh, 2017d).

Τα κυκλοθυμικά συμπτώματα περιλαμβάνουν τα εξής:

- Για τουλάχιστον δύο χρόνια πολλές περιόδους υπομανιακών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αλλά τα συμπτώματα δεν ανταποκρίνονται στα κριτήρια για υπομανιακό ή καταθλιπτικό επεισόδιο
- Κατά τη διάρκεια των δύο αυτών χρόνων τα συμπτώματα (αλλαγές στη διάθεση), έχουν διαρκέσει για τουλάχιστον το μισό από το χρόνο αυτό και δεν έχουν σταματήσει για περισσότερο από δύο μήνες

(Parekh, 2017d).

Η θεραπεία της κυκλοθυμικής διαταραχής μπορεί να περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπεία. Για πολλά άτομα η ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει με το άγχος που βιώνει το άτομο για τα συνεχόμενα σκαμπανεβάσματα της διάθεσής του. Τα άτομα με κυκλοθυμία μπορεί να αρχίζουν και να σταματούν τη θεραπεία κατά τη διάρκεια του χρόνου (Parekh, 2017d).

1.12 Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής

Οι διαταραχές στην πρόσληψη της τροφής είναι ασθένειες κατά τις οποίες τα άτομα βιώνουν σοβαρές διαταραχές στις διατροφικές τους συμπεριφορές και σχετίζονται με σκέψεις και συναισθήματα. Τα άτομα με διαταραχές στην πρόσληψη τροφής συνήθως απορροφούνται σε θέματα σχετικά με το φαγητό και το βάρος του σώματός τους. Σε πολλές περιπτώσεις, οι διαταραχές στην πρόσληψη της τροφής συνυπάρχουν μαζί με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές όπως με τις αγχώδεις διαταραχές, με τη διαταραχή πανικού, με την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και με προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών (Parekh, 2017e).

Οι διαταραχές πρόσληψης της τροφής χωρίζονται στις παρακάτω κατηγορίες:

1.12.1 Νευρική Ανορεξία

Για να τεθεί η διάγνωση της νευρικής ανορεξίας το άτομο θα πρέπει να ζυγίζει τουλάχιστον 15% λιγότερο από το φυσιολογικό βάρος που αναμένεται να έχει για το ύψος του. Τα χαρακτηριστικά της νευρικής ανορεξίας περιλαμβάνουν:

- Περιορισμένη πρόσληψη τροφής
- Φόβος του να γίνει το άτομο «χοντρό»
- Προβλήματα με την εικόνα του σώματος ή άρνηση του χαμηλού βάρους του σώματός του

(Parekh, 2017e).

Τα άτομα με νευρική ανορεξία δεν διατηρούν ένα φυσιολογικό βάρος επειδή αρνούνται να φάνε αρκετά, συχνά γυμνάζονται υπερβολικά και μερικές φορές αναγκάζουν τον εαυτό τους να κάνει εμετό ή χρησιμοποιούν καθαρτικά για να χάσουν βάρος. Με τον καιρό τα παρακάτω συμπτώματα μπορεί να αναπτυχθούν καθώς το σώμα ωθείται προς την λιμοκτονία:

- Παύση της έμμηνου ρύσης
- Οστεοπενία ή οστεοπόρωση (αδυνάτισμα των οστών) μέσω της απώλειας ασβεστίου
- Τα νύχια ή και τα μαλλιά γίνονται εύθραυστα
- Το δέρμα γίνεται ξηρό και μπορεί να πάρει μια κιτρινωπή όψη
- Ήπια αναιμία και ατροφία των μυών, συμπεριλαμβανομένου του καρδιακού μυός
- Σοβαρή δυσκοιλιότητα
- Πτώση της πίεσης του αίματος, επιβραδυμένη αναπνοή και επιβραδυμένοι καρδιακοί παλμοί
- Η εσωτερική θερμοκρασία του σώματος πέφτει, προκαλώντας στο άτομο συνεχές αίσθημα κρύου
- Κατάθλιψη και ληθαργικότητα

(Parekh, 2017e).

1.12.2 Νευρική Βουλιμία

Παρά το γεγονός ότι μπορεί να κάνουν συχνές δίαιτες και να ασκούνται έντονα, τα άτομα με νευρική βουλιμία μπορεί συχνά να είναι λιποβαρή, να έχουν φυσιολογικό βάρος, να είναι υπέρβαρα ή ακόμα και παχύσαρκα, αλλά δεν είναι τόσο λιποβαρή όσο τα άτομα με

νευρική ανορεξία. Οι ασθενείς με νευρική βουλιμία παρουσιάζουν συχνές στιγμές λαιμαργίας και κατά τη διάρκεια των στιγμών αυτών μπορεί να φάνε μια εκπληκτική ποσότητα φαγητού σε μικρό χρονικό διάστημα, συχνά καταναλώνοντας χιλιάδες θερμίδες οι οποίες έχουν υψηλή περιεκτικότητα σε σάκχαρα, υδατάνθρακες και λίπη. Μπορεί να φάνε πολύ γρήγορα, μερικές φορές καταπίνοντας το φαγητό χωρίς καν να το γευτούν (Parekh, 2017e).

Οι λαιμαργίες αυτές συχνά τελειώνουν μόνο αν τους διακόψει κάποιο άλλο άτομο ή αν τους πάρει ο ύπνος ή αν το στομάχι τους πονέσει από την υπερβολική έκταση πέρα της φυσιολογικής του χωρητικότητας. Κατά τη διάρκεια μιας στιγμής λαιμαργίας τα άτομα νιώθουν εκτός ελέγχου. Μετά από τη στιγμή αυτή, οι στομαχικοί πόνοι και ο φόβος πως θα πάρουν βάρος είναι συχνές αιτίες εξαιτίας των οποίων τα άτομα με νευρική βουλιμία κάνουν εμετό ή χρησιμοποιούν καθαρτικά. Αυτός ο κύκλος συνήθως επαναλαμβάνεται για τουλάχιστον πολλές φορές μέσα σε μία εβδομάδα ή σε σοβαρές περιπτώσεις πολλές φορές μέσα σε μία μέρα (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010; Parekh, 2017e).

Η βουλιμία μπορεί να οδηγήσει σε σπάνιες αλλά πιθανά θανατηφόρες επιπλοκές συμπεριλαμβανομένων των οισοφαγικών δακρύων, της γαστρικής ρήξης και των καρδιακών αρρυθμιών (Parekh, 2017e).

1.12.3 Διαταραχή της Υπερφαγίας

Τα άτομα με διαταραχή της υπερφαγίας παρουσιάζουν επεισόδια λαιμαργίας κατά τη διάρκεια των οποίων καταναλώνουν πολύ μεγάλες ποσότητες φαγητού σε ένα πολύ σύντομο χρονικό διάστημα και αισθάνονται εκτός ελέγχου κατά τη διάρκεια του επεισοδίου λαιμαργίας. Αντίθετα με τα άτομα με νευρική βουλιμία, δεν προσπαθούν να ξεφορτωθούν το φαγητό που κατανάλωσαν προκαλώντας εμετό ή χρησιμοποιώντας άλλες μη ασφαλείς πρακτικές όπως η υπερβολική νηστεία ή η κατάχρηση καθαρτικών προϊόντων. Η διαταραχή αυτή είναι χρόνια και μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές της υγείας και ιδιαίτερα σε σοβαρή παχυσαρκία, διαβήτη, υπέρταση και καρδιαγγειακές νόσους (Parekh, 2017e).

Η διαταραχή της υπερφαγίας περιλαμβάνει συχνά επεισόδια υπερκατανάλωσης τροφής σε ένα σύντομο χρονικό διάστημα (τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα για τρεις μήνες), σε συνδυασμό με μια έλλειψη ελέγχου και σχετίζεται με τρία ή περισσότερα από τα παρακάτω:

- Το άτομο τρώει πιο γρήγορα από το φυσιολογικό
- Το άτομο τρώει μέχρι να αισθανθεί άβολα πλήρες
- Το άτομο τρώει μεγάλες ποσότητες φαγητού όταν δεν αισθάνεται πεινασμένο
- Το άτομο τρώει μόνο του, γιατί αισθάνεται ντροπιασμένο από το πόσο πολύ τρώει
- Το άτομο αισθάνεται αηδιασμένο με τον εαυτό του, καταθλιπτικό ή πολύ ένοχο μετά από το επεισόδιο λαιμαργίας

(Parekh, 2017e).

Η διαταραχή της υπερφαγίας προκαλεί επίσης σημαντική δυσφορία στο άτομο (Parekh, 2017e).

1.13 Θεραπεία Διαταραχών Πρόσληψης της Τροφής

Οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής απεικονίζουν ξεκάθαρα τη στενή σύνδεση μεταξύ συναισθηματικής και σωματικής υγείας. Το πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας είναι να βοηθηθούν οι ασθενείς με το να πάρουν βάρος μέχρι ένα φυσιολογικό επίπεδο. Για τους ασθενείς με νευρική βουλιμία η διακοπή του κύκλου της λαιμαργίας και στη συνέχεια του εμετού είναι το κλειδί για μια αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση. Για τους ασθενείς με διαταραχή της υπερφαγίας είναι σημαντικό να βοηθηθούν ως προς τη διακοπή και το σταμάτημα των επεισοδίων λαιμαργίας (Parekh, 2017e).

Ωστόσο, το να αποκατασταθεί το φυσιολογικό βάρος ή να τερματιστεί προσωρινά ο κύκλος λαιμαργίας και εμετού δεν αντιμετωπίζει τα υποκείμενα συναισθηματικά προβλήματα τα οποία προκαλούνται ή χειροτερεύουν από τις αφύσικες διατροφικές συμπεριφορές. Η ψυχοθεραπεία βοηθά τα άτομα με διαταραχές στην πρόσληψη τροφής να κατανοήσουν τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές οι οποίες προκαλούν αυτές τις διαταραχές. Επιπλέον μερικές φαρμακευτικές αγωγές έχει αποδειχθεί πως είναι αποτελεσματικές στη θεραπευτική διαδικασία (Parekh, 2017e).

Εξαιτίας των σοβαρών σωματικών προβλημάτων που προκαλούν οι ασθένειες αυτές, είναι σημαντικό κάθε θεραπευτικό πλάνο για ένα άτομο με νευρική ανορεξία, νευρική βουλιμία ή διαταραχή της υπερφαγίας να περιλαμβάνει γενική ιατρική περίθαλψη, διατροφική διαχείριση και πρακτικές υγιεινής διατροφής (Parekh, 2017e).

1.14 Ψυχωτικές Διαταραχές

Ο όρος «ψυχωτικές διαταραχές» χρησιμοποιείται για την περιγραφή μιας ευρείας ομάδας ψυχικών διαταραχών, οι οποίες επηρεάζουν τη λειτουργικότητα της σκέψης κάποιου ατόμου και συχνά περιγράφονται ως διαταραχή της επαφής του ατόμου με την πραγματικότητα. Οι διαταραχές αυτές επηρεάζουν σημαντικά τη λειτουργικότητα του ατόμου στην καθημερινή του ζωή (Αρναούτογλου, χ.χ.; Γκίκας, χ.χ.).

Μερικές από τις ψυχιατρικές καταστάσεις τις οποίες περιγράφει ο όρος αυτός είναι η σχιζοφρένεια, η κατάθλιψη και η διπολική διαταραχή (Αρναούτογλου, χ.χ.).

Τα συμπτώματα που εκδηλώνονται, εξαρτώνται από τη σοβαρότητα της ψυχωτικής διαταραχής και μπορεί να περιλαμβάνουν τα παρακάτω:

- Ψευδαισθήσεις
- Παραισθήσεις
- Παραληρητικές ιδέες
- Έκπτωση της διαπροσωπικής λειτουργικότητας
- Διαταραγμένη σκέψη και αποδιοργανωμένος λόγος

(Αρναούτογλου, χ.χ.).

Παρακάτω θα αναλυθεί η σχιζοφρένεια, καθώς είναι πιθανή η εκδήλωσή της σε άτομα με νοητική υστέρηση και διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές αντίστοιχα.

1.14.1 Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια είναι μια χρόνια εγκεφαλική διαταραχή. Όταν η σχιζοφρένεια είναι ενεργή μπορεί να χαρακτηρίζεται από επεισόδια κατά τα οποία ο ασθενής δεν μπορεί να ξεχωρίσει ποια εμπειρία είναι πραγματική και ποια όχι. Όπως κάθε άλλη ασθένεια, η σοβαρότητα, η διάρκεια και η συχνότητα των συμπτωμάτων μπορεί να ποικίλλει, ωστόσο στα άτομα με σχιζοφρένεια, η συχνότητα εμφάνισης σοβαρών ψυχωτικών συμπτωμάτων συχνά μειώνεται κατά τη διάρκεια ζωής του ασθενή. Τα συμπτώματα τείνουν να αυξάνονται όταν το άτομο δεν παίρνει τη φαρμακευτική αγωγή που του έχει χορηγηθεί, καταναλώνει αλκοόλ ή παράνομα ναρκωτικά καθώς και αν βιώνει στρεσογόνες καταστάσεις. Τα συμπτώματα μπορεί να ανήκουν σε διάφορες κατηγορίες:

- **Θετικά ψυχωτικά συμπτώματα:**

Οι παραληρητικές ιδέες και οι παραισθήσεις, όπως το να ακούει το άτομο φωνές, οι παρανοϊκές ψευδαισθήσεις και οι υπερβολικές ή διαστρεβλωμένες αντιλήψεις, πεποιθήσεις και συμπεριφορές.

- **Αρνητικά συμπτώματα:**

Μια απώλεια ή μια μείωση της ικανότητας του ατόμου να κάνει σχέδια, να μιλήσει ή να βρει ευχαρίστηση, απάθεια, αλογία, επίπεδο συναίσθημα και έκπτωση της διαπροσωπικής λειτουργικότητας.

- **Συμπτώματα αποδιοργάνωσης:**

Μπερδεμένη και διαταραγμένη σκέψη και αποδιοργανωμένος λόγος, ελλείμματα στη λογική σκέψη και μερικές φορές αλλόκοτη συμπεριφορά ή αφύσικες κινήσεις.

- **Μειωμένη γνωστική λειτουργία:**

Προβλήματα προσοχής, συγκέντρωσης, μνήμης και μειωμένη εκπαιδευτική επίδοση

(Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010; Parekh, 2017f).

Τα συμπτώματα συνήθως εμφανίζονται για πρώτη φορά στην πρώιμη ενήλικη ζωή. Πριν τεθεί μια διάγνωση, ένας ψυχίατρος θα πρέπει να διεξάγει μια εξονυχιστική ιατρική εξέταση για να αποκλείσει την κατάχρηση ουσιών ή άλλων νευρολογικών ή ιατρικών ασθενειών των οποίων τα συμπτώματα μιμούνται αυτά της σχιζοφρένειας (Parekh, 2017f).

Η θεραπευτική παρέμβαση μπορεί να βοηθήσει πολλά άτομα με σχιζοφρένεια να ζήσουν υψηλά παραγωγικές και ικανοποιητικές ζωές. Παρά το ότι δεν υπάρχει θεραπεία ίασης για τη σχιζοφρένεια, πολλοί ασθενείς τα πάνε καλά παρουσιάζοντας ελάχιστα συμπτώματα. Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να μειώσει τα συμπτώματα και να ελαττώσει σε μεγάλο βαθμό την επιδείνωσή τους. Οι ψυχολογικές θεραπευτικές προσεγγίσεις, όπως η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία ή η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, μπορεί να ελαττώσουν τα συμπτώματα και να ενισχύσουν τη λειτουργικότητα του ατόμου, ενώ άλλες θεραπείες στοχεύουν στη μείωση του άγχους, στην υποστήριξη για την εύρεση εργασίας ή στη βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων (Parekh, 2017f).

Μια ποικιλία αντιψυχωσικών φαρμακευτικών αγωγών είναι αποτελεσματική στη μείωση των ψυχωσικών συμπτωμάτων που είναι παρόντα στην οξεία φάση της ασθένειας, και

μπορεί επίσης να βοηθήσουν στη μείωση της πιθανότητας για μελλοντικά έντονα επεισόδια (Parekh, 2017f).

1.15 Διαταραχές της Προσωπικότητας

Σύμφωνα με το DSM – 5 (2013), όπως αναφέρει η Robitz, η προσωπικότητα είναι ο τρόπος που σκέφτεται ένα άτομο, το πώς αισθάνεται και το πώς συμπεριφέρεται, χαρακτηριστικά τα οποία κάνουν το ένα άτομο διαφορετικό από τα άλλα άτομα. Η προσωπικότητα ενός ατόμου επηρεάζεται από τις εμπειρίες, από τα περιβαλλοντικά και από τα κληρονομικά χαρακτηριστικά. Μια διαταραχή προσωπικότητας είναι ένας τρόπος σκέψης, αίσθησης και συμπεριφοράς ο οποίος παρεκκλίνει από τις πολιτισμικές προσδοκίες και η οποία προκαλεί δυσφορία ή προβλήματα λειτουργικότητας και διαρκεί στο πέρασμα του χρόνου (Robitz, 2018).

Υπάρχουν δέκα συγκεκριμένοι τύποι διαταραχών της προσωπικότητας. Οι διαταραχές προσωπικότητας είναι μοτίβα συμπεριφοράς με διάρκεια και εσωτερικές εμπειρίες οι οποίες διαφέρουν σημαντικά από αυτό που αναμένεται από το κοινωνικό σύνολο. Το μοτίβο της εμπειρίας και της συμπεριφοράς ξεκινά κατά την μετέπειτα εφηβεία ή κατά την πρώιμη ενήλικη ζωή και προκαλεί δυσφορία ή προβλήματα στη λειτουργικότητα του ατόμου. Χωρίς θεραπεία, οι διαταραχές προσωπικότητας μπορεί να έχουν μεγάλη διάρκεια. Οι διαταραχές προσωπικότητας επηρεάζουν τουλάχιστον δύο από τους παρακάτω τομείς:

- Τον τρόπο σκέψης του ατόμου για τον εαυτό του και τους άλλους
- Τον τρόπο συναισθηματικής απόκρισης
- Τον τρόπο με τον οποίο σχετίζεται με άλλα άτομα
- Τον τρόπο με τον οποίο ελέγχει τη συμπεριφορά του

(Robitz, 2018).

Στο DSM – IV – TR, οι 10 διαφορετικές διαταραχές της προσωπικότητας ταξινομούνται σε τρεις ομάδες, με βάση χαρακτηριστικές συμπεριφορές. Η Ομάδα Α χαρακτηρίζεται από παράξενη ή εκκεντρική συμπεριφορά, η Ομάδα Β από δραματική, συναισθηματική ή ασταθή συμπεριφορά και η Ομάδα Γ από αγχώδη ή φοβισμένη συμπεριφορά (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010, σ. 588).

1.15.1 Κατηγορία Α: παράξενοι/εκκεντρικοί ασθενείς

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι παρακάτω διαταραχές προσωπικότητας:

- **Παρανοειδής διαταραχή προσωπικότητας**

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από ένα μοτίβο συμπεριφοράς, κατά το οποίο το άτομο είναι καχύποπτο ως προς τα άλλα άτομα και τα βλέπει ως κακόβουλα ή κακεντρεχή. Τα άτομα με παρανοειδή διαταραχή προσωπικότητας συχνά υποθέτουν πως τα άλλα άτομα θα τα βλάψουν ή θα τα εξαπατήσουν και δεν τα εμπιστεύονται ούτε τα πλησιάζουν (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010; Robitz, 2018).

- **Σχιζοειδής διαταραχή προσωπικότητας**

Το άτομο με αυτή τη διαταραχή είναι αποκομμένο από τις κοινωνικές σχέσεις και εκφράζει ελάχιστο συναίσθημα. Ένα άτομο με σχιζοειδή διαταραχή της προσωπικότητας συνήθως δεν αναζητεί στενές σχέσεις, επιλέγει να είναι μόνο του και φαίνεται πως δεν ενδιαφέρεται για τον έπαινο ή την κριτική από τους άλλους ανθρώπους (Robitz, 2018).

- **Σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας**

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από ένα μοτίβο συμπεριφοράς, κατά το οποίο το άτομο νιώθει πολύ άβολα σε στενές σχέσεις, έχει διαστρεβλωμένη σκέψη και εκκεντρική συμπεριφορά. Ένα άτομο με σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας μπορεί να έχει περίεργες πεποιθήσεις ή περίεργη ή αλλόκοτη συμπεριφορά ή ομιλία ή μπορεί να παρουσιάζει υπερβολικό κοινωνικό άγχος (Robitz, 2018).

1.15.2 Κατηγορία Β: δραματικοί/ασταθείς ασθενείς

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι παρακάτω διαταραχές προσωπικότητας:

- **Αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας**

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από ένα μοτίβο συμπεριφοράς, όπου το άτομο αδιαφορεί ή παραβιάζει τα δικαιώματα των άλλων. Ένα άτομο με αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας μπορεί να μη συμμορφώνεται με τους κοινωνικούς κανόνες, μπορεί να ψεύδεται επανειλημμένα ή να εξαπατά τους άλλους ή να συμπεριφέρεται παρορμητικά (Robitz, 2018).

- **Μετ αιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας**

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από ένα μοτίβο αστάθειας στις διαπροσωπικές σχέσεις, έντονα συναισθήματα, φτωχή εικόνα του ατόμου για τον εαυτό του και παρορμητικότητα. Ένα άτομο με μετ αιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας μπορεί να φτάσει σε ακραίες συμπεριφορές για να αποφύγει την εγκατάλειψη, έχει επαναλαμβανόμενες απόπειρες αυτοκτονίας, επιδεικνύει ακατάλληλο έντονο θυμό ή έχει συνεχόμενα αισθήματα κενότητας (Robitz, 2018).

- **Δραματική διαταραχή προσωπικότητας**

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από ένα μοτίβο υπερβολικής συναισθηματικότητας και επιζήτησης της προσοχής. Τα άτομα με δραματική διαταραχή προσωπικότητας μπορεί να νιώθουν άβολα όταν δεν είναι το κέντρο της προσοχής, μπορεί να χρησιμοποιούν τη σωματική εμφάνιση για να προσελκύσουν την προσοχή πάνω τους ή να έχουν γρήγορα εναλλασσόμενα ή υπερβολικά συναισθήματα (Robitz, 2018).

- **Ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας**

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από ένα μοτίβο ανάγκης για θαυμασμό και έλλειψη ενσυναίσθησης προς τους άλλους. Ένα άτομο με ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας μπορεί να έχει μια μεγαλειώδη αίσθηση για την αξία του, μια αίσθηση πως έχει παραπάνω δικαιώματα από τα άλλα άτομα, μπορεί να εκμεταλλεύεται τους άλλους ή να παρουσιάζει έλλειψη ενσυναίσθησης (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010; Robitz, 2018).

1.15.3 Κατηγορία Γ: αγχώδεις/φοβισμένοι ασθενείς

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι παρακάτω διαταραχές προσωπικότητας:

- **Αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας**

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από ένα μοτίβο υπερβολικής ντροπαλότητας, συναισθημάτων ανεπάρκειας και υπερβολικής ευαισθησίας στην κριτική. Τα άτομα με αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας μπορεί να είναι απρόθυμα να συναναστραφούν με άλλα άτομα εκτός και αν είναι σίγουρα πως είναι αρεστά, απορροφούνται σε σκέψεις πως θα δεχτούν κριτική ή απόρριψη, ή μπορεί να βλέπουν τους εαυτούς τους ως μη αρκετά καλούς ή ως κοινωνικά ανάρμοστους (Robitz, 2018).

- **Εξαρτησιακή διαταραχή προσωπικότητας**

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από ένα μοτίβο συμπεριφοράς, κατά το οποίο το άτομο χρειάζεται να το φροντίζουν και έχει μια υποτακτική και προσκολλημένη συμπεριφορά. Τα άτομα με εξαρτησιακή διαταραχή προσωπικότητας παρουσιάζουν έλλειψη αυτοπεποίθησης καθώς και πιθανή δυσκολία στη λήψη καθημερινών αποφάσεων χωρίς τη διαβεβαίωση από τους άλλους ή μπορεί να αισθάνονται άβολα ή αβοήθητα όταν είναι μόνα τους από το φόβο αδυναμίας που νιώθουν για να φροντίσουν τον εαυτό τους (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010; Robitz, 2018).

- **Ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας**

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από ένα μοτίβο απορρόφησης με την τάξη, την τελειότητα και τον έλεγχο. Ένα άτομο με ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας μπορεί να εστιάζει υπερβολικά σε λεπτομέρειες ή προγράμματα, μπορεί να δουλεύει υπερβολικά χωρίς να επιτρέπει στον εαυτό του ελεύθερο χρόνο ή χρόνο για φίλους, ή μπορεί να είναι άκαμπτο στην ηθική και τις αξίες του. Η ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας δεν είναι το ίδιο με την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Robitz, 2018).

Η διάγνωση μιας διαταραχής προσωπικότητας απαιτεί έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας ο οποίος θα εξετάσει τα μακροχρόνια μοτίβα λειτουργικότητας και συμπτωμάτων. Η διάγνωση τίθεται συνήθως σε άτομα 18 ετών και άνω. Τα άτομα κάτω των 18 ετών συνήθως δεν διαγιγνώσκονται με διαταραχές της προσωπικότητας επειδή οι προσωπικότητές τους είναι ακόμα υπό ανάπτυξη. Μερικά άτομα με διαταραχές προσωπικότητας μπορεί να μην αναγνωρίζουν πως έχουν κάποιο πρόβλημα (Robitz, 2018).

Συγκεκριμένα είδη ψυχοθεραπείας είναι αποτελεσματικά για την αντιμετώπιση των διαταραχών προσωπικότητας. Κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας το άτομο μπορεί να αποκτήσει διορατικότητα και γνώσεις σχετικά με τη διαταραχή του καθώς και να κατανοήσει τι συμβάλλει στην εμφάνιση των συμπτωμάτων. Επιπλέον, μπορεί να μιλήσει για τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές του. Η ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει το άτομο να κατανοήσει τα αποτελέσματα της συμπεριφοράς του προς τους άλλους και να μάθει να διαχειρίζεται ή να αντιμετωπίζει τα συμπτώματα και να μειώνει συμπεριφορές που προκαλούν προβλήματα στη λειτουργικότητα και στις σχέσεις του. Το

είδος της θεραπείας εξαρτάται από το συγκεκριμένο τύπο διαταραχής προσωπικότητας, πόσο σοβαρός είναι και την κατάσταση του ατόμου (Robitz, 2018).

Συχνοί τύποι ψυχοθεραπείας περιλαμβάνουν:

- Ψυχαναλυτική/ψυχοδυναμική θεραπεία
- Διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία
- Ομαδική θεραπεία
- Ψυχοεκπαίδευση (το άτομο και τα μέλη της οικογένειάς του διδάσκονται σχετικά με την ασθένεια, τη θεραπεία και τρόπους αντιμετώπισής της)

(Robitz, 2018).

Δεν υπάρχουν φαρμακευτικές αγωγές ειδικά για τη θεραπεία διαταραχών της προσωπικότητας. Ωστόσο φαρμακευτική αγωγή όπως η αντικαταθλιπτική, αντιαγχολυτική ή η φαρμακευτική αγωγή με σταθεροποιητές της διάθεσης μπορεί να είναι χρήσιμη στην αντιμετώπιση κάποιων συμπτωμάτων. Τα πιο σοβαρά και μακροχρόνια συμπτώματα μπορεί να απαιτούν μια ομαδική προσέγγιση που θα περιλαμβάνει έναν γιατρό πρωταρχικής περίθαλψης, έναν ψυχίατρο, έναν ψυχολόγο, έναν κοινωνικό λειτουργό και τα μέλη της οικογένειας (Robitz, 2018).

1.16 Διαταραχές Διασπαστικής Συμπεριφοράς

Τα περισσότερα παιδιά θα αντιδράσουν ή θα γίνουν προκλητικά μερικές φορές κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Οι διασπαστικές διαταραχές και οι διαταραχές της διαγωγής ωστόσο, περιλαμβάνουν πολύ περισσότερο σοβαρές και μακροχρόνιες συμπεριφορές από τυπικά βραχυπρόθεσμα επεισόδια. Στην κατηγορία των διαταραχών αυτών περιλαμβάνεται η εναντιωτική προκλητική διαταραχή και η διαταραχή αγωγής οι οποίες θα αναλυθούν παρακάτω (Parekh, 2018).

1.16.1 Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή

Τα συμπτώματα της εναντιωτικής προκλητικής διαταραχής περιλαμβάνουν:

- **Θυμωμένη/ευερέθιστη διάθεση**

Το άτομο συχνά χάνει την ψυχραιμία του, ενοχλείται εύκολα, είναι συχνά θυμωμένο και κακεντρεχές (Parekh, 2018).

- **Επιχειρηματολογική/προκλητική συμπεριφορά**

Το άτομο συχνά λογομαχεί με πρόσωπα με εξουσία, συχνά αρνείται να συμμορφωθεί με τα αιτήματα ή τους κανόνες, ενοχλεί τους άλλους σκόπιμα, κατηγορεί τους άλλους για τα λάθη του ή για την κακή συμπεριφορά του (Parekh, 2018).

- **Εκδικητικότητα**

Το άτομο είναι κακεντρεχές ή εκδικητικό (Parekh, 2018).

Οι συμπεριφορές αυτές αναστατώνουν το άτομο ή τα άτομα γύρω του ή προκαλούν προβλήματα στο σχολείο, στη δουλειά ή στις κοινωνικές δραστηριότητες. Τα συμπτώματα είναι πιο σοβαρά από μια φυσιολογική κακή συμπεριφορά (Parekh, 2018).

Για να τεθεί η διάγνωση της εναντιωτικής προκλητικής διαταραχής οι συμπεριφορές πρέπει να εκδηλωθούν απέναντι σε τουλάχιστον ένα άτομο, το οποίο δεν είναι αδελφός του ατόμου. Τα σημάδια της διαταραχής συχνά αναπτύσσονται κατά την προσχολική ηλικία. Για παιδιά κάτω των 5 ετών η συμπεριφορά προκύπτει τις περισσότερες μέρες για τουλάχιστον έξι μήνες. Για τα άτομα 5 ετών και άνω, η συμπεριφορά προκύπτει τουλάχιστον μια φορά ανά εβδομάδα για τουλάχιστον έξι μήνες (Parekh, 2018).

Η θεραπεία της εναντιωτικής προκλητικής διαταραχής συχνά περιλαμβάνει ένα συνδυασμό θεραπείας και εκπαίδευσης για το παιδί και εκπαίδευσης για τους γονείς. Για τα παιδιά και τους εφήβους, η γνωστική εκπαίδευση επίλυσης προβλημάτων μπορεί να διδάξει θετικούς τρόπους απόκρισης σε στρεσογόνες καταστάσεις. Η εκπαίδευση ως προς τις κοινωνικές δεξιότητες βοηθά τα παιδιά και τους νέους να μάθουν να αλληλεπιδρούν με τα άλλα παιδιά και τους ενηλίκους με έναν πιο κατάλληλο και θετικό τρόπο (Parekh, 2018).

Η εκπαίδευση διαχείρισης για τους γονείς μπορεί να τους βοηθήσει να μάθουν δεξιότητες και τεχνικές για να αποκρίνονται στις προκλητικές συμπεριφορές και να βοηθήσουν τα παιδιά τους με θετικές συμπεριφορές. Η εκπαίδευση εστιάζει στην παροχή υποστηρικτικής επίβλεψης και άμεσης, σταθερής πειθαρχίας για την προβληματική συμπεριφορά (Parekh, 2018).

1.16.2 Διαταραχή Διαγωγής

Η διαταραχή διαγωγής είναι μια πιο σοβαρή διαταραχή από την εναντιωτική προκλητική διαταραχή και περιλαμβάνει συνεχόμενες συμπεριφορές που παραβιάζουν τους

κοινωνικούς κανόνες. Μπορεί να περιλαμβάνει την επιθετικότητα απέναντι σε άτομα ή ζώα, όπως για παράδειγμα ο σχολικός εκφοβισμός, οι σωματικοί καυγάδες και η χρήση όπλου και η σκόπιμη καταστροφή της περιουσίας κάποιου. Επιπλέον, το άτομο ψεύδεται ή κλέβει ή παραβιάζει σημαντικούς κανόνες, όπως το να φεύγει από το σπίτι του όλη τη νύχτα ή συχνά να μην πηγαίνει σχολείο πριν την ηλικία των 13 ετών (Parekh, 2018).

Η συμπεριφορά αυτή προκαλεί σημαντικά προβλήματα στις σχολικές και κοινωνικές δραστηριότητες. Τα άτομα με διαταραχή διαγωγής μπορεί να αρνηθούν ή να υποβαθμίσουν τη σοβαρότητα των συμπεριφορών τους. Η διαταραχή διαγωγής διαγιγνώσκεται σε παιδιά και νέους ηλικίας μέχρι και 18 ετών. Οι ενήλικες με παρόμοια συμπτώματα μπορεί να διαγνωστούν με αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας. Η πρόωπη παρέμβαση μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη της συνέχισης των προβλημάτων στην ενήλικη ζωή (Parekh, 2018).

Η θεραπεία μπορεί να βοηθήσει τα παιδιά να μάθουν να αλλάζουν τον τρόπο σκέψης τους και να ελέγχουν τα αισθήματα θύμου. Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει εκπαίδευση διαχείρισης για τους γονείς και οικογενειακή θεραπεία, όπως η Λειτουργική Οικογενειακή Θεραπεία. Η Λειτουργική Οικογενειακή Θεραπεία βοηθά τις οικογένειες να κατανοήσουν τη διαταραχή και τα σχετικά με αυτή προβλήματα, διδάσκει θετικές γονικές δεξιότητες και βοηθά στη δημιουργία οικογενειακών σχέσεων. Μπορεί να βοηθήσει τις οικογένειες να εφαρμόσουν θετικές αλλαγές σε άλλους τομείς προβλημάτων και καταστάσεων (Parekh, 2018).

Η φαρμακευτική αγωγή γενικά δε χρησιμοποιείται για την άμεση αντιμετώπιση των διαταραχών διαγωγής. Ωστόσο, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για άλλες καταστάσεις οι οποίες προκύπτουν συχνά μαζί με τις διαταραχές αυτές, όπως για παράδειγμα η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής ή και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ – Υ) ή η κατάθλιψη (Parekh, 2018).

2. Νοητική Υστέρηση

2.1 Ορισμοί Νοητικής Υστέρησης

Πολλές απόψεις έχουν διατυπωθεί με το πέρασμα του χρόνου για τη νοητική υστέρηση, η οποία θεωρείται πως είναι μια σύνθετη παθολογική κατάσταση. Οι απόψεις αυτές έχουν τροποποιηθεί κατά τη διάρκεια του χρόνου κάτι που οφείλεται στα σημαντικά ευρήματα των ερευνών καθώς και στην κλινική εμπειρία των ειδικών, όσον αφορά τα άτομα με νοητική υστέρηση (Στασινός, 2016). Τα τελευταία χρόνια πολλοί είναι οι ορισμοί που προτείνονται από τους επιστήμονες με σκοπό να ορίσουν τη νοητική υστέρηση. Την προηγούμενη δεκαετία, η Αμερικανική Εταιρεία για τη Νοητική Υστέρηση (American Association on Mental Retardation – AAMR) κατήγγησε τον όρο «Νοητική Υστέρηση» και έναντι αυτού πρότεινε τη χρήση του όρου «Νοητικές Δυσκολίες (Mental Disabilities – MD) (Shalock et al., 2007). Με την αλλαγή αυτή της ορολογίας, ο παραπάνω φορέας, στόχος του οποίου είναι η ευαισθητοποίηση της κοινωνίας για θέματα που αφορούν τη νοητική υστέρηση, μετονομάστηκε σε Αμερικανική Εταιρεία για τις Νοητικές και Αναπτυξιακές Δυσκολίες (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities – AAIDD) (Heward, 2011).

Σύμφωνα με τον Heber (1961), όπως αναφέρει ο Στασινός, ο ορισμός της νοητικής υστέρησης, όπως αυτός διατυπώθηκε το 1959 και αναθεωρήθηκε ως ένα βαθμό στα 1961 από την ομόλογη Αμερικανική Εταιρεία (American Association on Mental Retardation – AAMR), έχει ως εξής:

«Η νοητική υστέρηση αναφέρεται στην κάτω του μέσου όρου γενική νοητική λειτουργικότητα (του ατόμου) η οποία έχει την απαρχή της στην αναπτυξιακή περίοδο και συνυφίνεται με ανεπάρκεια στην προσαρμοστική συμπεριφορά» (Στασινός, 2016, σ. 93).

Όπως αναφέρει ο Στασινός, σύμφωνα με τον Grossman (1983), ο οικείος ορισμός γνώρισε στη συνέχεια σημαντικές τροποποιήσεις από την εν λόγω εταιρεία που στοχεύουν στην αποσαφήνιση του περιεχομένου του. Οι τροποποιήσεις αυτές αποτυπώνονται στο παρακάτω κείμενο:

«Η νοητική υστέρηση αναφέρεται στη σημαντικά κάτω του μέσου όρου γενική νοητική λειτουργικότητα (του ατόμου) που έχει ως αποτέλεσμα ή συνυφίνεται με ελλείμματα στην προσαρμοστική συμπεριφορά και εκδηλώνεται στη διάρκεια της αναπτυξιακής

περιόδου»

(Στασινός, 2016, σ. 94).

Σύμφωνα με τον Luckasson και τους συνεργάτες του (1992), όπως αναφέρει ο Στασινός, η εν λόγω εταιρεία με την προαναφερθείσα νέα της επωνυμία (Αμερικανική Εταιρεία για τις Νοητικές και Αναπτυξιακές Δυσκολίες) στα 1992 βελτίωσε ακόμη περισσότερο τη διατύπωση του οικείου ορισμού με αποτέλεσμα αυτός να καταστεί πλέον σαφής, λεπτομερής και λειτουργικός. Ο νέος ορισμός έχει ως ακολούθως:

«Νοητική υστέρηση είναι μια δυσκολία που χαρακτηρίζεται από σημαντικούς περιορισμούς στη νοητική λειτουργικότητα και στην προσαρμοστική συμπεριφορά όπως αυτοί εκφράζονται στις αντιληπτικές, κοινωνικές και πρακτικές δεξιότητες. Αυτή η δυσκολία εκδηλώνεται πριν από την ηλικία των 18 χρόνων» (δηλαδή εμφανίζεται στην αναπτυξιακή περίοδο του παιδιού). (Στασινός, 2016, σ. 94).

Από τον παραπάνω ορισμό προκύπτουν τρία κριτήρια που συμβάλλουν στη διάγνωση της νοητικής υστέρησης:

1. Το πρώτο κριτήριο αφορά τη νοητική (γνωστική) λειτουργία του ατόμου η οποία θα πρέπει να υπολείπεται σημαντικά του μέσου όρου. Η βαθμολογία δηλαδή του ατόμου σε σταθμισμένο τεστ νοημοσύνης θα πρέπει να είναι μικρότερη από αυτή του μέσου όρου κατά 2 ή περισσότερες τυπικές αποκλίσεις, με τη συνολική βαθμολογία να είναι περίπου 70 μονάδες ή χαμηλότερη. Η γνωστική λειτουργία αντιστοιχεί στην επίδοση του ατόμου.
2. Το δεύτερο κριτήριο αναφέρει πως το άτομο θα πρέπει να παρουσιάζει ελλείμματα δυσανάλογα με τον μέσο όρο, τόσο στο επίπεδο της νοητικής λειτουργίας όσο και στο επίπεδο της προσαρμοστικής συμπεριφοράς, τα οποία φαίνονται ξεκάθαρα κατά τις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου. Τα ελλείμματα στην προσαρμοστική συμπεριφορά αξιολογούνται διαφορετικά ανάλογα με την ηλικία εκδήλωσής τους ή ανάλογα με το περιβάλλον στο οποίο ζει το κάθε άτομο και εκδηλώνονται στις καθημερινές δραστηριότητες διαβίωσης του ατόμου.
3. Το τρίτο και τελευταίο κριτήριο τονίζει πως τα ελλείμματα αυτά θα πρέπει να έχουν εμφανιστεί κατά την περίοδο της ανάπτυξης του ατόμου, για να μπορεί να διαχωριστεί η νοητική υστέρηση από άλλες αναπηρίες, όπως η μειωμένη νοητική λειτουργία εξαιτίας κάποιας τραυματικής εγκεφαλικής βλάβης. Δηλαδή, θεωρείται πως η νοητική

υστέρηση έχει ηλικία εκδήλωσης πριν από την ηλικία των 18 χρόνων, καθώς μετά την ηλικία αυτή το άτομο ξεκινά την ενήλικη ζωή του και η ψυχοκοινωνική και νοητική του ανάπτυξη έχει πλέον ολοκληρωθεί.

(Heward, 2011; Στασινός, 2016).

2.2 Ταξινόμηση Νοητικής Υστέρησης

Η νοητική υστέρηση είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή που χαρακτηρίζεται από τρία χαρακτηριστικά:

1. Γνωστικά ελλείμματα
2. Ελλείμματα προσαρμοστικής λειτουργικότητας
3. Έναρξη κατά την περίοδο της ανάπτυξης

(Marrus & Hall, 2017).

2.2.1 Επίπεδα Νοητικής Υστέρησης

Όπως αναφέρει ο Στασινός, τα επίπεδα νοητικής υστέρησης, σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM – IV – TR και DSM – V – TR) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (2000, 2013 αντίστοιχα) καθώς και τη Διεθνή Ταξινόμηση των Νόσων (ICD – 10) [πρόκειται για την ένατη αναθεώρηση, κλινική της τροποποίηση ICD – 10 (1992)] είναι τα εξής:

- Η ελαφρά/ήπια νοητική υστέρηση (mild),
- Η μέτρια νοητική υστέρηση (moderate),
- Η βαριά νοητική υστέρηση (severe)
- Η βαθιά ή πολύ βαριά νοητική υστέρηση (profound)

(Στασινός, 2016, σ. 96, 97).

2.2.2 Ταξινόμηση με βάση τον Δείκτη Νοημοσύνης (IQ)

Η ταξινόμηση των ατόμων με νοητική υστέρηση μπορεί να γίνει με βάση τον βαθμό ή το επίπεδο της σοβαρότητας των νοητικών ελλειμμάτων τα οποία προκύπτουν από ένα τεστ νοημοσύνης. (Heward, 2011).

Όπως αναφέρει ο Στασινός, σήμερα τα τέσσερα επίπεδα νοητικής υστέρησης, σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM – IV – TR) της

Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (2000), αντιστοιχούν στους παρακάτω δείκτες νοημοσύνης (IQ) με τις πλέον συντηρητικές οροφές (Στασινός, 2016, σ. 98):

1. Στο πρώτο επίπεδο το εύρος του Δείκτη Νοημοσύνης κυμαίνεται από 50-55 έως 70 βαθμούς. Τα άτομα που ανήκουν σε αυτό το επίπεδο θεωρείται πως έχουν ήπια νοητική υστέρηση.
2. Στο δεύτερο επίπεδο το εύρος του Δείκτη Νοημοσύνης κυμαίνεται από 35-40 έως 50-55 και τα άτομα του επιπέδου αυτού θεωρείται πως έχουν μέτρια νοητική υστέρηση.
3. Στο τρίτο επίπεδο το εύρος του Δείκτη Νοημοσύνης κυμαίνεται από 20-25 έως 35-40 βαθμούς και τα άτομα σε αυτό το επίπεδο θεωρείται πως έχουν βαριά νοητική υστέρηση.
4. Στο τέταρτο επίπεδο ο Δείκτης Νοημοσύνης βρίσκεται κάτω από τους 20-25 βαθμούς. Τα άτομα αυτά θεωρείται πως έχουν βαθιά ή πολύ βαριά νοητική υστέρηση

(Heward, 2011; Στασινός, 2016).

Η συσχέτιση του δείκτη νοημοσύνης και της κατηγορίας της νοητικής υστέρησης μπορεί να διαφέρει από χώρα σε χώρα (Παντελιάδου & Αργυρόπουλος, 2011). Για αυτό το λόγο, για να τεθεί μια ακριβής διάγνωση πρέπει να δοθεί σημασία τόσο στην παραπάνω ταξινόμηση όσο και στην κλινική εικόνα που παρουσιάζει το κάθε άτομο (Heward, 2011).

2.2.3 Ταξινόμηση Νοητικής Υστέρησης με βάση την ικανότητα μάθησης

Όπως αναφέρει ο Στασινός, σύμφωνα με τον καθηγητή Samuel Kirk (1972) σε ομώνυμο σύγγραμμά του αναφέρεται σε θέματα νοητικής υστέρησης χρησιμοποιώντας τη φράση «άτομα με χαμηλή νοημοσύνη» (low intelligence). Στο εν λόγω σύγγραμμα ο ίδιος προτείνει την ταξινόμησή τους σε τέσσερις ομάδες:

1. Σε αυτά που έχουν χαμηλή ικανότητα μάθησης (slow learners: IQ 80 – 90).
2. Σε όσα μπορούν να εκπαιδεύονται – τα εκπαιδεύσιμα (educable mentally retarded: IQ 50 – 55 έως 75 – 79).
3. Σε αυτά που μπορούν να ασκούνται σε ορισμένες τέχνες ή σε απλά πρακτικά επαγγέλματα – τα ασκήσιμα (trainable mentally retarded: IQ 30 – 35 έως 50 – 55).
4. Σε αυτά που έχουν ολοκληρωτική εξάρτηση δηλαδή είναι με βαθιά ή με πολύ βαριά νοητική υστέρηση (totally dependent ή profoundly mentally retarded: IQ κάτω του 25 – 30).

(Στασινός, 2016, σ. 98).

2.2.4 Ταξινόμηση του DSM - 5

Η προσέγγιση της ταξινόμησης της νοητικής υστέρησης με βάση το επίπεδο σοβαρότητάς της είναι πολύ χρήσιμη για το διαχωρισμό των πτυχών της ήπιας προς σοβαρής νοητικής υστέρησης που διαφέρουν από τις πτυχές της σοβαρής προς βαθιάς νοητικής υστέρησης. Το DSM – 5 διατήρησε αυτή την κατηγοριοποίηση εστιάζοντας περισσότερο στις καθημερινές δεξιότητες παρά σε ένα συγκεκριμένο εύρος του Δείκτη Νοημοσύνης (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2015).

- **Ήπια προς Μέτρια Νοητική Υστέρηση**

Η πλειοψηφία των ατόμων με νοητική υστέρηση ταξινομείται στην κατηγορία ήπια προς μέτρια νοητική υστέρηση. Τα άτομα με ήπια νοητική υστέρηση αναπτύσσονται πιο αργά σε όλους τους τομείς της αντιληπτικής ανάπτυξης και των κοινωνικών και καθημερινών δεξιοτήτων διαβίωσης. Τα άτομα αυτά μπορούν να μάθουν πρακτικές δεξιότητες διαβίωσης, οι οποίες θα τους επιτρέψουν να λειτουργούν στην καθημερινή τους ζωή με ελάχιστο επίπεδο υποστήριξης (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2015).

Τα άτομα με μέτρια νοητική υστέρηση μπορούν να φροντίσουν τον εαυτό τους, να ταξιδέψουν σε γνωστά μέρη μέσα στην κοινότητά τους καθώς και να μάθουν βασικές δεξιότητες που σχετίζονται με την ασφάλεια και την υγεία. Η αυτοεξυπηρέτησή τους απαιτεί μέτριο επίπεδο υποστήριξης (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2015).

- **Σοβαρή Νοητική Υστέρηση**

Τα άτομα με σοβαρή νοητική υστέρηση έχουν την ικανότητα να μάθουν απλές καθημερινές ρουτίνες και να ασχοληθούν με απλές ενέργειες αυτοεξυπηρέτησης, χρειάζονται όμως επίβλεψη σε κοινωνικά περιβάλλοντα και συχνά χρειάζονται την οικογενειακή φροντίδα για να ζήσουν σε ένα περιβάλλον με επίβλεψη (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2015).

- **Βαθιά Νοητική Υστέρηση**

Τα άτομα με βαθιά νοητική υστέρηση δεν μπορούν να ζήσουν ανεξάρτητα και απαιτείται στενή επίβλεψη και παροχή βοήθειας για τις δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης. Έχουν πολύ περιορισμένη ικανότητα επικοινωνίας και συχνά εμφανίζουν σωματικούς περιορισμούς. Τα άτομα με ήπια προς μέτρια νοητική

υστέρηση είναι λιγότερο πιθανό να εμφανίσουν σχετικές ιατρικές καταστάσεις σε σχέση με τα άτομα με σοβαρή ή βαθιά νοητική υστέρηση (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2015).

Παλαιότερα τα άτομα με ήπια και μέτρια νοητική υστέρηση χαρακτηρίζονταν ως «εκπαιδευσιμα» ή «ασκήσιμα». Οι όροι αυτοί θεωρούνται πλέον ακατάλληλοι καθώς θέτουν προκαθορισμένα όρια επίδοσης των ατόμων αυτών (Heward, 2011).

2.3 Διαγνωστικά Κριτήρια Νοητικής Υστέρησης

Ο όρος «Διανοητική αναπηρία (διανοητική αναπτυξιακή διαταραχή)» που χρησιμοποιείται στο DSM – 5, αντικατέστησε τον όρο «Νοητική Καθυστέρηση» που χρησιμοποιούνταν στις προηγούμενες εκδόσεις του Διαγνωστικού και Στατιστικού εγχειριδίου των Διανοητικών Διαταραχών. Το όνομα στην παρένθεση «(διανοητική αναπτυξιακή διαταραχή)» περιλαμβάνεται στο κείμενο για να αντικατοπτρίσει τα ελλείμματα στη γνωστική ικανότητα που έχουν έναρξη κατά την αναπτυξιακή περίοδο (American Psychiatric Association, 2013b).

Σύμφωνα με το DSM – 5 για να τεθεί η διάγνωση πρέπει να πληρούνται τα ακόλουθα διαγνωστικά κριτήρια:

1. Ελλείμματα στις διανοητικές λειτουργίες, όπως η λογική σκέψη, η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, ο σχεδιασμός, η αφηρημένη σκέψη, η κρίση, η ακαδημαϊκή μάθηση και η μάθηση από την εμπειρία, τα οποία επιβεβαιώνονται τόσο από κλινική αξιολόγηση όσο και από τα σταθμισμένα τεστ για την αξιολόγηση της νοημοσύνης.
2. Ελλείμματα στην προσαρμοστική λειτουργία του ατόμου, που το οδηγούν σε αδυναμία να ανταποκριθεί στα αναπτυξιακά και κοινωνικά πολιτιστικά πρότυπα για την προσωπική ανεξαρτησία και την κοινωνική υπευθυνότητα. Χωρίς συνεχή υποστήριξη τα προσαρμοστικά ελλείμματα μειώνουν τη λειτουργικότητα του ατόμου σε μία ή περισσότερες δραστηριότητες ή στην καθημερινή του ζωή, όπως η επικοινωνία, η κοινωνική συμμετοχή, η ανεξάρτητη διαβίωση σε πολλαπλά περιβάλλοντα, όπως στο σπίτι, στο σχολείο, στην εργασία και στην κοινότητα.
3. Η έναρξη των διανοητικών και προσαρμοστικών ελλειμμάτων εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης.

(American Psychiatric Association, 2013a).

2.4 Χαρακτηριστικά ατόμων με Νοητική Υστέρηση

Τα παιδιά με νοητική υστέρηση μπορεί να έχουν ιστορικό με καθυστέρηση στην έναρξη λόγου, στο να κάθονται, στο να μπουσουλήσουν ή στο να περπατήσουν. Επιπλέον μπορεί να παρουσιάζουν ανώριμο παιχνίδι και κοινωνική αλληλεπίδραση καθώς και μειωμένη ικανότητα κατανόησης, μάθησης και επίλυσης προβλημάτων (Marrus & Hall, 2017).

Το DSM – 5 καθορίζει επιπλέον τη σοβαρότητα της νοητικής υστέρησης όσον αφορά:

- a. Τον αντιληπτικό τομέα (γνωστικές και διανοητικές ικανότητες και ελλείμματα)
- b. Τον κοινωνικό τομέα (κοινωνικές και επικοινωνιακές δεξιότητες και ελλείμματα)
- c. Τον πρακτικό τομέα (δραστηριότητες καθημερινών δεξιοτήτων διαβίωσης και ελλείμματα)

(American Psychiatric Association, 2013a).

Πιο συγκεκριμένα:

1. Ο αντιληπτικός τομέας περιλαμβάνει γλωσσικές δεξιότητες, δεξιότητες ανάγνωσης, γραφής, μαθηματικών, συλλογισμού, γνώσης και μνήμης.
2. Ο κοινωνικός τομέας αναφέρεται στην ενσυναίσθηση, στην κοινωνική κρίση, στις διαπροσωπικές επικοινωνιακές δεξιότητες, στην ικανότητα δημιουργίας και διατήρησης φιλικών σχέσεων και σε παρόμοιες ικανότητες.
3. Ο πρακτικός τομέας εστιάζει στην αυτοδιαχείριση σε περιοχές όπως η προσωπική φροντίδα, οι εργασιακές ευθύνες, η διαχείριση χρημάτων, η αναψυχή και η οργάνωση σχολικών και εργασιακών έργων.

(American Psychiatric Association, 2013b).

Ενώ η νοητική υστέρηση δεν έχει συγκεκριμένη ηλικία εκδήλωσης, τα συμπτώματα του ατόμου θα πρέπει να ξεκινούν κατά τη διάρκεια της αναπτυξιακής περιόδου και η διάγνωση θα πρέπει να τεθεί με βάση τη σοβαρότητα των ελλειμμάτων στην προσαρμοστική λειτουργία. Η νοητική υστέρηση, θεωρείται μια χρόνια διαταραχή και συχνά συνυπάρχει με άλλες διαταραχές όπως η κατάθλιψη, η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής ή και Υπερκινητικότητας και με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού (American Psychiatric Association, 2013b).

2.5 Αιτιολογία Νοητικής Υστέρησης

Πολυάριθμα αίτια μπορεί να προκαλέσουν νοητική υστέρηση με πιο συχνή την κληρονομική ή τη γενετική αιτιολογία. Έχουν εντοπιστεί πάνω από 350 αίτια ωστόσο θεωρείται πως ένας συνδυασμός αιτιών ευθύνονται για την εμφάνιση της νοητικής υστέρησης (Heward, 2011). Σε πολλές περιπτώσεις όμως είναι δύσκολο να καθοριστεί η ακριβής αιτία που προκάλεσε τη νοητική υστέρηση (Αρμπουνιώτη, Κουτσοκλένη & Μαρνελάκης, 2007). Όπως αναφέρει ο Στασινός, σύμφωνα με την American Psychiatric Association (2000, 2003), για ένα ποσοστό 30% έως 40% των περιπτώσεων νοητικής υστέρησης δεν υπάρχει εξακριβωμένη αιτιολογία (Στασινός, 2016).

2.5.1 Γενετικά αίτια

Βιοϊατρικά αίτια

- Ορισμένες χρωμοσωμικές ανωμαλίες που μπορεί να προκαλέσουν νοητική υστέρηση είναι το σύνδρομο Down, το σύνδρομο του εύθραυστου Χ, το σύνδρομο Prader – Willi και το σύνδρομο Williams (Αρμπουνιώτη, Κουτσοκλένη & Μαρνελάκης, 2007; Heward, 2011). Το σύνδρομο Down (τρισωμία 21) είναι η πιο συχνή γενετική αιτία που μπορεί να προκαλέσει νοητική υστέρηση στις Ηνωμένες Πολιτείες, με συχνότητα εμφάνισης 1 στις 700 γεννήσεις (Parker et al., 2010) και αποτελεί την πιο αναγνωρίσιμη μορφή νοητικής υστέρησης από άποψη φυσιογνωμίας και ανατομίας (Στασινός, 2016).
- Κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης κάποια πιθανή ασθένεια που μπορεί να προσβάλλει τη μητέρα, όπως η ιλαρά και η ερυθρά, επηρεάζει αυτομάτως και το έμβρυο αυξάνοντας τις πιθανότητες να εμφανίσει νοητική υστέρηση (Αρμπουνιώτη, Κουτσοκλένη & Μαρνελάκης, 2007; Heward, 2011).
- Ο πρόωρος τοκετός και κάποιος πιθανός τραυματισμός κατά τον τοκετό μπορεί επίσης να προκαλέσουν νοητική υστέρηση (Heward, 2011).
- Τέλος, η τραυματική εγκεφαλική βλάβη που μπορεί να παρουσιάσει το παιδί, η κακή διατροφή, η μηνιγγοεγκεφαλίτιδα, οι επιληπτικές κρίσεις και οι εκφυλιστικές διαταραχές μπορεί να προκαλέσουν νοητική υστέρηση (Heward, 2011).

Κληρονομικές μεταβολικές ασθένειες

- Οι πιθανές νοσηρές γενετικές διεργασίες, δηλαδή διεργασίες που οφείλονται σε ανωμαλίες του μεταβολισμού μπορεί να προκαλέσουν νοητική υστέρηση (Στασινός,

2016). Η πιο γνωστή ανωμαλία του μεταβολισμού είναι η φαινυλκετονουρία (Αρμπουνιώτη, Κουτσοκλένη & Μαρνελάκης, 2007).

2.5.2 Περιβαλλοντικά Αίτια

Όταν δεν είναι προφανής κάποιος βιολογικός παράγοντας σε ένα άτομο με νοητική καθυστέρηση, υποθέτουμε ότι η αιτία είναι κάποια δυσμενής ψυχοκοινωνική συνθήκη, ο συνδυασμός ενός φτωχού κοινωνικού περιβάλλοντος πρώιμα στη ζωή ενός παιδιού (Heward, 2011, σ. 102).

Ο όρος αναπτυξιακή καθυστέρηση χρησιμοποιείται μερικές φορές όταν αναφερόμαστε σε νοητική υστέρηση που προκαλείται από τα παρακάτω αίτια (Heward, 2011).

➤ Αίτια που δρουν κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης (προγεννητικά)

Κοινωνικά αίτια

- Η κακή οικονομική κατάσταση της οικογένειας
- Η κακή διατροφή της μητέρας
- Η ενδοοικογενειακή βία
- Η έλλειψη πρόσβασης σε προγεννητική φροντίδα

(Heward, 2011).

Συμπεριφορικά αίτια

- Η χρήση τοξικών ουσιών από τη μητέρα
- Το κάπνισμα από τη μητέρα
- Η έλλειψη ωριμότητας του γονέα

(Heward, 2011).

- Επιπλέον σύμφωνα με την Πολυχρονοπούλου (2001), όπως αναφέρουν οι Αρμπουνιώτη, Κουτσοκλένη και Μαρνελάκης, η κατανάλωση αλκοόλ από τη μητέρα μπορεί να προκαλέσει στο έμβρυο τη λεγόμενη «διαταραχή του φάσματος του εμβρυϊκού αλκοολισμού» («Fetal Alcohol Syndrome») (Αρμπουνιώτη, Κουτσοκλένη & Μαρνελάκης, 2007).

Εκπαιδευτικά αίτια

- Η γνωστική αναπηρία του γονέα ο οποίος δεν λαμβάνει την απαιτούμενη στήριξη και η έλλειψη επαρκούς προετοιμασίας για το γονεϊκό του ρόλο (Heward, 2011)

➤ Αίτια που δρουν κατά τον τοκετό (περιγεννητικά)

Κοινωνικά αίτια

- Η έλλειψη πρόσβασης σε περιγεννητική φροντίδα μπορεί να συσχετιστεί με την εμφάνιση νοητικής υστέρησης (Heward, 2011).

Συμπεριφορικά αίτια

- Η απόρριψη φροντίδας του παιδιού από το γονέα
- Η εγκατάλειψή του παιδιού από το γονέα

(Heward, 2011).

Εκπαιδευτικά αίτια

- Η έλλειψη ιατρικής παραπομπής για υπηρεσίες παρέμβασης κατά την έξοδο από το μαιευτήριο σχετίζεται με την εμφάνιση νοητικής υστέρησης (Heward, 2011).

➤ Αίτια που δρουν κατά την παιδική ηλικία (μεταγεννητικά)

Κοινωνικά αίτια

- Η ανεπάρκεια του ατόμου που είναι υπεύθυνο για τη φροντίδα του παιδιού
- Η έλλειψη ερεθισμάτων από την οικογένεια
- Η κακή οικονομική κατάσταση της οικογένειας
- Κάποια χρόνια ασθένεια ενός μέλους της οικογένειας
- Η τοποθέτηση του παιδιού σε ένα ίδρυμα

(Heward, 2011).

Συμπεριφορικά αίτια

- Η κακοποίηση και η παραμέληση του παιδιού
- Η ενδοοικογενειακή βία

- Τα ανεπαρκή μέτρα ασφάλειας
- Η κοινωνική απομόνωση
- Η δύσκολη συμπεριφορά του παιδιού

(Heward, 2011).

Εκπαιδευτικά αίτια

- Η περιορισμένη φροντίδα του παιδιού από το γονέα
- Η καθυστέρηση της διάγνωσης
- Οι ανεπαρκείς υπηρεσίες πρώιμης παρέμβασης και ειδικής αγωγής
- Η ανεπαρκής οικογενειακή στήριξη

(Heward, 2011).

Πίνακας 2.1 Ορισμένες Προγεννητικές
Καταστάσεις που σχετίζονται με τη
Νοητική Καθυστέρηση

ΣΥΝΔΡΟΜΟ	ΟΡΙΣΜΟΣ/ΑΙΤΙΑ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ/ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ
Σύνδρομο Down	Προκαλείται από χρωμοσωμική ανωμαλία· πιο κοινός τύπος είναι η τρισωμία 21, στην οποία το χρωμόσωμα 21 είναι τριπλό αντί διπλό. Πιο συχνά οδηγεί σε μέτριο επίπεδο νοητικής καθυστέρησης, αν και κάποια άτομα λειτουργούν σε ήπιο ή σοβαρό επίπεδο. Επηρεάζει περίπου 1 στις 1.000 γεννήσεις· η πιθανότητα γέννησης βρέφους με σύνδρομο Down είναι 1 στις 30 γυναίκες ηλικίας 45 ετών.	Γνωστή και εκτενώς μελετημένη βιολογική κατάσταση που σχετίζεται με τη νοητική καθυστέρηση· εκτιμάται ότι εξηγεί το 5-6% των περιπτώσεων. Χαρακτηριστικά σωματικά γνωρίσματα: χαμηλό ανάστημα· επίπεδο, πλατύ πρόσωπο με μικρά αυτιά και μύτη· ανεβασμένα κυρτά μάτια· μικρό στόμα με στενό ουρανίσκο, γλώσσα που προεξέχει και μπορεί να προκαλέσει δυσκολίες άρθρωσης· υποτονία (χαλαροί μύες)· συχνές καρδιακές ανωμαλίες· ευαισθησία σε ωτολογικές και αναπνευστικές μολύνσεις. Τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα έχουν υψηλό κίνδυνο να εμφανίσουν τη νόσο του Alzheimer.
Διαταραχή του φάσματος του εμβρυϊκού αλκοολισμού	Περιλαμβάνονται το εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο, η εμβρυϊκή αλκοολική επίδραση και η σχετική με το αλκοόλ νευροαναπτυξιακή διαταραχή. Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ από τη μητέρα κατά τη διάρκεια της κύησης επιφέρει τοξικές επιδράσεις στο έμβρυο, συμπεριλαμβανομένων σωματικών ελαττωμάτων και αναπτυξιακών καθυστερήσεων. Η διάγνωση του εμβρυϊκού αλκοολικού συνδρόμου τίθεται όταν το παιδί έχει δύο ή περισσότερες	Ένα από τα βασικά αίτια νοητικής καθυστέρησης, το εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο έχει υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης από το σύνδρομο Down και την εγκεφαλική παράλυση. Επιπρόσθετα των γνωστικών ελλειμμάτων, κάποια παιδιά εμφανίζουν διαταραχές ύπνου, κινητική δυσλειτουργία, υπερευθιστότητα, επιθετικότητα και προβλήματα διαγωγής. Παρόλο που ο κίνδυνος για τη διαταραχή του φάσματος του εμβρυϊκού αλκοολισμού είναι μεγαλύτερος κατά το πρώτο τρίμηνο της

ΣΥΝΔΡΟΜΟ

κρανιοπροσωπικές δυσμορφίες και η ανάπτυξη είναι μικρότερη του 10% για το ύψος και το βάρος. Παιδιά που πληρούν κάποια, αλλά όχι όλα τα διαγνωστικά κριτήρια του συνδρόμου και έχουν ιστορικό προγεννητικής έκθεσης στο αλκοόλ, διαγιγνώσκονται με εμβρυϊκή αλκοολική επίδραση, μία κατάσταση που σχετίζεται με υπερκινητικότητα και μαθησιακά προβλήματα.

κύησης, οι εγκυμονούσες πρέπει να αποφεύγουν γενικά την κατανάλωση αλκοόλ.

Σύνδρομο του εύθραυστου X

Μία τριπλή, επαναλαμβανόμενη μετάλλαξη του χρωμοσώματος X παρεμβαίνει στην παραγωγή της πρωτεΐνης FMR – 1, που είναι σημαντική για την ομαλή εγκεφαλική λειτουργία· η πλειονότητα των αγοριών εμφανίζει ήπια έως μέτρια νοητική καθυστέρηση και μέτρια έως σοβαρά ελλείμματα στην ενήλικη ζωή· οι γυναίκες μπορεί να φέρουν και να μεταδώσουν τη μετάλλαξη στα παιδιά τους, αλλά τείνουν να εμφανίζουν λιγότερες αναπηρίες συγκριτικά με τους άντρες.

Επηρεάζει περίπου 1 στα 4.000 αγόρια· η πιο κοινή κληρονομική αιτία νοητικής καθυστέρησης και ο πιο συνηθισμένος κλινικός τύπος μετά το σύνδρομο Down. Χαρακτηρίζεται από κοινωνικό άγχος και αποφυγή (αποφυγή βλεμματικής επαφής, απτική αμυντικότητα, στροφή σώματος κατά τη διάρκεια αλληλεπιδράσεων πρόσωπο – με – πρόσωπο και τυποποιημένες, τελετουργικές μορφές χαιρετισμού)· στερεοτυπικός λόγος που συχνά χαρακτηρίζεται από επανάληψη λέξεων και φράσεων.

Σύνδρομο Klinefelter (αγόρια XXY)

Τα αγόρια έχουν ένα επιπλέον χρωμόσωμα X. Η στειρότητα, η υποπλασία των ανδρικών γεννητικών οργάνων, η εμφάνιση θηλυκών δευτερογενών σεξουαλικών χαρακτηριστικών αποτελούν κοινά γνωρίσματα· μερικές φορές περιλαμβάνει ήπια γνωστική καθυστέρηση.

Τα αγόρια XXY συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα κοινωνικών δεξιοτήτων, ακουστικής αντίληψης, λόγου και μερικές φορές εμφανίζουν ήπια γνωστική καθυστέρηση· πιο συχνά σχετίζεται με μαθησιακές δυσκολίες παρά με νοητική καθυστέρηση.

Φαινυλοκετονουρία

Γενετικά κληρονομούμενη ασθένεια κατά

Η νοητική καθυστέρηση που προκαλείται από

την οποία το παιδί γεννιέται χωρίς ένα σημαντικό ένζυμο, απαραίτητο για τη διάσπαση ενός αμινοξέος, της φαινυλαλανίνης, που υπάρχει σε πολλά κοινά τρόφιμα· η αποτυχία διάσπασης αυτού του αμινοξέος προκαλεί εγκεφαλική βλάβη που συχνά οδηγεί σε επιθετικότητα, υπερκινητικότητα και σοβαρή νοητική καθυστέρηση.

τη φαινυλοκετονουρία έχει στην ουσία εκλείψει στις Ηνωμένες Πολιτείες χάρη στον ευρέως διαδεδομένο έλεγχο. Αναλύοντας τη συγκέντρωση φαινυλαλανίνης στο αίμα του νεογνού, οι γιατροί μπορούν να διαγνώσουν την ασθένεια και να την αντιμετωπίσουν με ειδική διαίτα. Τα περισσότερα παιδιά που ακολουθούν αρκετά νωρίς διαίτα περιορισμένη σε φαινυλαλανίνη έχουν φυσιολογική νοητική ανάπτυξη.

Σύνδρομο Prader – Willi

Προκαλείται από εξάλειψη ενός μέρους του χρωμοσώματος 15. Αρχικά, τα βρέφη εμφανίζουν υποτονία (χαλαρούς μύες) και ίσως χρειαστεί να σιτίζονται με σωλήνα. Η αρχική φάση ακολουθείται από ανάπτυξη ακόρεστης όρεξης· η συνεχής ενασχόληση με το φαγητό μπορεί να οδηγήσει σε απειλητική για τη ζωή παχυσαρκία, αν δεν υπάρχει έλεγχος της πρόσληψης τροφής. Επηρεάζει 1 στις 10.000 – 25.000 γεννήσεις.

Σχετίζεται με ήπια καθυστέρηση και μαθησιακές δυσκολίες· συχνά είναι τα προβλήματα συμπεριφοράς: παρορμητικότητα, επιθετικότητα, εκρήξεις θυμού, ιδεοψυχαναγκαστική συμπεριφορά· κάποιες μορφές αυτοτραυματικής συμπεριφοράς, όπως τσίμπημα του δέρματος· επιβραδυμένες κινητικές δεξιότητες, χαμηλό ανάστημα, μικρά χέρια και πόδια, υποπλασία γεννητικών οργάνων.

Σύνδρομο Williams

Προκαλείται από εξάλειψη υλικού στο έβδομο χρωμόσωμα· η γνωστική λειτουργία κυμαίνεται από φυσιολογική έως ήπια και μέτρια νοητική καθυστέρηση.

Χαρακτηριστικά προσώπου που παραπέμπουν σε «ξωτικό»· σωματικά γνωρίσματα και τρόπος έκφρασης που δείχνουν ευδιαθεσία και χαρά· περιγράφονται ως «υπερβολικά φιλικά» άτομα, με έλλειψη συστολής σε αγνώστους· συχνά το προφίλ των δεξιοτήτων είναι ανομοιογενές, με δυνατότητες στο λεξιλόγιο και τις δεξιότητες διήγησης ιστοριών και αδυναμία στις οπτικο – χωρικές δεξιότητες· συχνά υπερκινητικά άτομα, ίσως δυσκολεύονται να παραμείνουν

Πηγές: Σύμφωνα με τους Astley & Claren (2000); Beirne – Smith, Patton & Kim (2006); Belser & Sudhalter (2001); Dimitropoulos et al. (2001); Dykens (2000); Dykens & Rosner (1999); Fidler, Hepburn, Most, Philofsky & Rogers (2007); Hagerman & Cronsiter (1996); Levine & Wharton (2000); Luckasson et al. (2002); Mervis, Klein – Tasman & Mastin (2001); J.E. Roberts et al. (2005); S. Ryan & Ferguson (2006); Stratton, Howe & Battaglia (1996); Sudhalter & Belser (2001); Symons, Butler, Sanders, Feurer & Thomson (1999); Symons, Clark, Roberts & Bailey (2001) και L.A. Thomas (2001), όπως αναφέρει ο Heward (Heward, 2011, σ. 101).

Παρόλο που δεν υπάρχουν άμεσες αποδείξεις ότι η κοινωνική και περιβαλλοντική αποστέρηση προκαλούν νοητική καθυστέρηση, οι ερευνητές γενικά υποστηρίζουν ότι αυτές οι επιδράσεις προκαλούν σε πολλές περιπτώσεις ήπια νοητική καθυστέρηση (Heward, 2011).

Εξαιτίας των περίεργων αιτιών και συνεπειών της νοητικής υστέρησης, μια αρχική εκτίμηση θα πρέπει να περιλαμβάνει την αξιολόγηση των διανοητικών δεξιοτήτων και των δεξιοτήτων διαβίωσης, την αναγνώριση γενετικών και μη γενετικών αιτιολογιών και τη διάγνωση καταστάσεων, όπως η επιληψία και η φαινυλκετονουρία, που μπορεί να χρειάζονται θεραπεία. Τα προγεννητικά και περιγεννητικά ιατρικά ιστορικά, μια σωματική εξέταση, οι γενετικές αξιολογήσεις, οι μεταβολικές εξετάσεις και η νευροαπεικονιστική αξιολόγηση μπορεί να βοηθήσουν στον προσδιορισμό των χαρακτηριστικών τα οποία ενδέχεται να επηρεάσουν την πορεία της νοητικής υστέρησης (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2015).

2.6 Επιδημιολογία Νοητικής Υστέρησης

Ο προσδιορισμός του αριθμού των ατόμων με νοητική υστέρηση παραμένει μια δύσκολη διαδικασία. Αυτό συμβαίνει αρχικά λόγω των συχνών αλλαγών στην ορολογία που χρησιμοποιείται για τη νοητική υστέρηση, του ασταθούς τρόπου αντιμετώπισης των ατόμων με νοητική υστέρηση καθώς και λόγω της απροθυμίας των σχολείων να δώσουν την «ετικέτα» της ήπιας υστέρησης στα παιδιά που χαρακτηρίζονται από αυτή (Heward, 2011; Στασινός, 2016).

Ιστορικά, η ομοσπονδιακή νομοθεσία εκτιμά τη συχνότητα εμφάνισης στο 3% του συνολικού πληθυσμού, παρόλο που πρόσφατες αναλύσεις δεν οδηγούν σε επαρκή αντικειμενική υποστήριξη αυτού του ποσοστού. Αν η συχνότητα εμφάνισης βασιζόταν μόνο στον ΔΝ, θεωρητικά το 2,3% του πληθυσμού θα είχε νοητική καθυστέρηση (Heward, 2011, σ. 97).

Αν ο προσδιορισμός της συχνότητας εμφάνισης της νοητικής καθυστέρησης γινόταν με μοναδικό κριτήριο τον Δείκτη Νοημοσύνης, τα ελλείμματα στην προσαρμοστική λειτουργία και η ανάγκη για υποστήριξη των ατόμων αυτών δε θα λαμβάνονταν υπ' όψη (Heward, 2011).

Τα αγόρια είναι πιο πιθανό να διαγνωστούν με νοητική υστέρηση σε σχέση με τα κορίτσια. Σύμφωνα με την Έρευνα Εθνικής Υγείας, από το 1997 έως το 2008 η συχνότητα εμφάνισης νοητικής υστέρησης ήταν 0.78% στα αγόρια και 0.63% στα κορίτσια (Boyle et al., 2011).

2.7 Αξιολόγηση και Διάγνωση Νοητικής Υστέρησης

Σύμφωνα με την AAIDD (2010a), τους Anastasi και Urbina (1997) και τον Luckasson και τους συνεργάτες του (1992), όπως αναφέρουν οι Bisconer και Ahsan, η διάγνωση της νοητικής υστέρησης στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στη χορήγηση και ερμηνεία σταθμισμένων τεστ νοημοσύνης και προσαρμοστικής συμπεριφοράς. Ωστόσο, μια τέτοια διάγνωση δεν συμπεριλαμβάνει μόνο τα αποτελέσματα των παραπάνω τεστ. Τυπικά η διαδικασία της αξιολόγησης περιλαμβάνει συνεντεύξεις με πρόσωπα οικεία στο άτομο με νοητική υστέρηση, καθώς και παρατήρηση του ατόμου στο περιβάλλον στο οποίο ζει (Bisconer & Ahsan, 2017). Το τεστ νοημοσύνης μπορεί να χορηγηθεί από έναν σχολικό ψυχολόγο ή από έναν κατάλληλα καταρτισμένο κλινικό και τα αποτελέσματα φανερώνουν το δείκτη νοημοσύνης του παιδιού (Heward, 2011).

Για να μπορεί να δικαιολογηθεί η διάγνωση της νοητικής υστέρησης, το άτομο θα πρέπει να έχει νοητική λειτουργικότητα κάτω του μέσου όρου, που αντιστοιχεί σε Δείκτη Νοημοσύνης των 70 μονάδων ή πιο κάτω σε ένα κατάλληλα σταθμισμένο τεστ νοημοσύνης (Griffin, Burke & Hodapp, 2012). Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με τον Luckasson και τους συνεργάτες του (2002), τον Schalock, τον Buntinx και των συνεργατών τους (2007), όπως αναφέρει ο Heward, σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρεία Νοητικής και Αναπτυξιακής Καθυστέρησης, για να τεθεί η διάγνωση της νοητικής υστέρησης ο Δείκτης Νοημοσύνης του ατόμου θα πρέπει να είναι περίπου δύο τυπικές αποκλίσεις μικρότερος από τον μέσο όρο, το οποίο αντιστοιχεί στην παραπάνω βαθμολογία, στα δύο πιο διαδεδομένα τεστ νοημοσύνης που είναι η Κλίμακα Νοημοσύνης Παιδιών του Wechsler και η Κλίμακα Νοημοσύνης Stanford – Binet (Heward, 2011).

Το DSM – 5 δίνει έμφαση στην ανάγκη για τη χρήση τόσο κλινικών αξιολογήσεων όσο και τυποποιημένων τεστ νοημοσύνης όταν πρόκειται να τεθεί η διάγνωση της νοητικής υστέρησης, με το βαθμό σοβαρότητας των ελλειμμάτων να βασίζεται στην προσαρμοστική λειτουργία και όχι μόνο σε αποτελέσματα από τεστ νοημοσύνης. Με την αφαίρεση των αποτελεσμάτων των τεστ νοημοσύνης από τα διαγνωστικά κριτήρια, αλλά με τη συμπερίληψη τους στο κείμενο περιγραφής της νοητικής υστέρησης, το DSM – 5 εξασφαλίζει πως δεν θα δίνεται υπερβολική έμφαση στα αποτελέσματα αυτά και δε θα θεωρούνται ως ο καθοριστικός παράγοντας για τη συνολική ικανότητα ενός ατόμου, χωρίς να αξιολογηθούν επαρκώς και τα επίπεδα λειτουργικότητάς του (American Psychiatric Association, 2013b).

2.7.1 Τεστ Νοημοσύνης

Σύμφωνα με τον Venn (2007), όπως αναφέρει ο Heward, ένα τεστ νοημοσύνης περιέχει μία σειρά ερωτήσεων (π.χ., λεξιλόγιο, ομοιότητες), έργα επίλυσης προβλημάτων (π.χ., λαβύρινθοι, σχέδια με κύβους), έργα μνήμης, καθώς και άλλα που θεωρείται ότι προϋποθέτουν συγκεκριμένο βαθμό νοημοσύνης για να απαντηθούν ή να λυθούν σωστά (Heward, 2011, σ. 89).

Τα πιο διαδεδομένα τεστ νοημοσύνης είναι τα παρακάτω:

- **Οι Κλίμακες Νοημοσύνης Wechsler (the Wechsler Intelligence Scales)** οι οποίες περιλαμβάνουν τρεις ξεχωριστές κλίμακες νοημοσύνης:

Σύμφωνα με τον Wechsler (2012), όπως αναφέρουν οι Bisconer και Ahsan, η **Κλίμακα Νοημοσύνης Wechsler για Παιδιά Προσχολικής και Σχολικής ηλικίας (the Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence), 4^η έκδοση (WIPPSI – IV)**, εκτιμά τη γνωστική ανάπτυξη σε παιδιά προσχολικής ηλικίας και σε νεαρά παιδιά ηλικίας 2.6 έως 7.7 ετών.

Σύμφωνα με τον Wechsler (2014), όπως αναφέρουν οι Bisconer και Ahsan, η **Κλίμακα Νοημοσύνης Wechsler για Παιδιά (the Wechsler Intelligence Scale for Children), 5^η έκδοση (WISC – V)**, εκτιμά τη διανοητική ικανότητα του παιδιού και είναι κατάλληλο για ηλικίες 6.0 έως 16.11 ετών.

Σύμφωνα με τον Wechsler (2008), όπως αναφέρουν οι Bisconer και Ahsan, η **Κλίμακα Νοημοσύνης Wechsler για Ενήλικες (the Wechsler Adult Intelligence Scale), 4^η έκδοση (WAIS – IV)**, εκτιμά τη διανοητική ικανότητα του ενήλικα και είναι κατάλληλη για άτομα ηλικίας 16.0 έως 90.11 ετών.

(Bisconer & Ahsan, 2017).

- Σύμφωνα με τον Royd (2003a, 2003b), όπως αναφέρουν οι Bisconer και Ahsan, **οι Κλίμακες Νοημοσύνης Stanford – Binet (the Stanford – Binet Intelligence Scales), 5^η έκδοση (SB5)**, είναι ένα εργαλείο εκτίμησης της νοημοσύνης και των γνωστικών ικανοτήτων, το οποίο χορηγείται μεμονωμένα σε άτομα ηλικίας 2 – 85 ετών και παραπάνω. Χρησιμοποιείται για να διαγνώσει ένα ευρύ φάσμα αναπτυξιακών δυσκολιών και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέρος της πρώιμης παιδικής αξιολόγησης, για τις ψυχοπαιδαγωγικές αξιολογήσεις, για τις ειδικές εκπαιδευτικές υπηρεσίες και για τον μετέπειτα προγραμματισμό της επαγγελματικής ανάπτυξης.
- Σύμφωνα με τον Bayley (2005a), όπως αναφέρουν οι Bisconer και Ahsan, **οι Κλίμακες Ανάπτυξης Bayley για Βρέφη και Νήπια (the Bayley Scales of Infant and Toddler Development), 3^η έκδοση (Bayley III)**, χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της αναπτυξιακής κατάστασης παιδιών ηλικίας από 1 μηνός έως 42 μηνών. Η αξιολόγηση αυτή διαρκεί 30 – 90 λεπτά ανάλογα με την ηλικία του παιδιού. Οι κλίμακες εκτιμούν την ανάπτυξη του παιδιού στους εξής τομείς: γνωστικός τομέας (οπτική προτίμηση, προσοχή, μνήμη, αισθητικοκινητικότητα, εξερεύνηση και χειρισμοί, σχηματισμός εννοιών), κινητικός τομέας (λεπτή και αδρή κινητικότητα),

γλωσσικός τομέας (αντιληπτικός και εκφραστικός λόγος), κοινωνικοσυναισθηματικός τομέας (επικοινωνία αναγκών, αυτορρύθμιση με τη χρήση συναισθηματικών σημάτων) και τομέας προσαρμοστικής συμπεριφοράς (επικοινωνία, αυτοφροντίδα, αυτοκατεύθυνση). Η συμμετοχή του φροντιστή του παιδιού ενθαρρύνεται και δημιουργείται μια αναφορά του φροντιστή με σχετικές συστάσεις. Σύμφωνα με τον Bayley (2005b), όπως αναφέρουν οι Bisconer και Ahsan, **το Ανιχνευτικό Τεστ Bayley III (the Bayley III Screening Test)** χρησιμοποιείται για συνεχή ανίχνευση, έλεγχο και επαναξιολόγηση στα παιδιά. Η αξιολόγηση χορηγείται εύκολα σε 15 – 20 λεπτά και παρέχει αποτελέσματα στον γνωστικό, γλωσσικό και κινητικό τομέα και αποτελέσματα σύμφωνα με την ηλικία. Η αξιολόγηση είναι χρήσιμη για τους παιδίατρος, για τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας και για τα προγράμματα πρόωπης παρέμβασης.

(Bisconer & Ahsan, 2017).

- Σύμφωνα με τους Kaufman και Kaufman (2004a), όπως αναφέρουν οι Bisconer και Ahsan, **η Αξιολόγηση Kaufman για Παιδιά (the Kaufman Assessment Battery for Children), 2^η έκδοση (KABC – II)**, είναι κατάλληλη για παιδιά ηλικίας 3 – 18 ετών. Οι κλίμακες και οι υποκλίμακες είναι σχεδιασμένες με τρόπο που να ελαχιστοποιούν τις λεκτικές οδηγίες και απαντήσεις. Το τεστ περιέχει περιορισμένο πολιτισμικό περιεχόμενο, το οποίο περιορίζει την πολιτισμική μεροληψία. Οι κλίμακες του τεστ περιλαμβάνουν ταυτόχρονη επεξεργασία, διαδοχική επεξεργασία, προγραμματισμό, εκμάθηση και γνώση. Το KABC – II θεωρείται πως είναι ένας καλύτερος δείκτης εκτίμησης της νοητικής ικανότητας στα παιδιά με διανοητικούς περιορισμούς σε σχέση με τα άλλα εργαλεία αξιολόγησης της νοημοσύνης καθώς εκτιμά τη νοητική ικανότητα χωρίς να δίνει έμφαση στις ακαδημαϊκές και στις λεκτικές δεξιότητες. Σύμφωνα με τους Kaufman και Kaufman (2004b), όπως αναφέρουν οι Bisconer και Ahsan, **το Σύντομο Τεστ Νοημοσύνης Kaufman (the Kaufman Brief Intelligence Test) (KBIT – 2)** είναι ένα ανιχνευτικό εργαλείο το οποίο περιλαμβάνει δύο κλίμακες: την παγιωμένη ή λεκτική κλίμακα και τη ρέουσα ή μη λεκτική κλίμακα. Το τεστ αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την επανεκτίμηση της νοητικής κατάστασης ενός παιδιού ή ενός ενήλικα, που έχει λάβει προηγουμένως μια συνολική αξιολόγηση, ως ένα ανιχνευτικό εργαλείο για την αναγνώριση παιδιών που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο και τα οποία θα χρειαστούν παραπομπή για μια συνολική αξιολόγηση και ως

μια αξιολόγηση της νοητικής ικανότητας σε παιδιά και ενήλικους, που διαμένουν σε ιδρύματα.

(Bisconer & Ahsan, 2017).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως τα αποτελέσματα των τεστ νοημοσύνης ή παρόμοιων τυποποιημένων τεστ θα πρέπει να συμπεριληφθούν στην αξιολόγηση του ατόμου. Σύμφωνα με το DSM – 5, η νοητική υστέρηση θεωρείται πως αντιστοιχεί σε περίπου δύο μονάδες τυπικής απόκλισης ή και πιο κάτω από το γενικό πληθυσμό, αποτέλεσμα που αντιστοιχεί σε δείκτη νοημοσύνης 70 μονάδων ή χαμηλότερα (American Psychiatric Association, 2013b).

2.7.2 Κλίμακες Αξιολόγησης της Προσαρμοστικής Συμπεριφοράς

Υπάρχει μια μεγάλη αύξηση του αριθμού για τις κλίμακες προσαρμοστικής συμπεριφοράς οι οποίες χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση και τη θεραπεία ατόμων με νοητική υστέρηση. Μερικά παραδείγματα ερωτηματολογίων είναι τα εξής:

- **Η Λίστα Ελέγχου των Προσαρμοστικών Δεξιοτήτων Διαβίωσης (the Checklist of Adaptive Living Skills) (CALS)**, σύμφωνα με τους Bruininks και Morreau (2004), όπως αναφέρουν οι Bisconer και Ahsan, και **το συνοδευτικό Πρόγραμμα Προσαρμοστικών Δεξιοτήτων Διαβίωσης (the companion of Adaptive Living Skills Curriculum) (ALSC)** σύμφωνα με τον Bruininks και τους συνεργάτες του (2004), όπως αναφέρουν οι Bisconer και Ahsan.
- **Οι Κλίμακες Ανεξάρτητης Συμπεριφοράς (Scales of Independent Behavior) (SIB – R)**, σύμφωνα με τον Bruininks και τους συνεργάτες του (1996), όπως αναφέρουν οι Bisconer και Ahsan.
- **Το ερωτηματολόγιο για τον Πελάτη και τον Προγραμματισμό των Υπηρεσιών που θα χρειαστεί (the Inventory for Client and Agency Planning) (ICAP)**, σύμφωνα με τον Bruininks και τους συνεργάτες του (1986), όπως αναφέρουν οι Bisconer και Ahsan.
- Σύμφωνα με τον Sparrow και τους συνεργάτες του (2016), όπως αναφέρουν οι Bisconer και Ahsan, οι Κλίμακες Προσαρμοστικής Συμπεριφοράς Vineland (the Vineland Adaptive Behavior Scales) χρησιμοποιούνται εδώ και καιρό για τη διάγνωση

της νοητικής υστέρησης. **Οι Κλίμακες Προσαρμοστικής Συμπεριφοράς Vineland (the Vineland Adaptive Behavior Scales), 3^η έκδοση, (Vineland – 3)** είναι κατάλληλες για τη χορήγηση σε άτομα ηλικίας από 0 έως 90 ετών. Το Vineland – 3 χρησιμοποιείται για τη διάγνωση και την ταξινόμηση της νοητικής υστέρησης και άλλων αναπτυξιακών διαταραχών, όπως για παράδειγμα της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος, για τον καθορισμό της καταλληλότητας του ατόμου και της ικανότητάς του για συμμετοχή σε υπηρεσίες ειδικής εκπαίδευσης, για το σχεδιασμό και την ανάπτυξη εκπαιδευτικών και εξοπλισμένων πλάνων και για την παρακολούθηση και την αναφορά της θεραπευτικής εξέλιξης. Το Vineland – 3 αντανακλά τους τομείς αξιολόγησης για την προσαρμοστική συμπεριφορά (αντιληπτικός, κοινωνικός, πρακτικός τομέας) της Αμερικανικής Εταιρείας για τις Διανοητικές και Αναπτυξιακές Αναπηρίες (AAIDD) και πληροί τις προϋποθέσεις της AAIDD και του DSM – 5 για τη διάγνωση της νοητικής υστέρησης. Το Vineland – 3 παρέχει ημιδομημένες φόρμες συνέντευξης και κλίμακες αξιολόγησης για τους γονείς ή τους φροντιστές και τους δασκάλους. Τα αποτελέσματα παρέχουν εκτιμήσεις για την επικοινωνία (αντιληπτική, εκφραστική, γραπτή), για τις δεξιότητες καθημερινής διαβίωσης (προσωπικές, οικιακές, κοινωνικές), για την κοινωνικοποίηση (διαπροσωπικές σχέσεις, παιχνίδι και ελεύθερος χρόνος, δεξιότητες αντιμετώπισης), για τις κινητικές δεξιότητες (αδρή κινητικότητα, λεπτή κινητικότητα) και για τη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά (εσωτερική, εξωτερική, άλλη) (Bisconer & Ahsan, 2017).

- Η AAIDD (2015), όπως αναφέρουν οι Bisconer και Ahsan, έχει αναπτύξει μια καινούρια κλίμακα προσαρμοστικής συμπεριφοράς η οποία αποτελεί την τρέχουσα καλύτερη πρακτική στην αξιολόγηση, στη διάγνωση και στο σχεδιασμό θεραπευτικών πρακτικών. **Η Διαγνωστική Κλίμακα Προσαρμοστικής Συμπεριφοράς (the Diagnostic Adaptive Behavior Scale) (DABS)**, έχει σχεδιαστεί για άτομα ηλικίας 4 έως 21 ετών. Εκτιμά την προσαρμοστική συμπεριφορά τε τρεις τομείς:
 1. Ο τομέας των αντιληπτικών δεξιοτήτων ο οποίος περιλαμβάνει τον αλφαριθμητισμό (γνώση ανάγνωσης και γραφής), την αυτοκαθοδήγηση καθώς και αριθμητικές, χρηματικές και χρονικές έννοιες.
 2. Ο τομέας των κοινωνικών δεξιοτήτων ο οποίος περιλαμβάνει τις διαπροσωπικές δεξιότητες, την κοινωνική υπευθυνότητα, την αυτοεκτίμηση, την ευπιστία, την αφέλεια, την επίλυση κοινωνικών προβλημάτων, την ικανότητα του ατόμου να

ακολουθεί κανόνες, την ικανότητα του ατόμου να υπακούει στους νόμους και την ικανότητα του ατόμου να αποφεύγει τη θυματοποίηση.

3. Ο τομέας των πρακτικών δεξιοτήτων ο οποίος περιλαμβάνει τις δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης (αυτοεξυπηρέτησης), τις επαγγελματικές δεξιότητες, τη χρήση των χρημάτων, την ασφάλεια, τη φροντίδα της υγείας, τα ταξίδια ή τις μεταφορές, τα προγράμματα ή τις συνήθειες και τη χρήση του τηλεφώνου.

(Bisconer & Ahsan, 2017).

2.8 Αντιμετώπιση Νοητικής Υστέρησης

Κάθε άτομο με νοητική υστέρηση παρουσιάζει διαφορετική κλινική εικόνα η οποία βασίζεται στο επίπεδο της γλωσσικής λειτουργικότητας καθώς και της λειτουργικότητας σε τομείς που σχετίζονται με τη γλώσσα και την επικοινωνία, συμπεριλαμβανομένων της ακοής, του γνωστικού επιπέδου, των ικανοτήτων παραγωγής ομιλίας και της συναισθηματικής κατάστασης. Η παρέμβαση αποτελείται από το συνδυασμό των δυνατοτήτων και των αναγκών του ατόμου σε όλους τους τομείς για την εξασφάλιση ενός εξατομικευμένου προγράμματος παρέμβασης (American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.).

Η παρέμβαση για τα άτομα με νοητική υστέρηση, ανάλογα με τα αποτελέσματα της αξιολόγησης, την ηλικία, τη σοβαρότητα, την αιτιολογία και των επικοινωνιακών και σχετικών αναγκών μπορεί να στοχεύει στην ενίσχυση των παρακάτω:

- Πρώιμες επικοινωνιακές δεξιότητες, όπως η στίξη, η εναλλαγή σειράς και η κοινή προσοχή
- Κοινωνική αλληλεπίδραση και παιχνίδι
- Πραγματολογικές δεξιότητες για την κατάλληλη επικοινωνία σε διάφορες καταστάσεις
- Παραγωγή ομιλίας
- Προφορική και γραπτή γλώσσα για κοινωνικές, εκπαιδευτικές και επαγγελματικές λειτουργίες, με έμφαση στη συμμετοχή σε συγκεκριμένες δραστηριότητες που έχουν αναγνωριστεί ως προβληματικές για το άτομο
- Αλφαριθμητισμός (γνώση γραφής και ανάγνωσης)
- Αυξημένη πολυπλοκότητα προφορικής και γραπτής γλώσσας για πιο αποτελεσματική επικοινωνία
- Συναφείς παράγοντες που επηρεάζουν τη σχετική επιτυχία των ατόμων ή τη δυσκολία σε αυτές τις δραστηριότητες

- Εναλλακτικές τεχνικές και στρατηγικές επικοινωνίας, όπως η χρήση της Επαυξητικής Εναλλακτικής Επικοινωνίας (AAC) ή άλλων βοηθητικών τεχνολογιών
- Σίτιση και κατάποση

(American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.).

2.8.1 Τρόποι Θεραπείας στη Νοητική Υστέρηση

Οι θεραπευτικοί στόχοι που αναφέρθηκαν μπορεί να επιτευχθούν με θεραπευτικούς τρόπους όπως διάφορες τεχνολογίες ή άλλα υποστηρικτικά συστήματα τα οποία μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό ή κατά τη διεξαγωγή διάφορων θεραπευτικών επιλογών. Μερικοί από τους τρόπους αυτούς είναι οι εξής (American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.):

- **Επαυξητική Εναλλακτική Επικοινωνία (AAC)**

Όπως αναφέρει η American Speech – Language – Hearing Association, σύμφωνα με τους Beukelman και Mirenda (2013), η Επαυξητική Εναλλακτική Επικοινωνία λειτουργεί συμπληρωματικά ή χρησιμοποιείται κατά την απουσία φυσικής ομιλίας ή και γραπτού λόγου με βοηθητικά σύμβολα, όπως για παράδειγμα τα επικοινωνιακά σύμβολα σε εικόνες, το σχεδιάσμα γραμμών, η χρήση των συμβόλων Bliss και τα απτά αντικείμενα, ή και χωρίς βοηθητικά σύμβολα, όπως για παράδειγμα τα σήματα των χεριών, οι χειρονομίες και ο σχηματισμός των γραμμάτων με τα δάχτυλα. Τα βοηθητικά σύμβολα απαιτούν ένα είδος συσκευής μετάδοσης, ενώ τα μη βοηθητικά σύμβολα απαιτούν μόνο την παραγωγή μέσω του σώματος. Η υποβοηθούμενη Επαυξητική Εναλλακτική Επικοινωνία περιλαμβάνει επικοινωνιακές συσκευές που παράγουν ομιλία (American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.).

- **Χρονοδιαγράμματα δραστηριότητας / οπτικές υποστηρίξεις**

Σύμφωνα με τους Hart και Whalon (2008), όπως αναφέρει η American Speech – Language – Hearing Association, τα χρονοδιαγράμματα δραστηριότητας και οι οπτικές υποστηρίξεις περιλαμβάνουν αντικείμενα, φωτογραφίες, ζωγραφιές ή γραπτές λέξεις τα οποία λειτουργούν ως υποδείξεις ή προτροπές για να βοηθήσουν τα άτομα να ολοκληρώσουν μια σειρά εργασιών ή δραστηριοτήτων, να παρευρίσκονται στις εργασίες, να μεταβούν από μια εργασία σε μια άλλη ή να συμπεριφέρονται κατάλληλα σε διάφορα πλαίσια. Οι γραπτές ή οι οπτικές προτροπές, προωθούν την κοινωνική αλληλεπίδραση αλλά μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν στα πλαίσια μιας τάξης για

τη διευκόλυνση των ακαδημαϊκών αλληλεπιδράσεων και την προώθηση της ακαδημαϊκής δέσμευσης (American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.).

- **Εκπαίδευση μέσω υπολογιστή**

Σύμφωνα με τους Davies, Stock και Wehmeyer (2003), όπως αναφέρουν οι Kring, Davison, Neale και Johnson, η εκπαίδευση ατόμων με νοητική υστέρηση μέσω του υπολογιστή γίνεται όλο και πιο διαδεδομένη στα προγράμματα εκπαιδευτικής και θεραπευτικής παρέμβασης. Τα οπτικά και ακουστικά ερεθίσματα που παρέχει ένας ηλεκτρονικός υπολογιστής έχουν την ιδιότητα να διατηρούν το ενδιαφέρον των μαθητών που παρουσιάζουν δυσκολία στη συγκέντρωση, ενώ το επίπεδο δυσκολίας της παρέμβασης μπορεί να ρυθμιστεί και να δημιουργηθεί έτσι ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα για το κάθε άτομο, το οποίο θα ανταποκρίνεται στις ικανότητες και στα ελλείμματα που παρουσιάζει (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010).

Σύμφωνα με τους Bernard – Opitz, Sriram και Nakhoda – Sapuan (2001) και τους Neely, Rispoli, Camargo, Davis και Boles (2013), όπως αναφέρει η American Speech – Language – Hearing Association, η χρήση της τεχνολογίας των υπολογιστών, όπως για παράδειγμα η χρήση iPad ή και η χρήση ηλεκτρονικών προγραμμάτων μπορεί να συνεισφέρει στην εκμάθηση επικοινωνιακών και κοινωνικών δεξιοτήτων (American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.).

- **Εκπαίδευση μέσω βίντεο (μοντελοποίηση βίντεο)**

Όπως αναφέρει η American Speech – Language Association, σύμφωνα με τους Darden – Brunson, Green και Goldstein (2008), η εκπαίδευση μέσω βίντεο αποτελεί έναν τρόπο διδασκαλίας μέσω της παρατήρησης και χρησιμοποιεί καταγραφές βίντεο για να παρέχει ένα πρότυπο ή μια συμπεριφορά στόχο ή μια δεξιότητα. Τα άτομα παρακολουθούν τα βίντεο που απεικονίζουν τις επιθυμητές συμπεριφορές και στη συνέχεια τις μιμούνται. Η προσπάθεια των ατόμων να μιμηθούν την επιθυμητή συμπεριφορά μπορεί να βιντεοσκοπηθεί και να πραγματοποιηθεί ανασκόπηση του βίντεο αργότερα (American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.).

2.8.2 Θεραπευτικές Επιλογές

Οι παραπάνω τρόποι μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εφαρμογή των θεραπευτικών επιλογών. Οι λογοθεραπευτές καθορίζουν ποιες θεραπευτικές επιλογές είναι κατάλληλες λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία του ατόμου, το γλωσσικό προφίλ του και τις

επικοινωνιακές του ανάγκες, παράγοντες που σχετίζονται με τη λειτουργία της γλώσσας και την ύπαρξη καταστάσεων συννοσηρότητας, το πολιτισμικό υπόβαθρο και τις αξίες του ατόμου και τα διαθέσιμα ερευνητικά στοιχεία. Παρακάτω αναφέρονται μερικές από τις θεραπευτικές επιλογές (American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.):

- **Συμπεριφορικές Παρεμβάσεις**

Οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις και τεχνικές έχουν σχεδιαστεί για να μειώσουν προβληματικές συμπεριφορές και να διδάξουν εναλλακτικές λειτουργικές συμπεριφορές με τη χρήση των βασικών αρχών της συμπεριφορικής αλλαγής. Οι μέθοδοι αυτές βασίζονται στις συμπεριφορικές / λειτουργικές αρχές της μάθησης. Περιλαμβάνουν την εξέταση των προηγούμενων αιτιών που προκαλούν μια συγκεκριμένη συμπεριφορά μαζί με τις συνέπειες που ακολουθούν τη συμπεριφορά αυτή και στη συνέχεια πραγματοποιούνται προσαρμογές για την ενίσχυση της επιθυμητής συμπεριφοράς ή και τη μείωση των ακατάλληλων συμπεριφορών. Οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις ποικίλουν από τις παρεμβάσεις πρόσωπο με πρόσωπο, την ξεχωριστή δοκιμαστική εκπαίδευση και τις νατουραλιστικές προσεγγίσεις. Μερικές από τις συμπεριφορικές προσεγγίσεις αναφέρονται παρακάτω (American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.):

Εφαρμοσμένη Ανάλυση Συμπεριφοράς (Applied Behavior Analysis – ABA):

Σύμφωνα με τους Speckley και Boyd (2009), όπως αναφέρει η American Speech – Language – Hearing Association, η Εφαρμοσμένη Ανάλυση Συμπεριφοράς είναι μια θεραπευτική προσέγγιση η οποία χρησιμοποιεί τις αρχές της θεωρίας της μάθησης για να επιφέρει σημαντική και θετική αλλαγή στη συμπεριφορά του ατόμου. Οι τεχνικές της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης Συμπεριφοράς έχουν χρησιμοποιηθεί για να βοηθήσουν στη δημιουργία μιας ποικιλίας δεξιοτήτων, όπως για παράδειγμα η δεξιότητα επικοινωνίας, οι κοινωνικές δεξιότητες, και οι δεξιότητες αυτοελέγχου και βοηθούν στη γενίκευση των ικανοτήτων αυτών και σε άλλες καταστάσεις. Οι τεχνικές αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε δομημένα πλαίσια, όπως στην τάξη, και σε καθημερινά πλαίσια, όπως κατά τη διάρκεια του οικογενειακού δείπνου και σε μια πρόσωπο με πρόσωπο ομαδική κατάρτιση. Η Εφαρμοσμένη Ανάλυση Συμπεριφοράς έχει χρησιμοποιηθεί για άτομα με νοητική υστέρηση και συγκεκριμένα για τα άτομα εκείνα που παρουσιάζουν συνυπάρχουσα Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.).

Σύμφωνα με τους Frea και McNerney (2008), όπως αναφέρει η American Speech – Language – Hearing Association, η παρέμβαση προσαρμόζεται με βάση τις ανάγκες, τα ενδιαφέροντα και την οικογενειακή κατάσταση του ατόμου. Οι τεχνικές Εφαρμοσμένης Ανάλυσης Συμπεριφοράς, συχνά χρησιμοποιούσαν προγράμματα εντατικής πρώιμης παρέμβασης, πριν την ηλικία των τεσσάρων ετών, για να ενισχύσουν ένα πλήρες εύρος δεξιοτήτων της καθημερινής ζωής. Τα εντατικά προγράμματα αποτελούνται από 25 έως 40 ώρες ανά βδομάδα με διάρκεια από 1 έως 3 χρόνια (American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.).

Περιβαλλοντική ρύθμιση (Environmental arrangement):

Σύμφωνα με τους Halle (1988), McCormick, Frome Loeb και Schiefelbusch (2003), όπως αναφέρει η American Speech – Language – Hearing Association, η περιβαλλοντική ρύθμιση περιλαμβάνει τη ρύθμιση του περιβάλλοντος με σκοπό να ενισχυθεί η επικοινωνία. Η ιδεολογία της τεχνικής αυτής είναι να πραγματοποιηθεί αύξηση του ενδιαφέροντος του ατόμου για το περιβάλλον του και να ρυθμίσει την επικοινωνιακή περίσταση. Ο λογοθεραπευτής μπορεί να δουλέψει πάνω στην επιθυμία του ατόμου να κάνει αιτήματα ή σχολιασμούς για τις πτυχές του περιβάλλοντος με τη χρήση στρατηγικών όπως η τοποθέτηση ενδιαφερόντων υλικών σε κοινή θέα, χωρίς να είναι προσεγγίσιμα και η χρήση αναπάντεχων ή ανόητων καταστάσεων στις οποίες το άτομο θα κληθεί να πραγματοποιήσει μια επιλογή (American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.).

Λειτουργική Επικοινωνιακή Εκπαίδευση (Functional Communication Training – (FCT):

Σύμφωνα με τους E.G. Carr και Durand (1985), όπως αναφέρει η American Speech – Language – Hearing Association, η Λειτουργική Επικοινωνιακή Εκπαίδευση είναι ένα συμπεριφορικό πρόγραμμα παρέμβασης το οποίο συνδυάζει την αξιολόγηση των επικοινωνιακών λειτουργιών της προβληματικής συμπεριφοράς με διαδικασίες της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης Συμπεριφοράς (ABA), για να διδάξει εναλλακτικές απαντήσεις. Οι προβληματικές συμπεριφορές μπορούν να εξαλειφθούν μέσω της εξαφάνισης και της αντικατάστασής τους με εναλλακτικές, πιο κατάλληλες μορφές επικοινωνιακών αναγκών ή επιθυμιών. Η Λειτουργική Επικοινωνιακή Εκπαίδευση μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ένα εύρος ηλικιών και είναι ανεξάρτητη του γνωστικού

επιπέδου ή των ικανοτήτων εκφραστικής επικοινωνίας (American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.).

Σύμφωνα με τους Brady και Halle (1997), Martin, Drasgow, Halle και Brucker (2005), Schmidt, Drasgow, Halle, Martin και Bliss (2014), όπως αναφέρει η American Speech – Language – Hearing Association, μια Λειτουργική Επικοινωνιακή Εκπαιδευτική προσέγγιση μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μαθητές με νοητική υστέρηση για την αντικατάσταση προκλητικών συμπεριφορών με κατάλληλες επικοινωνιακές εναλλακτικές. Σύμφωνα με τους Dunlap και Fox (1999), τους Lucyshyn, Kayser, Irvin και Blumberg (2002), τους Schwartz, Boulware, McBride και Sandall (2001), όπως αναφέρει η American Speech – Language – Hearing Association, το πρώτο βήμα είναι ο προσδιορισμός της προκλητικής συμπεριφοράς και των προηγούμενων και των επακόλουθων μεταβλητών που θεωρείται πως υποκινούν τις συμπεριφορές αυτές. Στη συνέχεια, ο λογοθεραπευτής χρησιμοποιεί αυτές τις πληροφορίες για να προσδιορίσει και να διδάξει απλές και δυναμικά πιο αποτελεσματικές επικοινωνιακές δεξιότητες οι οποίες εξυπηρετούν τις ίδιες λειτουργίες. Τέλος, κάποιος θα μπορούσε να επεκτείνει αυτές τις δεξιότητες και να σιγουρέψει πως χρησιμοποιούνται αποτελεσματικά οι κατάλληλες επικοινωνιακές δεξιότητες σε διαφορετικά πλαίσια και πως η προκλητική συμπεριφορά έχει εξαφανιστεί (American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.).

Περιστασιακή διδασκαλία (Incidental teaching):

Σύμφωνα με τους McGee, Morrier και Daly (1999), όπως αναφέρει η American Speech – Language – Hearing Association, η περιστασιακή διδασκαλία είναι μια τεχνική διδασκαλίας η οποία χρησιμοποιεί συμπεριφορικές διαδικασίες για να διδάξει την επεξεργασία της γλώσσας. Φυσικά οι διδακτικές ευκαιρίες παρέχονται με βάση τα ενδιαφέροντα του ατόμου. Με βάση τις οδηγίες του ατόμου, οι προσπάθειες για επικοινωνία ενισχύονται καθώς αυτές οι προσπάθειες φτάνουν πιο κοντά στην επιθυμητή επικοινωνιακή συμπεριφορά. Η περιστασιακή διδασκαλία απαιτεί την έναρξη συνομιλίας από το άτομο, η οποία εξυπηρετεί την έναρξη ενός διδακτικού γλωσσικού επεισοδίου. Αν το άτομο δεν πάρει την πρωτοβουλία να ξεκινήσει μια συζήτηση, ένα βλέμμα αναμονής και μια χρονοκαθυστέρηση μπορεί να είναι αποτελεσματικά για να προτρέψουν τη χρήση της γλώσσας. Ο κλινικός μπορεί να κάνει μια προτροπή με μια ερώτηση, όπως για παράδειγμα «Τι θέλεις;» ή με την προβολή ενός αιτήματος (American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.).

Θεραπεία περιβάλλοντος (Milieu therapy):

Σύμφωνα με τους Kaiser, Yoder και Keetz (1992), τον Kasari και τους συνεργάτες του (2014), όπως αναφέρει η American Speech – Language – Hearing Association, η θεραπεία περιβάλλοντος είναι μια ποικιλία μεθόδων, συμπεριλαμβανομένων της περιστασιακής διδασκαλίας, της χρονοκαθυστέρησης και των διαδικασιών μοντελοποίησης, οι οποίες ενσωματώνονται στο φυσικό περιβάλλον του παιδιού. Περιλαμβάνει την εκπαίδευση σε καθημερινά περιβάλλοντα και κατά τη διάρκεια των δραστηριοτήτων που πραγματοποιούνται μέσα στην ημέρα και όχι μόνο κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας. Η γλωσσική διδασκαλία της θεραπείας περιβάλλοντος καθώς και άλλες σχετικές διαδικασίες προσφέρουν συστηματικές προσεγγίσεις για την προτροπή των παιδιών να επεκτείνουν το ρεπερτόριο των επικοινωνιακών τους λειτουργιών και να χρησιμοποιήσουν σε μεγαλύτερο βαθμό πολύπλοκες γλωσσικές δεξιότητες (American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.).

Χρονοκαθυστέρηση (Time delay):

Σύμφωνα με τους Liber, Frea και Symon (2008), όπως αναφέρει η American Speech – Language – Hearing Association, η χρονοκαθυστέρηση είναι μια συμπεριφορική μέθοδος διδασκαλίας η οποία χρησιμοποιεί όλο και λιγότερες προτροπές κατά τη διάρκεια της κατάρτισης του ατόμου. Για παράδειγμα, η χρονοκαθυστέρηση μεταξύ της αρχικής κατάρτισης και οποιασδήποτε επιπρόσθετης κατάρτισης ή της προτροπής, αυξάνεται σταδιακά καθώς το άτομο γίνεται πιο ικανό στην αντίστοιχη δεξιότητα η οποία διδάσκεται κάθε φορά. Η χρονοκαθυστέρηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε άτομα ανεξάρτητα από το γνωστικό τους επίπεδο ή τις ικανότητες εκφραστικής τους επικοινωνίας (American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.).

- **Θεραπεία με Μεσολαβητή / Εφαρμοσμένη Θεραπεία**

Οι θεραπευτικές αυτές προσεγγίσεις ενσωματώνουν συνομηλίκους ως επικοινωνιακούς εταίρους για τα παιδιά με αναπηρίες σε μια προσπάθεια ελαχιστοποίησης της απομόνωσης, παρέχοντας αποτελεσματικά πρότυπα και ενισχύοντας την ικανότητα επικοινωνίας. Οι τυπικά αναπτυσσόμενοι συνομηλικοί διδάσκονται στρατηγικές για να διευκολύνουν το παιχνίδι και την κοινωνική αλληλεπίδραση. Οι παρεμβάσεις διεξάγονται συνήθως σε πλαίσια όπου προκύπτει φυσιολογικά το παιχνίδι με τυπικά αναπτυσσόμενους συνομηλίκους, όπως για παράδειγμα ένα προσχολικό πλαίσιο. Τα

παρακάτω παραδείγματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε παιδιά με νοητική υστέρηση με βάση τις επικοινωνιακές ανάγκες του κάθε ατόμου (American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.):

Εναλλακτικό Πρόγραμμα Εκμάθησης Εμπειριών (Learning Experiences and Alternative Program - LEAP):

Σύμφωνα με τους Hoyson, Jamieson και Strain (1984), τους Strain και Hoyson (2000), όπως αναφέρει η American Speech – Language – Hearing Association, το Εναλλακτικό Πρόγραμμα Εκμάθησης Εμπειριών είναι ένα πολύπλευρο πρόγραμμα για παιδιά προσχολικής ηλικίας και για τους γονείς τους. Το πρόγραμμα αυτό χρησιμοποιεί μια ποικιλία στρατηγικών και μεθόδων συμπεριλαμβανομένης της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης Συμπεριφοράς (ABA), της κατάρτισης μέσω συνομήλικων διαμεσολαβητών, της εκπαίδευσης αυτοδιαχείρισης, των προτροπών και της εκπαίδευσης των γονέων. Το Εναλλακτικό Πρόγραμμα Εκμάθησης Εμπειριών ενσωματώνεται στο πλαίσιο μιας τάξης που αποτελείται από παιδιά με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος και τυπικά αναπτυσσόμενων συνομηλίκων και έχει σχεδιαστεί για να υποστηρίξει το παιχνίδι που κατευθύνεται από το παιδί (American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.).

Ο Κύκλος των Φίλων (Circle of Friends):

Σύμφωνα με τους Whitaker, Baratt, Joy, Potter και Thomas (1998), όπως αναφέρει η American Speech – Language – Hearing Association, ο κύκλος των φίλων είναι μια θεραπευτική προσέγγιση η οποία χρησιμοποιεί την ομάδα των συνομηλίκων μιας τάξης για να βελτιώσει την κοινωνική αποδοχή του συμμαθητή τους με ειδικές ανάγκες με τη δημιουργία μιας ειδικής ομάδας ή ενός κύκλου φίλων. Το επίκεντρο της προσέγγισης αυτής είναι η δημιουργία συμπεριφορών οι οποίες είναι πολύτιμες στα καθημερινά πλαίσια. Η εφαρμογή των δεξιοτήτων σε νέες και κατάλληλες καταστάσεις ενισχύεται όσο πιο φυσικά γίνεται, καθώς προκύπτουν τέτοιες καταστάσεις (American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.).

Ενσωματωμένες ομάδες παιχνιδιού (integrated play groups):

Σύμφωνα με τους Wolfberg και Schuler (1993), όπως αναφέρει η American Speech – Language – Hearing Association, οι ενσωματωμένες ομάδες παιχνιδιού είναι ένα θεραπευτικό μοντέλο το οποίο έχει σχεδιαστεί για να υποστηρίξει τα παιδιά

διαφορετικών ηλικιών και ικανοτήτων με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος στο να απολαύσουν αμοιβαία εμπειρίες παιχνιδιού με τυπικά αναπτυσσόμενους συνομηλίκους και τα αδέρφια τους. Μικρές ομάδες παιδιών παίζουν μαζί υπό την επίβλεψη ενός ενήλικου βοηθού. Το επίκεντρο του μοντέλου αυτού είναι η μεγιστοποίηση της δυνατότητας του παιδιού και της εσωτερικής του επιθυμίας να κοινωνικοποιηθεί με τους συνομηλίκους του (American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.).

Οι λογοθεραπευτές δίνουν προτεραιότητα στους θεραπευτικούς στόχους σε καθημερινή βάση, εστιάζοντας σε εκείνους που έχουν τη μεγαλύτερη δυνατότητα να βελτιώσουν την επικοινωνία του ατόμου (American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.).

Τα θεραπευτικά προγράμματα συχνά ενσωματώνουν την εκπαίδευση επικοινωνιακών εταίρων για να υποστηρίξουν τη γλωσσική κατανόηση και έκφραση των ατόμων. Η εκπαίδευση μπορεί να περιλαμβάνει τη χρήση επικοινωνιακών στρατηγικών ή και βοηθητικής τεχνολογίας (American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.).

Η διεπαγγελματική συνεργασία έχει επίσης τη δυνατότητα να βελτιώσει τις επικοινωνιακές δεξιότητες. Για παράδειγμα, ένας φυσιολόγος άσκησης και ένας λογοθεραπευτής μπορούν να συνεργαστούν μαζί για να βελτιώσουν την αναπνευστική υποστήριξη, η οποία μπορεί στη συνέχεια να ενισχύσει την παραγωγή της ομιλίας και την καταληπτότητα (American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.).

2.9 Πρόληψη Νοητικής Υστέρησης

Το 1962 παρασκευάστηκε ένα αποτελεσματικό εμβόλιο για την ερυθρά, νόσος που αν προσβάλει τη μητέρα κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης προκαλεί σοβαρή βλάβη σε ένα 10% - 40% των αγέννητων παιδιών και σχετίζεται με την εμφάνιση νοητικής υστέρησης στα παιδιά αυτά. Το αίτιο αυτό μπορεί να περιοριστεί, αν οι γυναίκες κάνουν το εμβόλιο κατά της ερυθράς πριν την εγκυμοσύνη τους (Heward, 2011).

Επιπλέον, η πρόοδος της ιατρικής επιτρέπει τον εντοπισμό συγκεκριμένων γενετικών αιτιών που μπορεί να προκαλέσουν στο έμβρυο νοητική υστέρηση, με μη επεμβατικές διαδικασίες, όπως είναι οι υπέρηχοι και η αλφα – εμβρυϊκή πρωτεΐνη μητρικού ορού ή με επεμβατικές διαδικασίες, όπως είναι η αμνιοπαρακέντιση και η δειγματοληψία χοριακών λαχνών (Heward, 2011).

Η γενετική συμβουλευτική είναι μια συχνή μέθοδος που χρησιμοποιείται στις Ηνωμένες Πολιτείες σε γυναίκες που μπορεί να γεννήσουν παιδί με αναπηρίες βάσει του γενετικού ιστορικού των γονέων. Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει μια συζήτηση μεταξύ των γονέων και ενός κατάλληλα καταρτισμένου ιατρικού συμβούλου ο οποίος προσπαθεί να προσδιορίσει την πιθανότητα γέννησης ενός παιδιού με αναπηρίες (Heward, 2011).

Σύμφωνα με τον Nehring (2003), όπως αναφέρει ο Heward, οι εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου για κληρονομικές ασθένειες και βιοϊατρικούς παράγοντες κινδύνου στα νεογέννητα είναι πλέον υποχρεωτικές σε κάθε πολιτεία. Μία διαδικασία που ονομάζεται διαδοχική μαζική φασματομετρία και αναπτύχθηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1980 μετρά ποικίλα συστατικά του αίματος, των ούρων και του πλάσματος σε περίπου 2 λεπτά, ελέγχοντας 20 με 30 διαφορετικές μεταβολικές διαταραχές. Επιπλέον σύμφωνα με τους Beirne – Smith και των συνεργατών (2006), όπως αναφέρει ο Heward, μία απλή εξέταση αίματος που γίνεται σχεδόν σε κάθε νεογνό που γεννιέται στις Ηνωμένες Πολιτείες έχει μειώσει δραστικά τη συχνότητα εμφάνισης της οφειλόμενης στη φαινυλοκετονουρία νοητικής καθυστέρησης. Αναλύοντας τη συγκέντρωση φαινυλαλανίνης στο αίμα του νεογέννητου, οι γιατροί διαγιγνώσκουν την ασθένεια και την αντιμετωπίζουν με δίαιτα περιορισμένη σε φαινυλαλανίνη. Τα περισσότερα παιδιά που λαμβάνουν θεραπεία έχουν φυσιολογική νοητική ανάπτυξη (Heward, 2011, σ. 103, 104).

Σύμφωνα με τους Ryan και Ferguson (2006), όπως αναφέρει ο Heward, η έκθεση του εμβρύου σε τοξικές ουσίες λόγω της χρήσης τους από τη μητέρα και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες μόλυνσης (π.χ., δηλητηρίαση από μόλυβδο) είναι δύο βασικά αίτια νοητικής καθυστέρησης που μπορούν να προληφθούν (Heward, 2011, σ. 104).

3. Ψυχοπαθολογία Ατόμων με Νοητική Υστέρηση

3.1 Εισαγωγή

Δεδομένα από την πρόοδο της έρευνας που γίνεται γύρω από τη νοητική υστέρηση μας δείχνουν πως αρκετά συχνά μια ψυχιατρική διαταραχή, που μπορεί να εμφανιστεί με τη μορφή ψυχώσεων ή παρανοϊκών ιδεών, ενδέχεται να επηρεάσει τη συμπεριφορά των ατόμων με νοητική υστέρηση. Η συννοσηρότητα αυτή πολλές φορές παραβλέπεται από τους κλινικούς και αποδίδεται αποκλειστικά στην παθολογία του ατόμου. Επομένως, για τη διάγνωση ψυχιατρικών διαταραχών σε άτομα με νοητική υστέρηση απαιτείται από τον κλινικό η προσαρμογή των εργαλείων διάγνωσης που χορηγούνται στον γενικό πληθυσμό, έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στο επίπεδο λειτουργικότητας του ατόμου με νοητική υστέρηση (Πολεμικός, Καΐλα, Θεοδωροπούλου, Στρογγυλός, 2010).

Όπως αναφέρει ο Στασινός, σύμφωνα με τους Handen και Gilchrist (2006), τον Hodapp και των συνεργατών του (2006) και των Dekker και Koot (2003), μερικές από τις διαταραχές που μπορεί να συνυπάρξουν με τη νοητική υστέρηση είναι η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ), η αντιδραστική – αντικοινωνική συμπεριφορά,, το άγχος, η κατάθλιψη, η αντικοινωνική συμπεριφορά – επιθετικότητα, οι συμπεριφορές εμμονής – καταπίεσης, η σχιζοφρένεια, οι Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος, οι στερεοτυπικές συμπεριφορές, οι συμπεριφορές αυτοκαταστροφής και άλλες (Στασινός, 2016).

3.2 Συννοσηρότητα Ψυχικών Διαταραχών και Νοητικής Υστέρησης

3.2.1 Επιδημιολογία

Οι μελέτες που πραγματοποιούνται τα τελευταία χρόνια σχετικά με τη συνύπαρξη νοητικής υστέρησης και ψυχικών διαταραχών, έχουν αναφέρει πως περίπου το 20% – 40% των ατόμων με νοητική υστέρηση πάσχουν και από κάποια ψυχική διαταραχή. Αυτό συμβαίνει καθώς, η επικινδυνότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών σε ενήλικες με νοητική υστέρηση είναι υψηλή εξαιτίας της περίπλοκης αλληλεπίδρασης των βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και οικογενειακών παραγόντων στα άτομα αυτά (Κιλαμπέρια, 2013). Πιο συγκεκριμένα, η επίδραση νευρολογικών και γενετικών παραγόντων, τα διάφορα ελλείμματα στις δεξιότητες της επικοινωνίας και της κοινωνικοποίησης καθώς και ο στιγματισμός που δέχονται τα άτομα με νοητική υστέρηση μπορεί να εξηγήσουν το

γεγονός πως οι ψυχικές διαταραχές εμφανίζονται πιο συχνά σε άτομα με νοητική υστέρηση παρά στο γενικό πληθυσμό (Στασινός, 2016).

Σύμφωνα με έρευνες, ένα μεγάλο μέρος των νεαρών ατόμων με νοητική καθυστέρηση παρουσιάζουν τουλάχιστον μία ψυχική διαταραχή αν και τα ποσοστά της συχνότητας αυτής παραμένουν ελλιπώς καταγεγραμμένα (Oeseburg, Dijkstra, Groothoff, Reijneveld, Jansen, 2011). Σε έρευνες τους ο Einfeld και οι συνεργάτες του (2011) καθώς και οι Whitaker και Read (2006) αναφέρουν ότι 30% - 50% του πληθυσμού των παιδιών και 24% - 54% των εφήβων με νοητική υστέρηση παρουσιάζουν τουλάχιστον μία ψυχική διαταραχή (Maiano et al., 2018).

Δεδομένου του αντίκτυπου της συννοσηρότητας κάποιας ψυχικής διαταραχής και της νοητικής υστέρησης, καθώς και της ανάγκης για δημιουργία υπηρεσιών με στόχο τη βελτίωση της ζωής των ατόμων αυτών, έχει υπάρξει σημαντικό ενδιαφέρον για την εκτίμηση της συχνότητας εμφάνισης μιας ψυχικής διαταραχής σε άτομα με νοητική υστέρηση, καθώς και για την έρευνα μεταβλητών που επηρεάζουν τη συννοσηρότητα αυτή (Einfeld, Ellis & Emerson, 2011).

Μια επισκόπηση ερευνών από το 1970 έως το 2003 με θέμα τη συχνότητα εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών σε παιδιά και ενήλικες με νοητική υστέρηση έδειξε πως η συχνότητα εμφάνισης κυμάνθηκε από 30% έως 41% (Einfeld, Ellis & Emerson, 2011).

Μια άλλη επισκόπηση ερευνών από το 1970 έως το 2007 με θέμα τη συχνότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών σε παιδιά με νοητική υστέρηση και σε παιδιά χωρίς νοητική υστέρηση έδωσε τα εξής αποτελέσματα:

1. Συνολικά 30% έως 50% των παιδιών και των εφήβων με νοητική υστέρηση παρουσίασαν και μια ψυχική διαταραχή, σε σύγκριση με το 8% έως 18% των παιδιών και των εφήβων χωρίς νοητική υστέρηση.
2. Ο σχετικός κίνδυνος συσχέτισης μιας ψυχικής ασθένειας με τη νοητική υστέρηση κυμάνθηκε από 2.8 έως 4.5.

(Einfeld, Ellis & Emerson, 2011)

3.3 Αιτιολογία Συννοσηρότητας Ψυχικών Διαταραχών και Νοητικής Υστέρησης

Κύριοι παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση κάποιας ψυχικής διαταραχής σε άτομα με νοητική υστέρηση είναι το πόσο λειτουργικό είναι το άτομο σε επίπεδο γνωστικό, επικοινωνιακό και κοινωνικό αλλά και η ποιότητα των διαπροσωπικών, πολιτιστικών και περιβαλλοντικών σχέσεων και επιδράσεων που δέχεται το άτομο (Κιλαμπέρια, 2013). Επιπλέον, οι ερευνητές υποστηρίζουν πως η παρουσία δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς σε άτομα με νοητική υστέρηση μπορεί να συσχετίζεται με τα ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες και τα ψυχιατρικά ζητήματα που μπορεί να εμφανίσουν τα άτομα αυτά (Kearney & Healy, 2011).

3.3.1 Ελλείμματα Κοινωνικών Δεξιοτήτων

Σύμφωνα με τους Forness και Kavale (1991), όπως αναφέρουν οι Kearney και Healy, υπάρχουν έξι κύριες υποθέσεις που προσπαθούν να εξηγήσουν τη φύση των κοινωνικών δεξιοτήτων σε άτομα με νοητική υστέρηση:

1. Η πρώτη υπόθεση σύμφωνα με τους Oliva και La Greca (1988), όπως αναφέρουν οι Kearney και Healy, ισχυρίζεται πως τα ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες είναι αποτέλεσμα της νευρολογικής δυσλειτουργίας η οποία με τη σειρά της, μπορεί να επιφέρει ελλείμματα στις ακαδημαϊκές δεξιότητες του ατόμου.
2. Η δεύτερη, σύμφωνα με τον Osman (1987), όπως αναφέρουν οι Kearney και Healy, υποθέτει πως τα ακαδημαϊκά και νοητικά προβλήματα ενός παιδιού με νοητική υστέρηση οδηγούν σε απόρριψη ή σε απομόνωση του παιδιού από τους συνομηλίκους του, καθώς και σε χαμηλή αυτοεκτίμηση. Όλα τα παραπάνω, λειτουργούν ως εμπόδιο στην ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων του παιδιού.
3. Η τρίτη θεωρία σύμφωνα με τον Gresham (1988), όπως αναφέρουν οι Kearney και Healy, υποστηρίζει ότι τα παιδιά ή οι έφηβοι με νοητική υστέρηση αδυνατούν να αναπτύξουν ή να εκφράσουν κοινωνικές δεξιότητες εξαιτίας της περιορισμένης περιβαλλοντικής ευκαιρίας που τους δίνεται να μάθουν, να εξασκήσουν ή να ενισχύσουν αυτές τις ικανότητες.
4. Η τέταρτη υπόθεση σύμφωνα με τους Whichesky και Reynolds (1986), όπως αναφέρουν οι Kearney και Healy, δηλώνει πως τα ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες προκύπτουν από το εξελισσόμενο οικογενειακό κοινωνικό σύστημα υποστήριξης του παιδιού, το οποίο μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά από το άγχος και το

στρες που μπορεί να προκύψει από τη δυσκολία της φροντίδας ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες.

5. Η πέμπτη υπόθεση σύμφωνα με τους Forness και Kavale (1991), όπως αναφέρουν οι Kearney και Healy, αναφέρει πως τα ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες σε παιδιά με νοητική υστέρηση μπορεί να σχετίζονται με τη συννοσηρότητα που μπορεί να υπάρχει με κάποιου είδους ψυχοπαθολογία στα παιδιά αυτά.
6. Μια τελευταία υπόθεση, υποστηρίζει πως υπάρχει ένας παράγοντας ο οποίος μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την ανάπτυξη και την εκτέλεση κατάλληλων κοινωνικών δεξιοτήτων. Ο παράγοντας αυτός, είναι η ύπαρξη δυσπροσαρμοστικής ή προκλητικής συμπεριφοράς, όπως ο αυτοτραυματισμός και η επιθετικότητα.
(Kearney & Healy, 2011)

3.3.2 Προκλητική Συμπεριφορά και Κοινωνικές Δεξιότητες

Στην Ιρλανδία πραγματοποιήθηκε μια έρευνα, η οποία μελέτησε τη συσχέτιση των προβλημάτων συμπεριφοράς με την ψυχοπαθολογία που μπορούν να εμφανίσουν άτομα με νοητική υστέρηση. Στην έρευνα συμμετείχαν 39 ενήλικες με μέτρια προς σοβαρή νοητική υστέρηση ηλικίας 19 έως 49 ετών (Kearney & Healy, 2011).

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως τα άτομα με νοητική υστέρηση και προκλητική συμπεριφορά παρουσιάζουν υψηλότερη πιθανότητα εκδήλωσης ψυχοπαθολογίας σε σχέση με τα άτομα με νοητική υστέρηση και χωρίς προβλήματα συμπεριφοράς, επιβεβαιώνοντας την τελευταία υπόθεση (Kearney & Healy, 2011).

3.3.3 Προβλήματα Συμπεριφοράς σε άτομα με Νοητική Υστέρηση και Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές

Τα πιο συχνά είδη προβληματικής συμπεριφοράς που παρουσιάζουν τα άτομα με νοητική υστέρηση περιλαμβάνουν την επιθετικότητα προς άλλα άτομα ή αντικείμενα, την αυτοτραυματική συμπεριφορά, τις στερεοτυπίες και την επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά. Η εμφάνιση συνδυασμών των παραπάνω και άλλων προβληματικών συμπεριφορών είναι επίσης συχνή (Baudewijns, Ronsse, Verstraete, Sabbe, Morrens & Bertelli, 2018).

Τα άτομα με νοητική υστέρηση έχουν επίσης αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Sappok, Bergmann, Kaiser & Diefenbacher, 2010) παρόλο που η συνύπαρξη των παραπάνω διαγνώσεων παραμένει μη αναγνωρισμένη (La Malfa, Lassi, Bertelli, Salvini & Placidi, 2004). Το γεγονός αυτό, μπορεί να εξηγηθεί μερικώς από τη συμπτωματική αλληλοεπικάλυψη

μεταξύ της νοητικής υστέρησης και των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών και από την έλλειψη κατάλληλα τυποποιημένων εργαλείων διάγνωσης των Διαταραχών Αυτιστικού Φάσματος σε άτομα με νοητική υστέρηση (Matson & Shoemaker, 2009).

Σύμφωνα με μία έρευνα που στόχευσε στην αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ των προβλημάτων συμπεριφοράς και της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής σε άτομα με νοητική υστέρηση και διαταραχές του αυτιστικού φάσματος, ερευνώντας τη συσχέτιση μεταξύ προβλημάτων συμπεριφοράς και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε άτομα με και χωρίς προβλήματα συμπεριφοράς συμπεράνε τα εξής:

1. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα σχετίζονται με την εμφάνιση ή την επιδείνωση των προβλημάτων συμπεριφοράς.
2. Η παρουσία της μείζον καταθλιπτικής διαταραχής ήταν υψηλή (με ποσοστό 63%) σε άτομα με νοητική υστέρηση, διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και προβλήματα συμπεριφοράς, ενώ κανένα από τα άτομα χωρίς προβλήματα συμπεριφοράς δεν είχε συνυπάρχουσα μείζον καταθλιπτική διαταραχή.
3. Η έναρξη και η επιδείνωση των προβλημάτων συμπεριφοράς είχε υψηλή συσχέτιση με τη σοβαρότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.
4. Η συνύπαρξη της μείζον καταθλιπτικής διαταραχής και των προβλημάτων συμπεριφοράς παρουσίασε χαμηλότερη συσχέτιση με την επιθετικότητα προς άλλα άτομα, σωματική και λεκτική, και υψηλότερη με την αυτοτραυματική συμπεριφορά, την επιθετική συμπεριφορά απέναντι σε αντικείμενα, την κλοπή φαγητού, την τάση κατάποσης μη βρώσιμων αντικειμένων, το σκίσιμο ρούχων, τη ρίψη ή την καταστροφή αντικειμένων, την υπερδραστηριότητα, τα ουρλιαχτά, την γκρίνια, τον δημόσιο αντανισμό και το λέρωμα με περιττώματα.
5. Μεταξύ των συμπτωμάτων της μείζον καταθλιπτικής διαταραχής η ευερεθιστότητα, το άγχος και η θλίψη συσχετίστηκαν με όλα τα είδη προβληματικών συμπεριφορών, εκτός από τη σωματική επιθετικότητα, ενώ τα σωματικά καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως προβλήματα ενέργειας, σίτισης, ύπνου και στρες, συσχετίστηκαν με όλα τα είδη προβλημάτων συμπεριφοράς, εκτός από τη λεκτική επιθετικότητα.

(Baudewijns, Ronsse, Verstraete, Sabbe, Morrens & Bertelli, 2018)

Σύμφωνα με τους Baker, McIntyre, Blacher, Cmic, Edelbrock και Low (2003), όπως αναφέρουν οι Marrus και Hall, οι προκλητικές συμπεριφορές εμφανίζονται συχνά σε άτομα με νοητική υστέρηση και είναι πιο πιθανό να συσχετιστούν με το άγχος των γονέων

παρά με το επίπεδο της γνωστικής δυσλειτουργίας (Marrus & Hall, 2017). Αυτές οι προκλητικές συμπεριφορές μπορεί να περιλαμβάνουν τη μη συμμόρφωση με τους κανόνες, την καταστροφή προσωπικής ιδιοκτησίας, τα νεύρα, την ψυχολογική κατάρρευση και τη σωματική επιθετικότητα προς τον εαυτό τους αλλά και προς άλλα άτομα. Οι προκλητικές συμπεριφορές, έχουν συχνότητα εμφάνισης 4% - 9% σε παιδιά τυπικής ανάπτυξης και 25% σε παιδιά με νοητική υστέρηση (Harris, 2010). Τα παιδιά και οι έφηβοι με νοητική υστέρηση έχουν επίσης υψηλή συχνότητα εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένης της διαταραχής διάσπασης, ελλειμματικής προσοχής ή/και υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ), των διαταραχών διάθεσης, των διαταραχών άγχους και των ψυχωτικών διαταραχών (Einfeld, Ellis & Emerson, 2011).

3.4 Ψυχιατρικές Διαταραχές και Νοητική Υστέρηση

Η ψυχοπαθολογία τις προηγούμενες τέσσερις δεκαετίες θεωρούνταν ως ένα σύνολο προβλημάτων και διαταραχών που δεν εκδηλώνονταν σε άτομα με νοητική υστέρηση. Πλέον, αυτή η άποψη μοιάζει πολύ απαρχαιωμένη (Matson J.L., Belva, Hattier & Matson M.L., 2012). Η συνύπαρξη της νοητικής υστέρησης με διάφορα ψυχολογικά προβλήματα προσθέτει επιπλέον δυσκολίες στην προσαρμοστική συμπεριφορά και την ποιότητα ζωής του ατόμου (Στασινός, 2016).

Οι ψυχιατρικές διαταραχές από τις οποίες πάσχουν τα άτομα με νοητική υστέρηση είναι οι ίδιες διαταραχές που παρουσιάζουν και τα άτομα με φυσιολογική νοημοσύνη. Τα κυριότερα είδη των διαταραχών αυτών είναι οι ψυχώσεις και οι νευρώσεις, οι συναισθηματικές και οι αγχώδεις διαταραχές, οι διαταραχές προσωπικότητας και η άνοια. Ένα άτομο με νοητική υστέρηση μπορεί να παρουσιάσει συμπτώματα από δύο ή περισσότερες ψυχικές διαταραχές (Κιλαμπέρια, 2013). Σύμφωνα με τους Dekker και Koot (2003), όπως αναφέρει ο Στασινός, δεδομένα από τις περιορισμένες έρευνες που έχουν διεξαχθεί, το είδος των ψυχικών διαταραχών που μπορεί να εμφανίσει ένα άτομο με νοητική υστέρηση, εξαρτάται από το επίπεδο σοβαρότητάς της. Για παράδειγμα, ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, το άγχος και η αντικοινωνική συμπεριφορά μπορεί να έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης σε άτομα με ελαφρά ή ήπια νοητική υστέρηση ενώ πιο σοβαρές διαταραχές όπως η ψύχωση και διαταραχές του φάσματος του αυτισμού μπορεί να εμφανιστούν πιο συχνά σε άτομα με σοβαρή ή βαθιά νοητική υστέρηση (Στασινός, 2016). Τις τελευταίες δύο δεκαετίες η έρευνα σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές που μπορεί να εμφανίζουν νεαρά άτομα με νοητική υστέρηση έχει αυξηθεί σημαντικά (Maiano et al., 2018).

Μία ανάλυση των Maiano, Coutu, Tracey, Bouchard, Lepage, Morin και Moullec (2018), συμπεριέλαβε έρευνες οι οποίες ασχολήθηκαν με συμμετέχοντες που είχαν ήπια, μέτρια, σοβαρή ή βαθιά νοητική υστέρηση, γνωστής ή άγνωστης αιτιολογίας. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε τρεις ηλικιακές ομάδες: βρέφη (0 – 3 ετών), παιδιά (4 – 11 ετών) και έφηβοι – νεαροί ενήλικες (12 – 22 ετών). Συνολικά στην ανάλυση συμπεριλήφθηκαν 21 έρευνες που δημοσιεύθηκαν από το 1975 έως το 2015 και οι περισσότερες από αυτές διεξήχθησαν στη Βόρεια Αμερική και στην Ευρώπη (Maiano et al., 2018).

3.4.1 Αγχώδεις Διαταραχές ή Διαταραχές Άγχους

Η ήπια νοητική υστέρηση μπορεί να συνυπάρχει με επιληψία, ψυχαναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας καθώς και με κρίσεις πανικού και με έντονο άγχος (Κιλαμπέρια,2013).

Σύμφωνα με την ανάλυση των Maiano, Coutu, Tracey, Bouchard, Lepage, Morin και Moullec (2018), καταγράφηκαν δέκα συγκεκριμένοι υποτύποι διαταραχών άγχους σε όλες τις ηλικιακές ομάδες (0 – 22 ετών) των συμμετεχόντων με νοητική υστέρηση. Πιο συγκεκριμένα:

1. το 0.2% των συμμετεχόντων παρουσίασε Διαταραχή Πανικού με Αγοραφοβία
 2. το 0.3% Διαταραχή Πανικού
 3. το 0.4% Διαταραχή Πανικού χωρίς Αγοραφοβία
 4. το 0.6% Αγοραφοβία χωρίς Διαταραχή Πανικού
 5. το 1.1% Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες
 6. το 2.2% Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή
 7. το 2.4% Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή
 8. το 2.7% Κοινωνική Φοβία
 9. το 5% Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού και
 10. το 11.5% Ειδική Φοβία
- (Maiano et al., 2018).

Η ηλικιακή ομάδα των παιδιών (4 – 11 ετών) εμφάνισε τρεις υποτύπους συγκεκριμένων διαταραχών άγχους:

1. το 0.7% παρουσίασε Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή
2. το 2.7% Ειδική Φοβία και

3. το 17.6% Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού
(Maiano et al., 2018).

Η ηλικιακή ομάδα των εφήβων (12 – 22 ετών) εμφάνισε 7 υποτύπους συγκεκριμένων διαταραχών άγχους:

1. το 0.6% παρουσίασε Διαταραχή Πανικού
2. το 3.4% Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες
3. το 5.4% Κοινωνική Φοβία
4. το 5.7% Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού
5. το 8.7% Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή
6. το 12% Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή και
7. το 19.8% Ειδική Φοβία
(Maiano et al., 2018).

Επομένως, στις έρευνες που συμπεριέλαβαν όλες τις ηλικιακές ομάδες (0 – 22 ετών) η επικρατούσα αγχώδης διαταραχή είναι η ειδική φοβία (με ποσοστό 11.5%), στις έρευνες που συμπεριέλαβαν την ηλικιακή ομάδα των παιδιών (4 – 11 ετών) η επικρατούσα αγχώδης διαταραχή είναι η διαταραχή άγχους αποχωρισμού (με ποσοστό 17.6%) και στις έρευνες που συμπεριέλαβαν την ηλικιακή ομάδα των εφήβων (12 – 22 ετών) η επικρατούσα αγχώδης διαταραχή είναι η ειδική φοβία (με ποσοστό 19.8%) (Maiano et al., 2018).

Όπως αναφέρουν οι Maiano και οι συνεργάτες του, τα ευρήματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με τα ευρήματα του Costello και των συνεργατών του (2011) σε έρευνα που πραγματοποίησαν σχετικά με τις αγχώδεις διαταραχές σε τυπικά αναπτυσσόμενα νεαρά άτομα (Maiano et al., 2018).

3.4.2 Διαταραχές Διασπαστικής Συμπεριφοράς

Στη σοβαρή νοητική υστέρηση είναι πιο συνήθης η εμφάνιση αυτισμού και διαταραχών συμπεριφοράς. Πιο συγκεκριμένα, μπορεί να παρουσιαστεί κοινωνική αδιαφορία, φτερουγίσματα που οφείλονται στον αυτισμό, συμπεριφορές αυτοτραυματισμού και σεξουαλικά ακατάλληλες και προκλητικές συμπεριφορές (Κιλαμπέρια, 2013).

- **Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή στη Νοητική Υστέρηση**

Η προκλητική συμπεριφορά, αποτελεί λοιπόν ένα άλλο είδος ένδειξης πιθανής ύπαρξης ψυχιατρικής διαταραχής σε άτομα με νοητική υστέρηση και η οποία μπορεί

να επηρεάσει τόσο το ίδιο το άτομο όσο και το περιβάλλον του. Αρκετά συχνά οι προκλητικές συμπεριφορές δεν οφείλονται σε ψυχιατρικές διαταραχές αλλά σε κάποιες αλλαγές στο περιβάλλον και στην καθημερινή ζωή του ατόμου. Για αυτό το λόγο ο κλινικός θα πρέπει να δώσει έμφαση στη διάρκεια της προκλητικής συμπεριφοράς, στο περιβάλλον στο οποίο εκφράζεται και στο πως η συμπεριφορά αυτή επηρεάζει την ποιότητα ζωής του ατόμου έτσι ώστε να αποφευχθεί η σύγχυση με την ύπαρξη ψυχιατρικής διαταραχής (Πολεμικός, Καΐλα, Θεοδωροπούλου & Στρογγυλός, 2010).

Πολλές φορές η προκλητική συμπεριφορά που παρουσιάζουν τα άτομα με νοητική υστέρηση μπορεί να οφείλεται σε αισθητηριακά προβλήματα, σε προβλήματα επικοινωνίας ή χρησιμοποιείται για να εκφράσουν κάποιο πρόβλημα υγείας όπως είναι ο πόνος. Αν η προκλητική συμπεριφορά δεν οφείλεται σε κάποιο από τα παραπάνω θα πρέπει να εξεταστεί η ύπαρξη κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής (Πολεμικός, Καΐλα, Θεοδωροπούλου & Στρογγυλός, 2010).

Ο διαχωρισμός αυτός είναι αρκετά συχνά δύσκολος όπως στην περίπτωση του Κάλντον που παρουσιάζεται από τους Siaperas και Higgins (Siaperas & Higgins, 2009). Ο Κάλντον ήταν ένα νεαρό αγόρι με οριακή νοημοσύνη που παρουσίαζε προκλητική συμπεριφορά που έφτανε στα όρια της παραβατικότητας και επηρέαζε σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής του. Η φαρμακευτική αγωγή και η ψυχοθεραπεία δεν είχαν αποτέλεσμα. Έπειτα από την αξιολόγηση μέσω συνέντευξης στον ίδιο αλλά και στη μητέρα του, τέθηκε η διάγνωση της μη διαγνωσμένης διαταραχής του φάσματος του αυτισμού. Οι δυσκολίες προσαρμογής στο περιβάλλον που παρουσίαζε καθώς και η απουσία ακριβής διάγνωσης που οδήγησε σε έλλειψη υποστήριξης από τις υπηρεσίες, οδήγησαν στην εμφάνιση ψυχιατρικών προβλημάτων, όπως παρανοϊκή και ψυχαναγκαστική συμπεριφορά. Με το κατάλληλο πρόγραμμα παρέμβασης ο Κάλντον κατάφερε να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του (Πολεμικός, Καΐλα, Θεοδωροπούλου & Στρογγυλός, 2010).

3.4.3 Διαταραχές της Διάθεσης (Καταθλιπτικές Διαταραχές)

Σύμφωνα με την ανάλυση των Maiano, Coutu, Tracey, Bouchard, Lepage, Morin και Moullec (2018), καταγράφηκαν δύο υποτύποι συγκεκριμένων καταθλιπτικών διαταραχών στις έρευνες που συμπεριλάμβαναν όλες τις ηλικιακές ομάδες (0 – 22 ετών) των συμμετεχόντων με νοητική υστέρηση. Πιο συγκεκριμένα:

1. το 2.5% παρουσίασε Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή και
2. το 3.4% Δυσθυμική Διαταραχή

(Maiano et al., 2018).

Στην έρευνα που συμπεριέλαβε την ηλικιακή ομάδα των παιδιών (4 – 11 ετών) καταγράφηκαν δύο συγκεκριμένοι υποτύποι καταθλιπτικών διαταραχών:

1. το 2.1% παρουσίασε Δυσθυμική Διαταραχή και
2. το 3.2% Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

(Maiano et al., 2018).

Στις έρευνες που συμπεριλάμβαναν την ηλικιακή ομάδα των εφήβων (12 – 22 ετών) καταγράφηκαν δύο συγκεκριμένοι υποτύποι καταθλιπτικών διαταραχών:

1. το 5.7% παρουσίασε Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή και
2. το 6.9% Δυσθυμική Διαταραχή

(Maiano et al., 2018).

Συνοψίζοντας, στις έρευνες που συμπεριέλαβαν όλες τις ηλικιακές ομάδες (0 – 22 ετών) η επικρατούσα καταθλιπτική διαταραχή ήταν η δυσθυμική διαταραχή (με ποσοστό 3.4%), στην έρευνα που συμπεριέλαβε την ηλικιακή ομάδα των παιδιών (4 – 11 ετών) η επικρατούσα καταθλιπτική διαταραχή ήταν η μείζων καταθλιπτική διαταραχή (με ποσοστό 3.2%) και στις έρευνες που συμπεριέλαβαν την ηλικιακή ομάδα των εφήβων (12 – 22 ετών) η επικρατούσα καταθλιπτική διαταραχή ήταν η δυσθυμική διαταραχή (με ποσοστό 6.9%) (Maiano et al., 2018).

Όπως αναφέρει ο Maiano και οι συνεργάτες του, σύμφωνα με τον Birmaher και τους συνεργάτες του (1996), της Merikangas και των συνεργατών της (2009) και του Polanczyk και των συνεργατών του (2015), τα ευρήματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με τα ευρήματα προηγούμενων αναθεωρήσεων και αναλύσεων που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ νεαρών ατόμων τυπικής ανάπτυξης (Maiano et al., 2018).

3.4.4 Ψυχωτικές Διαταραχές

Οι ψυχώσεις παρουσιάζονται συχνά στα άτομα με νοητική υστέρηση με διάφορες μορφές όπως αυτές της έλλειψης προσωπικής υγιεινής και της αντιδραστικής συμπεριφοράς στις παροτρύνσεις για αυτοεξυπηρέτηση. Στο παρελθόν τέτοιες συμπεριφορές, αποδίδονταν αποκλειστικά στη νοητική υστέρηση (Πολεμικός, Καΐλα, Θεοδωροπούλου & Στρογγυλός, 2010).

Οι ψυχώσεις σε άτομα με σοβαρή νοητική υστέρηση είναι δύσκολο να εντοπιστούν αν τα άτομα δεν μπορούν να εκφράσουν τις περίεργες εμπειρίες που βιώνουν (Κιλαμπέρια, 2013). Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα που δίνει η Brown (1994), όπως αναφέρουν οι Πολεμικός, Καΐλα, Θεοδωροπούλου και Στρογγυλός, η οποία αναφέρεται σε ένα άτομο με νοητική υστέρηση το οποίο κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής του άρχισε να χτυπά τα αυτιά του με κίνδυνο να τραυματιστεί σοβαρά. Όπως διαπιστώθηκε έπειτα από αξιολόγηση και παρατήρηση το άτομο αυτό παρουσίαζε κάποια μορφή ψύχωσης και με τον τρόπο αυτό προσπαθούσε να διώξει τις φωνές που άκουγε (Πολεμικός, Καΐλα, Θεοδωροπούλου & Στρογγυλός, 2010).

3.5 Γενετικοί Παράγοντες που σχετίζονται με την Συνύπαρξη Ψυχιατρικών Διαταραχών και Νοητικής Υστέρησης

3.5.1 Σύνδρομο Down

Η πιο κοινή γενετική – χρωμοσωμική διαταραχή που προκαλεί νοητική υστέρηση είναι το σύνδρομο Down το οποίο έχει συχνότητα εμφάνισης 1 στις 800 γεννήσεις και σχετίζεται πιο συχνά με ήπια προς μέτρια νοητική υστέρηση (Griffin, Burke & Hodapp, 2012).

Παρά το γεγονός πως οι δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές εμφανίζονται σε χαμηλότερα ποσοστά στο σύνδρομο Down σε σχέση με άλλες διανοητικές αναπηρίες, οι επιστήμονες εκτιμούν πως 13% έως 15% των παιδιών με σύνδρομο Down παρουσιάζουν δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές, όπως πείσμα, ανυπακοή και επιθετικότητα. Επιπλέον, έχει βρεθεί πως τα παιδιά με σύνδρομο Down εκδηλώνουν επαναλαμβανόμενες, σαν ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές σε πιο ακραίες μορφές και πιο συχνά από ότι τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης. Ωστόσο, όπως και στα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά, η συχνότητα εμφάνισης των συμπεριφορών αυτών μειώνεται όσο μεγαλώνουν ηλικιακά. Τα άτομα με σύνδρομο Down μπορεί επίσης να παρουσιάσουν διαταραχή ελλειμματικής προσοχής ή και υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ), προκλητική συμπεριφορά και διαταραχές της συμπεριφοράς καθώς και αγχώδεις διαταραχές. Αυτές οι ψυχιατρικές διαταραχές συνήθως εμφανίζονται κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία και οι επιστήμονες καταγράφουν υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης κατά την εφηβεία (Griffin, Burke & Hodapp, 2012).

Κατά την ενήλικη ζωή, τα άτομα με σύνδρομο Down μπορεί να γίνουν πιο επιρρεπή σε καταθλιπτικές διαταραχές. Περίπου 6% έως 11% των ενηλίκων με σύνδρομο Down θεωρείται πως παρουσιάζει καταθλιπτικές διαταραχές και διαταραχές του συναισθήματος,

με χαρακτηριστικά γνωρίσματα την παθητικότητα, την απάθεια και την απόσυρση. Η ενήλικη κατάθλιψη μπορεί να προέλθει από την εφηβεία και από τα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής και πολλές φορές συγγέεται με πρώιμα σημάδια του Alzheimer, που συχνά έχει παρόμοια συμπτωματολογία (Griffin, Burke & Hodapp, 2012).

Τα άτομα αυτά, μπορεί να εμφανίσουν μέτριες μαθησιακές δυσκολίες καθώς και διαταραχές του ύπνου και της όρεξης που οφείλονται σε καταθλιπτική διαταραχή. Επιπλέον, μπορεί να εμφανίσουν έκπτωση της κοινωνικότητας και της ικανότητας αυτοεξυπηρέτησης εξαιτίας της άνοιας Alzheimer (Κιλαμπέρια, 2013).

Τα άτομα με σύνδρομο Down μπορεί να ωφεληθούν από την αυξημένη δραστηριότητα, καθώς και από την ενασχόληση με την κοινωνική ζωή. Οι δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές στους εφήβους με σύνδρομο Down χρήζουν προσοχής, καθώς μπορεί να γίνουν καταθλιπτικά συμπτώματα στην ενήλικη ζωή (Griffin, Burke & Hodapp, 2012).

3.5.2 Σύνδρομο Prader – Willi

Το σύνδρομο Prader – Willi παρουσιάζει συχνότητα εμφάνισης 1 στις 15.000 γεννήσεις. Τα άτομα αυτά, συχνά ταξινομούνται στο εύρος της ήπιας προς μέτριας νοητικής υστέρησης, με δείκτη νοημοσύνης περίπου 70 μονάδες, και παρουσιάζουν σχετικά ικανοποιητικές δεξιότητες καθημερινής διαβίωσης (Griffin, Burke & Hodapp, 2012).

Το πιο αξιοσημείωτο χαρακτηριστικό των ατόμων με σύνδρομο Prader – Willi είναι η υπερφαγία ή αλλιώς καταναγκαστική υπερκατανάλωση φαγητού, που πρόκειται για μία διαταραχή πρόσληψης της τροφής. Η υπερφαγία η οποία εμφανίζεται μεταξύ των ηλικιών 2 έως 6 ετών και συνεχίζεται κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου, θεωρείται πως περιλαμβάνει τον υποθάλαμο και χαρακτηρίζεται από ατελή κορεσμό. Παραδείγματα συμπεριφορών που σχετίζονται με την υπερφαγία είναι η αναζήτηση φαγητού, η συλλογή τροφής και η συσσώρευση φαγητού. Χωρίς κατάλληλη επίβλεψη, τα άτομα αυτά γίνονται παθολογικά παχύσαρκα (Griffin, Burke & Hodapp, 2012).

Εκτός από την υπερφαγία, τα άτομα με σύνδρομο Prader – Willi παρουσιάζουν και υψηλά ποσοστά δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών. Πολλά άτομα παρουσιάζουν ευερεθιστότητα και επιθετική συμπεριφορά και μπορεί να χαρακτηριστούν ως συναισθηματικά ασταθή και πεισματάρικα ενώ πολύ συχνά περιγράφονται ως μη δραστήρια και ληθαργικά, χαρακτηριστικά που προκαλούν περαιτέρω ανησυχίες για την υγεία των ατόμων αυτών (Griffin, Burke & Hodapp, 2012).

Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν επίσης υψηλά ποσοστά εμφάνισης ιδεοψυχαναγκαστικών συμπεριφορών, οι οποίες συνήθως σχετίζονται με το φαγητό. Ωστόσο, τα άτομα με σύνδρομο Prader – Willi μπορεί να εμφανίσουν ιδεοψυχαναγκαστικές συμπεριφορές που σχετίζονται με τη συσσώρευση αντικειμένων, με τελετουργίες και με την ψυχαναγκαστική καθαριότητα. Παρόμοια με την ψυχαναγκαστική συμπεριφορά που σχετίζεται με το φαγητό, οι υπόλοιπες ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές εμφανίζονται τυπικά κατά την προσχολική ηλικία. Η τάση προς αυτές τις συμπεριφορές υποδεικνύει τον αυξημένο κίνδυνο που παρουσιάζουν τα άτομα με σύνδρομο Prader – Willi, ως προς την εμφάνιση ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (Griffin, Burke & Hodapp, 2012).

Ενώ οι ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές εμφανίζονται κατά την παιδική ηλικία, συχνά επιδεινώνονται κατά την ενήλικη ζωή. Για αυτό το λόγο, κατά την αξιολόγηση των ατόμων με σύνδρομο Prader – Willi θα πρέπει να αξιολογούνται πιθανές ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές καθώς και συμπεριφορές που σχετίζονται με το φαγητό. Με αυτόν τον τρόπο, οι κλινικοί θα μπορέσουν να βοηθήσουν πιο αποτελεσματικά σε σωματικό και νοητικό επίπεδο τα άτομα αυτά (Griffin, Burke & Hodapp, 2012).

3.6 Αξιολόγηση και Διάγνωση Ψυχιατρικών Διαταραχών στη Νοητική Υστέρηση

Για πολυάριθμους λόγους, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας παρουσιάζουν δυσκολία στην αξιολόγηση της ψυχοπαθολογίας μεταξύ των ατόμων με νοητική υστέρηση. Αρχικά, οι κλινικοί έχουν αφήσει στο παρελθόν τη διάγνωση της νοητικής υστέρησης να επισκιάσει μια πιθανή διάγνωση ψυχικών διαταραχών. Για παράδειγμα, αν ένα άτομο με νοητική υστέρηση παρουσίαζε συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους ή συμπεριφορικής διαταραχής, ο κλινικός θα μπορούσε απλά να αποδώσει τις συμπεριφορές αυτές στη νοητική υστέρηση του ατόμου και όχι να αξιολογήσει το άτομο για την ύπαρξη κάποιας ψυχιατρικής διάγνωσης. Έτσι, η διαγνωστική αλληλοεπικάλυψη μπορεί να οδηγήσει σε έλλειψη κατάλληλων εργαλείων αξιολόγησης και διάγνωσης για τα άτομα με νοητική υστέρηση (Griffin, Burke & Hodapp, 2012).

Σύμφωνα με τον Morgan και τους συνεργάτες του (2003), όπως αναφέρουν οι Πολεμικός, Καϊλα, Θεοδωροπούλου και Στρογγυλός, ανοιχτό ερώτημα για την διάγνωση ψυχιατρικών διαταραχών σε άτομα με νοητική υστέρηση αποτελεί η εγκυρότητα των διαγνωστικών κριτηρίων των διεθνών συστημάτων κατάταξης ψυχιατρικών διαταραχών όπως είναι ο οδηγός κατάταξης ψυχιατρικών διαταραχών της Αμερικανικής Εταιρείας Ψυχιατρικής

(American Psychiatric Association) DSM-IV και ο οδηγός κατάταξης ψυχιατρικών διαταραχών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organisation) ICD-10 (Πολεμικός, Καΐλα, Θεοδωροπούλου & Στρογγυλός, 2010).

Το Βασιλικό Κολλέγιο Ψυχιατρικής στο Ηνωμένο Βασίλειο (Royal College of Psychiatrists) (2001), όπως αναφέρουν οι Πολεμικός, Καΐλα, Θεοδωροπούλου και Στρογγυλός, βασισμένο στα δύο αυτά διεθνή συστήματα ταξινόμησης δημιούργησε το Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities ή DC-LD ένα σύστημα ταξινόμησης των ψυχιατρικών διαταραχών προσαρμοσμένο να ανταποκρίνεται σε άτομα με νοητική υστέρηση. Σύμφωνα με τους Cooper και Bailey (2001) και τους Oliver και συνεργάτες (1987), όπως αναφέρουν οι Πολεμικός, Καΐλα, Θεοδωροπούλου και Στρογγυλός, το DC-LD χρησιμοποιείται μαζί με το DSM-IV και το ICD-10 για τη διάγνωση ψυχιατρικών διαταραχών σε άτομα με μέτρια έως βαριά νοητική υστέρηση (Πολεμικός, Καΐλα, Θεοδωροπούλου & Στρογγυλός, 2010).

Παρόλα αυτά, σε μερικές περιπτώσεις η διάγνωση παραμένει δύσκολη υπόθεση, όπως στην περίπτωση ατόμων με βαριά νοητική υστέρηση, που δεν είναι σε θέση να περιγράψουν την ψυχική τους κατάσταση. Οι δυσκολίες αυτές επηρεάζουν και τη δυνατότητα υπολογισμού του ποσοστού των ατόμων με νοητική υστέρηση που πάσχουν και από ψυχιατρικές διαταραχές, με τις έρευνες να συμπεραίνουν με επιφύλαξη πως τα άτομα με νοητική υστέρηση έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κάποια ψυχιατρική διαταραχή από ότι ο γενικός πληθυσμός (Πολεμικός, Καΐλα, Θεοδωροπούλου & Στρογγυλός, 2010).

Τέλος, η κλινική εικόνα που παρουσιάζει ένα άτομο με νοητική υστέρηση και με κάποια ψυχική διαταραχή, μπορεί να διαφέρει από την κλινική εικόνα που παρουσιάζουν τα άτομα του γενικού πληθυσμού (Melville et al., 2016).

Κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης ο κλινικός θα πρέπει να είναι σε θέση να καταγράψει όλα τα στοιχεία για τη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής του ατόμου λαμβάνοντας πληροφορίες από το ίδιο το άτομο αλλά και από το περιβάλλον του. Έτσι θα μπορέσει να καταλήξει σε ένα ασφαλές συμπέρασμα για το αν τα προβλήματα συμπεριφοράς που παρουσιάζει το άτομο με νοητική υστέρηση οφείλονται στην ύπαρξη ψυχιατρικής διαταραχής ή σε άλλους παράγοντες και θα μπορέσει να οργανώσει καλύτερα το θεραπευτικό του πλάνο (Πολεμικός, Καΐλα, Θεοδωροπούλου & Στρογγυλός, 2010).

3.6.1 Κλίμακες Αξιολόγησης

Οι κλίμακες αξιολόγησης για τον εντοπισμό ψυχιατρικών διαταραχών σε άτομα με νοητική υστέρηση είναι σαφώς πιο περιορισμένες σε αριθμό από τις υπάρχουσες κλίμακες που χρησιμοποιούνται για το γενικό πληθυσμό και η αξιοπιστία τους παραμένει επίσης αρκετά αμφισβητήσιμη. Οι κλίμακες αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν στα πλαίσια μιας συνέντευξης με το άτομο που πάσχει από νοητική υστέρηση ή με οικεία άτομα του περιβάλλοντός του (Πολεμικός, Καΐλα, Θεοδωροπούλου & Στρογγυλός, 2010).

Μερικές από τις πιο γνωστές κλίμακες είναι:

1. Διαγνωστική Αξιολόγηση των ατόμων με Σοβαρή Αναπηρία (Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped - DASH - II)

Η υπόθεση πως οι διαγνωστικές ανάγκες των ατόμων με σοβαρή και βαθιά νοητική υστέρηση διαφέρουν από αυτές των ατόμων με ήπια και μέτρια νοητική υστέρηση οδήγησε στην ανάπτυξη του DASH – II. Το DASH – II αποτελείται από 84 τομείς και τα αποτελέσματά του οδηγούν στην εκτίμηση 13 ψυχικών ασθενειών που προέρχονται από το DSM – IV – TR. Οι υποκλίμακες περιλαμβάνουν τον έλεγχο των παρορμήσεων, τα οργανικά προβλήματα, το άγχος, τις διαταραχές της διάθεσης, τη μανία, τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, τη σχιζοφρένεια, τις στερεοτυπίες, την αυτοτραυματική συμπεριφορά, τις διαταραχές αποβολής, τις διαταραχές πρόσληψης της τροφής, τις διαταραχές ύπνου και τις σεξουαλικές διαταραχές (Matson J.L., Belva, Hattier & Matson M.L., 2012).

2. Κλίμακα Ψυχιατρικής Αξιολόγησης για ενήλικες με Αναπτυξιακή Αναπηρία (Psychiatric Assessment Scale for Adults with Developmental Disability – PAS - ADD)

Πρόκειται για μια υποδομημένη κλίμακα αξιολόγησης ψυχικής κατάστασης για ενήλικα άτομα με μέτρια ή σοβαρή νοητική υστέρηση. Έχει καλά ποσοστά αξιοπιστίας σε περιπτώσεις κατάθλιψης, αγχώδους διαταραχής και αγοραφοβίας. Διαφορετικές εκδόσεις της κλίμακας αξιολογούν τις περιπτώσεις ψύχωσης, άνοιας, ψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς και διαταραχών του φάσματος του αυτισμού (Πολεμικός, Καΐλα, Θεοδωροπούλου & Στρογγυλός, 2010, σ. 369).

Αποτελείται από μια λίστα από γεγονότα ζωής και 29 τομείς σχετικά με τα συμπτώματα της ψυχοπαθολογίας. Η βαθμολογία μετράται σε μία κλίμακα 4 βαθμών (Matson J.L., Belva, Hattier & Matson M.L., 2012).

Το Mini – PAS – ADD είναι μια παραλλαγή του PAS – ADD και αποτελείται από 86 τομείς που καλύπτουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης, του άγχους, της διευρυμένης διάθεσης, της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, των ψυχώσεων, της μη προσδιοριζόμενης διαταραχής που αποτελείται από άνοια και οργανικά προβλήματα και των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος (Matson J., Belva, Hattier & Matson M.L., 2012).

3. Η Διαλογή Reiss για την Δυσπροσαρμοστική Συμπεριφορά (Reiss Screen for Maladaptive Behaviour)

Είναι μία από τις παλαιότερες, καλά καθιερωμένη κλίμακα για την αξιολόγηση της ψυχοπαθολογίας σε άτομα με νοητική υστέρηση (Matson J.L., Belva, Hattier & Matson M.L., 2012).

Σύμφωνα με τον Stureney και τους συνεργάτες του (1996), όπως αναφέρουν οι Πολεμικός, Καΐλα, Θεοδωροπούλου και Στρογγυλός, έχει 36 αντικείμενα τα οποία αξιολογούν τις υποκατηγορίες: ψύχωση, κατάθλιψη, παρανοϊκή συμπεριφορά, επιθετική συμπεριφορά, διαταραχές της προσωπικότητας και διαταραχές του φάσματος του αυτισμού. Παρότι δίνει σχετικά ακριβή αποτελέσματα, υπάρχουν ακόμη αρκετά ερωτηματικά όσον αφορά στην εγκυρότητά της. Αποτελεί πάντως ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο αρχικής εκτίμησης της ψυχικής κατάστασης του εξεταζόμενου ατόμου με νοητική υστέρηση (Πολεμικός, Καΐλα, Θεοδωροπούλου & Στρογγυλός, 2010, σ. 369).

4. Το Ψυχοπαθολογικό Εργαλείο για τους ενήλικες με Διανοητική Καθυστέρηση (The Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults - PIMRA)

Το PIRMA περιγράφηκε για πρώτη φορά σε μία σειρά τριών ερευνών του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου του Πίτσμπουργκ. Το τεστ αυτό αποτελείται από 56 τομείς και βασίστηκε στο DSM – III με μία έκδοση προσωπικής αναφοράς και μια έκδοση ενημερωτικής αναφοράς. Επτά τύποι ψυχοπαθολογίας εκτιμήθηκαν συμπεριλαμβανομένων της σχιζοφρένειας, της κατάθλιψης, των ψυχοσεξουαλικών διαταραχών, των διαταραχών προσαρμογής, των διαταραχών άγχους, των

σωματόμορφων διαταραχών και των διαταραχών προσωπικότητας (Matson J.L., Belva, Hattier & Matson M.L., 2012).

3.6.2 Λειτουργικής Συμπεριφορικής Αξιολόγησης (Functional Behavioral Assessment - FBA)

Εκτός από τα παραπάνω εργαλεία αξιολόγησης, εξαιρετικά χρήσιμη θα ήταν η διεξαγωγή μιας Λειτουργικής Συμπεριφορικής Αξιολόγησης (Functional Behavioral Assessment - FBA) για την παρατήρηση της φύσης, της διάρκειας και των λειτουργιών από συγκεκριμένες προβληματικές συμπεριφορές που παρουσιάζει το άτομο. Με τη Λειτουργική Συμπεριφορική Αξιολόγηση, οι επαγγελματίες θα μπορούν να αναγνωρίσουν μοτίβα στην προβληματική συμπεριφορά του ατόμου καθώς και θεραπευτικές παρεμβάσεις που μπορεί να μειώσουν σημαντικά τη συμπεριφορά αυτή (Griffin, Burke & Hodapp, 2012).

3.6.3 Συμπεράσματα για τα Εργαλεία Αξιολόγησης των Ψυχιατρικών Διαταραχών στην Νοητική Υστέρηση

Εργαλεία διαλογής προσαρμοσμένα σε παιδιά και ενήλικες με κλίμακες για ήπια και μέτρια νοητική υστέρηση καθώς και άλλα εργαλεία διαλογής για σοβαρή και βαθιά νοητική υστέρηση είναι αναγκαία. Τα μεγαλύτερα άτομα με ήπιες μορφές νοητικής υστέρησης μπορούν να κάνουν την αυτοαξιολόγησή τους ενώ τα πολύ νεαρά άτομα, τα άτομα με σοβαρά διανοητικά ελλείμματα ή τα άτομα που εμφανίζουν άνοια ή άλλες γνωστικές διαταραχές στη διάρκεια της ζωής τους είναι δύσκολο να πραγματοποιήσουν την αυτοαξιολόγησή τους (Matson J.L., Belva, Hattier & Matson M.L., 2012).

3.7 Θεραπευτικές Προσεγγίσεις Ψυχιατρικών Διαταραχών στη Νοητική Υστέρηση

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχιατρικών διαταραχών σε άτομα με νοητική υστέρηση μπορεί να αποτελείται από ψυχοθεραπευτικές μεθόδους όπως είναι η γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία ή από τη χορήγηση φαρμάκων, κυρίως αγχολυτικών, για μικρό χρονικό διάστημα. Παλαιότερα, η θεραπευτική αντιμετώπιση αποτελούνταν κυρίως από φαρμακευτική αγωγή, η οποία δεν ήταν πολλές φορές κατάλληλη, καθώς επικρατούσε η άποψη πως τα άτομα με νοητική υστέρηση δεν μπορούν να ωφεληθούν από την ψυχοθεραπεία επειδή δεν είναι ικανά να κατανοήσουν τις αιτίες και τα αποτελέσματα των πράξεών τους (Πολεμικός, Καΐλα, Θεοδωροπούλου & Στρογγυλός, 2010).

Στις μέρες μας όλοι γνωρίζουν πως ο στιγματισμός και η περιθωριοποίηση που βιώνουν τα άτομα με νοητική υστέρηση μπορεί να προκαλέσουν την εμφάνιση κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής. Οι επιστήμονες έχουν συμπεράνει πως οι θεραπευτικές στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση ψυχιατρικών διαταραχών σε άτομα του γενικού πληθυσμού μπορούν να προσαρμοστούν και να χρησιμοποιηθούν και σε άτομα με νοητική υστέρηση, καθώς πολλές φορές οι παράγοντες που οδηγούν στην εμφάνιση μιας ψυχιατρικής διαταραχής σε ένα άτομο του γενικού πληθυσμού είναι οι ίδιοι που συμβάλλουν στην εμφάνιση της ψυχιατρικής διαταραχής και σε ένα άτομο με νοητική υστέρηση (Πολεμικός, Καΐλα, Θεοδωροπούλου & Στρογγυλός, 2010).

3.8 Βασικές Θεραπευτικές Προσεγγίσεις

Η θεραπεία των ατόμων με διπλή διάγνωση μπορεί να περιλαμβάνει φαρμακολογικές παρεμβάσεις καθώς και συμπεριφορικές θεραπείες. Όπως και με όλους τους ασθενείς, οι ειδικοί θα πρέπει να είναι προσεκτικοί όταν συστήνουν φαρμακολογικές θεραπείες και σε άτομα με νοητική υστέρηση. Για αυτό το λόγο είναι αναγκαία η κατάλληλη και επαρκής εκπαίδευση των ειδικών έτσι ώστε να αποφευχθεί μια πιθανή επισκίαση των πιθανών ψυχικών διαταραχών του ατόμου με τη νοητική υστέρηση καθώς και να αποφευχθούν οι ακατάλληλες διαγνώσεις και συνταγογραφήσεις (Griffin, Burke & Hodapp, 2012).

3.8.1 Φαρμακοθεραπεία:

Ο πιο διαδεδομένος τρόπος αντιμετώπισης ψυχιατρικών διαταραχών στη νοητική υστέρηση είναι η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής που στην πλειονότητά της αποτελείται από φάρμακα αντιψυχωσικά και αντιεπιληπτικά (Πολεμικός, Καΐλα, Θεοδωροπούλου & Στρογγυλός, 2010). Η αγωγή με ψυχοτρόπα φάρμακα χρησιμοποιείται ως μέρος ενός περιεκτικού θεραπευτικού προγράμματος για την αντιμετώπιση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων ή των προκλητικών συμπεριφορών του ατόμου. Η ψυχοτροπική αγωγή, είναι οποιαδήποτε αγωγή συνταγογραφείται για να σταθεροποιήσει ή να βελτιώσει τη διάθεση, τη διανοητική κατάσταση ή τη συμπεριφορά του ατόμου. Ιδανικά, η αγωγή λειτουργεί σαν μια ρύθμιση για την εμφάνιση της κατάλληλης συμπεριφοράς όταν μειώνεται η εμφάνιση της δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς. Έτσι, η ψυχοτρόπος αγωγή μπορεί να επιτρέψει στο άτομο να λειτουργεί πιο ολοκληρωμένα ή κατάλληλα στο σχολείο, στη δουλειά ή στο σπίτι. Η αγωγή με ψυχοτρόπα φάρμακα θα πρέπει να χρησιμοποιείται για να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του ατόμου και όχι για να μειώσει αυστηρά την εμφάνιση ανώμαλης ή ανεπιθύμητης συμπεριφοράς (Gentile & Gillig, 2012).

Οι ψυχικές διαταραχές και οι προκλητικές συμπεριφορές που παρουσιάζουν τα άτομα με νοητική υστέρηση τοποθετούν τον πληθυσμό αυτό ανάμεσα στις κοινωνικές ομάδες στις οποίες χορηγούνται πολυάριθμες φαρμακευτικές αγωγές (Matson & Cervantes, 2013). Στο Ηνωμένο Βασίλειο η χορήγηση φαρμάκων είναι πιο δημοφιλής σε άτομα που νοσηλεύονται σε ιδρύματα και νοσοκομεία, παρά σε μικρές κοινότητες όπου υπάρχει ο χρόνος και η δυνατότητα για περισσότερη διεπιστημονική υποστήριξη. Στα περισσότερα άτομα που χορηγείται φαρμακευτική αγωγή δεν υπάρχει ακριβής διάγνωση και τα φάρμακα στοχεύουν στον περιορισμό των προκλητικών συμπεριφορών. Είναι λοιπόν αναγκαία η δημιουργία καινούριων και πιο εξατομικευμένων στρατηγικών ψυχοθεραπείας για τα άτομα με νοητική υστέρηση (Πολεμικός, Καΐλα, Θεοδωροπούλου & Στρογγυλός, 2010).

3.8.2 Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις:

Σε συνδυασμό με τις φαρμακολογικές παρεμβάσεις, τα άτομα με νοητική υστέρηση και κάποιου είδους ψυχοπαθολογία μπορεί να ωφεληθούν από τη συμπεριφορική θεραπεία. Αυτού του είδους η θεραπεία χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση μιας ποικιλίας ψυχικών προβλημάτων, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης και των διαταραχών άγχους (Griffin, Burke & Hodapp, 2012).

Οι κλασσικές ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι όπως η ψυχοδυναμική και η γνωσιακή θεραπεία δεν χρησιμοποιούνται συχνά στη νοητική υστέρηση (Πολεμικός, Καΐλα, Θεοδωροπούλου, Στρογγυλός, 2010). Η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (Cognitive Behavioral Therapy - CBT), η Γνωσιακή Θεραπεία βασισμένη στην Ηρεμία του Μυαλού (Mindfulness – based Cognitive Therapy – MBCT), η Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία (Dialectical Behavioral Therapy – DBT) και παρόμοιες θεραπευτικές μέθοδοι που προέρχονται από τις αρχές της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας, έχουν επιδείξει αποτελεσματικότητα στη θεραπεία ατόμων με νοητική υστέρηση και αγχώδεις διαταραχές, καταθλιπτικές διαταραχές, διπολικές διαταραχές, προβλήματα ελέγχου των παρορμήσεων και αυτοτραυματική συμπεριφορά (Hassiotis et al., 2011; Moizer, Sawicka, Dendle & Albany, 2015; Fletcher & Robertson, 2011).

Τεκμηριωμένα θεραπευτικά προγράμματα έχουν αναπτυχθεί για ατομική και ομαδική θεραπεία. Ο δομημένος προγραμματισμός και οι θεραπευτικές ενότητες που καλύπτουν πτυχές της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας, της γνωσιακής θεραπείας βασισμένης στην ηρεμία του μυαλού και της διαλεκτικής συμπεριφορικής θεραπείας χρησιμοποιούνται

σε σχολικά και κοινωνικά περιβάλλοντα. Πολλά προγράμματα μπορούν να χορηγηθούν από εκπαιδευμένους φροντιστές υπό την επίβλεψη αυτών. Οι μέθοδοι της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας διδάσκουν και ενισχύουν την αυτοεξυπηρέτηση και την αυτοαποφασιστικότητα, προσφέροντας στα άτομα με νοητική υστέρηση την ευκαιρία να μάθουν και να εξασκήσουν δεξιότητες ελέγχου του συναισθήματος, δεξιότητες ανοχής των συναισθημάτων δυσφορίας, δεξιότητες για την ηρεμία του μυαλού και άλλες θετικές δεξιότητες αυτοελέγχου και αυτοδιαχείρισης (Bisconer & Ahsan, 2017).

Μεταξύ των συμπεριφορικών θεραπειών, η Εφαρμοσμένη Ανάλυση Συμπεριφοράς (ABA) έχει αποδεδειγμένα καλά αποτελέσματα (Beavers, Iwata & Lerman, 2013). Η ABA επιχειρεί να τροποποιήσει προηγούμενες ή/και συγκεκριμένες συνεχιζόμενες συμπεριφορές, είτε αποθαρρύνοντας μια προβληματική συμπεριφορά είτε ενθαρρύνοντας μια εναλλακτική συμπεριφορά (Harris, 2010).

3.8.3 Συμπεράσματα Θεραπευτικών Προσεγγίσεων των Ψυχιατρικών Διαταραχών στην Νοητική Υστέρηση

Η θεραπευτική παρέμβαση σε άτομα με νοητική υστέρηση είναι μια πολύπλοκη διαδικασία. Η αλόγιστη χρήση ψυχοφαρμάκων κατά το παρελθόν δεν φάνηκε να έχει θετικά αποτελέσματα για τα άτομα αυτά (Griffin, Burke & Hodapp, 2012).

Παρά την ελλιπή ποσότητα στοιχείων, οι έρευνες υποδεικνύουν πως η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να είναι αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, συμπεριλαμβανομένων των αυτόματων αρνητικών σκέψεων. Μέχρι στιγμής υπάρχουν διαφορούμενα στοιχεία για το άγχος με έρευνες να υποδεικνύουν κάποια θετικά αποτελέσματα τα οποία έτειναν να είναι μη ελεγχόμενα (Unwin, Tsimopoulou, Kroese & Azmi, 2016).

Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία μόνη της ή σε συνδυασμό με κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή προσφέρει τη δυνατότητα διευθέτησης των αναγκών των ατόμων με νοητική υστέρηση (Griffin, Burke & Hodapp, 2012). Σε περίπτωση που ένα άτομο με νοητική υστέρηση που παρουσιάζει και κάποια ψυχική διαταραχή δεν λάβει την απαιτούμενη βοήθεια, τα συμπτώματα της ψυχοπαθολογίας του μπορεί να επιδεινωθούν επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα ζωής του (Yoo, Valdovinos & Schroeder, 2012).

3.9 Διπλή Διάγνωση

Τα ποσοστά εμφάνισης δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών και ψυχικών διαταραχών στα άτομα με νοητική υστέρηση, είναι γενικά υψηλότερα από τα ποσοστά εμφάνισης του γενικού πληθυσμού. Το γεγονός αυτό ήταν μέχρι πρόσφατα αμφιλεγόμενο, καθώς οι γονείς και οι δικηγόροι ήθελαν να διαχωρίσουν τα συμφέροντα και τις ανάγκες των ατόμων με νοητική υστέρηση από τα συμφέροντα και τις ανάγκες των ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές χωρίς την παρουσία νοητικής υστέρησης. Πλέον, έχει γίνει κατανοητό στο πεδίο της έρευνας πως πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στην ποσότητα, στους τύπους και στις θεραπείες που χρειάζονται τα άτομα με διπλή διάγνωση, που έχουν δηλαδή συνυπάρχουσα νοητική υστέρηση και συναισθηματικά ή και συμπεριφορικά προβλήματα (Griffin, Burke & Hodapp, 2012).

Το πρώτο σημείο που είναι αναγκαίο να δοθεί έμφαση, σχετίζεται με το ξεκάθαρο ποσοστό εμφάνισης ψυχικών διαταραχών σε άτομα με νοητική υστέρηση. Προς το παρόν, οι εκτιμήσεις ποικίλλουν, με το εύρος του ποσοστού συνύπαρξης ψυχοπαθολογίας και νοητικής υστέρησης να κυμαίνεται από 10% μέχρι και 70% σε όλα τα άτομα με νοητική υστέρηση. Παρότι ανακριβής, ο μέσος όρος που είναι περίπου 40% δείχνει πως πολλά από αυτά τα άτομα παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα ψυχικής υγείας (Griffin, Burke & Hodapp, 2012).

Ένα δεύτερο ζήτημα σχετίζεται με τα είδη των προβλημάτων που βιώνουν τα άτομα αυτά. Μπορεί για παράδειγμα, κάποια άτομα με νοητική υστέρηση να παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης για κάποιες συγκεκριμένες ψυχικές διαταραχές και όχι για κάποιες άλλες. Παρά το γεγονός πως αυτό το ζήτημα είναι δύσκολο να λυθεί, μέχρι στιγμής η περισσότερη δουλειά έχει εστιάσει σε κάποιες συγκεκριμένες ψυχιατρικές διαγνώσεις (Griffin, Burke & Hodapp, 2012).

3.9.1 Νοητική Υστέρηση και Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές

Τα άτομα με νοητική υστέρηση που παρουσιάζουν διαταραχές του αυτιστικού φάσματος μπορεί να έχουν υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης συμπεριφορικών προβλημάτων. Οι διαταραχές του αυτιστικού φάσματος περιλαμβάνουν αναπτυξιακές διαταραχές που εκδηλώνονται με τη μορφή ελλειμμάτων στην κοινωνική αλληλεπίδραση και επικοινωνία, καθώς και με στερεοτυπικές συμπεριφορές. Τα ποσοστά εμφάνισης για τη διπλή διάγνωση νοητικής υστέρησης και διαταραχών του αυτιστικού φάσματος κυμαίνονται από 2% έως 41%. Τα άτομα με διπλή διάγνωση, παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα προβληματικών

συμπεριφορών όπως στερεοτυπίες, επιθετικότητα και αυτοτραυματική συμπεριφορά, από ότι τα άτομα που έχουν μόνο νοητική υστέρηση. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί πως τα άτομα με συνυπάρχουσα νοητική υστέρηση και διαταραχές του αυτιστικού φάσματος, τρώνε μη βρώσιμα αντικείμενα και παρουσιάζουν διαταραχές ύπνου σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τα άτομα που έχουν διαγνωστεί μόνο με νοητική υστέρηση (Griffin, Burke & Hodapp, 2012).

3.9.2 Νοητική Υστέρηση και Αγχώδεις Διαταραχές

Τα άτομα με νοητική υστέρηση παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης άγχους, με συχνότητα εμφάνισης που κυμαίνεται από 1.5% έως 24% για τον πληθυσμό αυτό. Τα άτομα με συγκεκριμένη γενετική αιτιολογία, μπορεί να εμφανίσουν υψηλότερα επίπεδα άγχους από τα άτομα με άλλη γενετική ή άγνωστη αιτιολογία. Για παράδειγμα, τα άτομα με σύνδρομο Williams είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν άγχος καθώς και γενικευμένο άγχος ή ανησυχία για το μέλλον (Griffin, Burke & Hodapp, 2012).

3.9.3 Άτομα με Νοητική Υστέρηση και Κατάθλιψη

Όπως το άγχος έτσι και η κατάθλιψη θεωρείται πως είναι πιο διαδεδομένη ανάμεσα στα άτομα με νοητική υστέρηση. Τα ποσοστά εμφάνισής της κυμαίνονται από 1.5% έως 30% για τον συγκεκριμένο πληθυσμό. Συγκεκριμένες γενετικές διαταραχές όπως το σύνδρομο Down μπορεί να έχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης ειδικά κατά την περίοδο της εφηβείας και της ενήλικης ζωής (Griffin, Burke & Hodapp, 2012).

3.10 Διαφοροδιάγνωση Νοητικής Υστέρησης με άλλες Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές

Οι λογοθεραπευτές θα πρέπει να είναι σε θέση να διαφοροποιήσουν τη νοητική υστέρηση με άλλες διαταραχές και καταστάσεις, των οποίων τα επικοινωνιακά προβλήματα, ιδιαίτερα όταν είναι σοβαρά, μπορούν να αποδοθούν λανθασμένα στη νοητική υστέρηση (American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.).

Η διαφοροδιάγνωση για την νοητική υστέρηση περιλαμβάνει άλλες νευροαναπτυξιακές διαταραχές που μπορεί να συνυπάρχουν με αυτή:

1. Η διαταραχή αυτιστικού φάσματος έχει παρόμοια συχνότητα εμφάνισης με τη νοητική υστέρηση και χαρακτηρίζεται από δυσκολία στην κοινωνική επικοινωνία, περιορισμένα ενδιαφέροντα και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές. Τουλάχιστον το

25% των παιδιών με διαταραχή αυτιστικού φάσματος έχει και νοητική υστέρηση (Marrus & Hall, 2017).

Οι λογοθεραπευτές μπορεί να λάβουν παραπομπές για παιδιά με επικοινωνιακές καθυστερήσεις ή ελλείμματα και περιορισμούς στην κοινωνική λειτουργικότητα. Αυτές οι συμπεριφορές μπορεί να παραπέμψουν στη διαταραχή αυτιστικού φάσματος, στη νοητική υστέρηση ή σε άλλες καταστάσεις. Ο λογοθεραπευτής μπορεί να είναι μέρος μιας ομάδας που πραγματοποιεί τη διαφοροδιάγνωση μεταξύ της νοητικής υστέρησης και των διαταραχών αυτιστικού φάσματος ή τη διάγνωση της συννοσηρότητας των δύο. Η διαφοροδιάγνωση αυτή μπορεί να είναι δύσκολη εξαιτίας των ομοιοτήτων και της συννοσηρότητας μεταξύ των δύο αυτών καταστάσεων (American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.).

Οι ομοιότητες μεταξύ των διαταραχών αυτιστικού φάσματος και της νοητικής υστέρησης περιλαμβάνουν (American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.):

- Έναρξη πριν την αναπτυξιακή περίοδο
- Ελλείμματα στις δεξιότητες μη λεκτικής και λεκτικής επικοινωνίας
- Περιορισμούς στην κοινωνική συμμετοχή
- Ακαδημαϊκές δυσκολίες και δυσκολίες στην ικανότητα προσοχής

(American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.).

Οι διαφορές μεταξύ των διαταραχών αυτιστικού φάσματος και της νοητικής υστέρησης είναι οι παρακάτω (American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.):

- Τα άτομα με νοητική υστέρηση παρουσιάζουν ελλείμματα στη διανοητική λειτουργικότητα εξ ορισμού, ενώ τα άτομα με διαταραχές αυτιστικού φάσματος παρουσιάζουν μια ποικιλία διανοητικών ικανοτήτων, έχοντας δείκτη νοημοσύνης μεταξύ των φυσιολογικών ορίων ή έχοντας σοβαρούς περιορισμούς σχετικά με το δείκτη νοημοσύνης.
- Τα άτομα με νοητική υστέρηση συνήθως καθυστερούν να αναπτύξουν δεξιότητες αντίστοιχες με αυτές των τυπικά αναπτυσσόμενων συνομηλίκων τους, αλλά μερικά από αυτά ακολουθούν μοτίβα τυπικής ανάπτυξης. Τα άτομα με διαταραχές αυτιστικού φάσματος μπορεί να μην ακολουθούν την εξέλιξη των δεξιοτήτων σε όλους τους τομείς σύμφωνα με την τυπική ανάπτυξη, όπως για παράδειγμα οι δεξιότητες επικοινωνίας και κοινωνικής αλληλεπίδρασης.

- Σύμφωνα με την έρευνα των Yirmiya, Erel, Shaked και Solomonica – Levi (1988), όπως αναφέρει η American Speech – Language – Hearing Association, τα άτομα με διαταραχές αυτιστικού φάσματος παρουσιάζουν δυσκολία στη θεωρία του νου, δηλαδή δυσκολία στο να καταλάβουν την οπτική γωνία των άλλων ατόμων, ανεξάρτητα από το επίπεδο γνωστικής τους λειτουργικότητας. Οι δυσκολίες αυτές μπορεί να είναι πιο σοβαρές στα άτομα με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος παρά στα άτομα που παρουσιάζουν μόνο νοητική υστέρηση.
(American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.).
2. Σύμφωνα με τους Petersen, Kube και Palmer (1998), όπως αναφέρει η American Speech – Language – Hearing Association, η αναπτυξιακή καθυστέρηση συχνά χρησιμοποιείται ως προσωρινή διάγνωση σε νεαρά παιδιά που βρίσκονται σε κίνδυνο εμφάνισης νοητικής υστέρησης. Υποδεικνύει αποτυχία επίτευξης των κατάλληλων ηλικιακών αναπτυξιακών ορόσημων. Σύμφωνα με τους Daily, Ardinger και Holmes (2000), όπως αναφέρει η American Speech – Language – Hearing Association, τα πιο σοβαρά ελλείμματα είναι πιο πιθανό να οδηγήσουν σε μια πρόιμη διάγνωση (American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.).

Συχνά το πρώτο σημάδι ενός αναπτυξιακού προβλήματος, συμπεριλαμβανομένων των ήπιων μορφών της νοητικής υστέρησης, είναι η καθυστερημένη γλωσσική ανάπτυξη. Επομένως, οι λογοθεραπευτές θα πρέπει να βοηθήσουν στη διαφοροδιάγνωση μεταξύ της καθυστερημένης γλωσσικής ανάπτυξης και της νοητικής υστέρησης ή κάποιας άλλης νευροαναπτυξιακής διαταραχής (American Speech – Language – Hearing Association, χ.χ.).
 3. Οι γλωσσικές διαταραχές, όπως και η νοητική υστέρηση, παρουσιάζουν καθυστέρηση στην έναρξη της ομιλίας. Η εμφάνιση γλωσσικής καθυστέρησης θα πρέπει να λειτουργήσει ως προτροπή για την αναζήτηση και άλλων καθυστερήσεων έτσι ώστε να μην παραβλεφθεί η νοητική υστέρηση (Marrus & Hall, 2017).
 4. Η επιληψία μπορεί να εκδηλωθεί με καθυστερήσεις και με παλινδρόμηση σε βασικούς αναπτυξιακούς τομείς, όπως ο γλωσσικός τομέας. Συμπεριφορές που πιθανόν να εμφανιστούν στην επιληψία περιλαμβάνουν έντονο συλλαβισμό, τρεμάμενο συλλαβισμό και διακοπτόμενες αλλαγές στα επίπεδα συνειδητότητας με σχετικούς

αυτοματισμούς, όπως το ανοιγοκλείσιμο των ματιών και το χτύπημα των χειλιών (Marrus & Hall, 2017).

Αυτές οι πιθανές διαγνωστικές συγκρίσεις τονίζουν τη σημασία διεξαγωγής εκτεταμένων αξιολογήσεων (Marrus & Hall, 2017).

4. Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές

4.1 Ορισμοί Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών

Οι διαταραχές αυτιστικού φάσματος αποτελούν μια εξαιρετικά σύνθετη νευροαναπτυξιακή διαταραχή που χαρακτηρίζεται κυρίως από αποκλίσεις της τυπικής ανάπτυξης και δευτερευόντως από καθυστερήσεις σε αυτήν. Η κλινική εικόνα είναι το αποτέλεσμα υποκείμενων γνωσιακών, κοινωνικοσυναισθηματικών και αισθητηριακών ελλειμμάτων που χαρακτηρίζονται από μεγάλη ποικιλομορφία και πολυπληθείς συνδυασμούς, οι οποίοι αποτυπώνονται με την χρήση της έννοιας του αυτιστικού φάσματος. Σημειώνεται ότι αν και είναι παρόντα από τη γέννηση, τα ελλείμματα αυτά επιμένουν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Παρόλα αυτά μπορεί να υπάρξει βελτίωση σχετικών αποκλινόντων συμπεριφορών όμως δεν υπάρχει πλήρης ίαση της διαταραχής (Φρανσίς, 2007) .

Οι διαταραχές αυτιστικού φάσματος διακρίνονται από πέντε υποτύπους, την αυτιστική διαταραχή, την διαταραχή Rett, την παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή, την διαταραχή Asperger και την διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (Παπαδάτος, 2010, σ. 197).

Τα άτομα που εντάσσονται στο φάσμα του αυτισμού χαρακτηρίζονται από σοβαρά ελλείμματα στους περισσότερους ή σε όλους τους τομείς της λειτουργικότητας ενώ άλλα επηρεάζονται σε πιο ήπιο βαθμό. Υπάρχει μεγάλη ποικιλομορφία όσον αφορά την εκδήλωση συμπτωμάτων καθώς παιδιά με διαφορετικές διαγνώσεις μπορεί να εμφανίζουν κοινά κλινικά χαρακτηριστικά ενώ κάποια άλλα με την ίδια διάγνωση μπορεί να επηρεάζονται με εμφανώς διαφορετικό τρόπο. Αυτές οι διαταραχές διαφοροποιούνται μεταξύ τους ανάλογα με την ηλικία εμφάνισης καθώς και της σοβαρότητας των ποικίλων συμπτωμάτων (Heward, 2011, σ. 255).

Οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές παρουσιάζουν καθυστερήσεις και αποκλίσεις κυρίως σε τρία βασικά επίπεδα λειτουργικότητας τα οποία είναι η κοινωνική, η επικοινωνιακή και η γνωστική ανάπτυξη καθώς επίσης χαρακτηρίζονται από ένα περιορισμένο, στερεοτυπικό και επαναλαμβανόμενο μοτίβο ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων που εμφανίζονται από τα πρώτα χρόνια της ζωής του ατόμου (Volkmar, Klin & Schultz, 2005).

Οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές περιλαμβάνουν ελλείμματα που εκτείνονται σε περισσότερους από έναν αναπτυξιακό τομέα της ανάπτυξης του παιδιού. Δηλαδή, τα παιδιά που εντάσσονται στο φάσμα του αυτισμού μπορεί να παρουσιάζουν ταυτόχρονα

ελλείμματα σε λειτουργίες όπως η νόηση, η γλώσσα, η κοινωνική συναλλαγή και η συναισθηματική ανάπτυξη (Στασινός, 2016).

Ο αυτισμός είναι μία διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή που επηρεάζει άτομα κάθε ηλικίας. Χαρακτηρίζεται από τρία καθοριστικά γνωρίσματα, με έναρξη πριν από την ηλικία των 3 ετών. Τα ελλείμματα αυτά είναι η ποιοτική έκπτωση στην κοινωνική αλληλεπίδραση, όπως η κοινωνική ή/και συναισθηματική αμοιβαιότητα, τα ελλείμματα στην επικοινωνία, δηλαδή καθυστερημένη ή παντελής απουσία προφορικής γλώσσας και περιορισμένα, επαναληπτικά και στερεοτυπικά πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων όπως για παράδειγμα επίμονη ενασχόληση με συγκεκριμένα αντικείμενα (Heward, 2011).

4.2 Θεωρία του Νου

Η προσέγγιση ερμηνείας του αυτισμού με την υπόθεση της θεωρίας του νου συνιστά το γνωστικό μοντέλο ερμηνείας του, που προέρχεται από την αναπτυξιακή ψυχολογία. Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν, αναπτύσσουν την ικανότητα εκτίμησης και αντίληψης όχι μόνο του φυσικού κόσμου αλλά και του νοητικού κόσμου των ιδεών. Αποκτούν την ικανότητα αναγνώρισης των νοητικών καταστάσεων τόσο των ίδιων όσο και των άλλων ανθρώπων. Συγκεκριμένα αναπτύσσουν την ικανότητα εκτίμησης των σκέψεων, των συναισθημάτων και των επιθυμιών των άλλων. Σύμφωνα με τον Baron – Coheem (1993) όπως αναφέρει ο Στασινός, η ικανότητα αυτή που ορίζεται ως «ανάγνωση του νου», αναπτύσσεται στα τυπικά αναπτυσσόμενα άτομα και χρησιμοποιείται από αυτά αυτόματα και σε οποιαδήποτε κοινωνική κατάσταση (Στασινός, 2016).

Όσον αφορά τα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, παρουσιάζουν αδυναμία στην κατάσταση αυτή που ορίζεται ως θεωρία του νου, καθώς αποτυγχάνουν να κατανοήσουν τον νοητικό κόσμο των άλλων γεγονός που επηρεάζει την συμπεριφορά τους στους κοινωνικούς και διαπροσωπικούς τομείς. Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν σημαντική αδυναμία στην αναγνώριση και στην αντίληψη των σκέψεων ή/και των συναισθημάτων των άλλων ανθρώπων με τους οποίους αλληλεπιδρούν. Τα ελλείμματα αυτά είναι έκδηλα από πολύ νωρίς κατά την ανάπτυξή τους και παρεμποδίζουν την επακόλουθη κοινωνική και γνωστική εξέλιξή τους. Σύμφωνα με τους Peterson και Siegal (1999), τα παιδιά που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό, αναπτύσσονται σε σημαντικά χαμηλότερο βαθμό σύμφωνα με την θεωρία του νου.

Συνεπώς, τα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν ειδικό νευρολογικό έλλειμμα που καθιστά δύσκολη την κατανόηση των νοητικών καταστάσεων των άλλων. Σύμφωνα με τη θεωρία του νου, μπορούν να εξηγηθούν τα δύο πλέον σημαντικά χαρακτηριστικά που παρουσιάζουν τα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές ως προς τα κοινωνικά και επικοινωνιακά τους ελλείματα εξαιτίας της απουσίας ενσυναίσθησης και της αδυναμίας τους να αντιλαμβάνονται τις ανάγκες και τα συναισθήματα των άλλων ανθρώπων (Στασινός, 2016).

4.3 Υπότυποι Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών

4.3.1 Σύνδρομο Asperger

Το σύνδρομο Asperger ανήκει στο φάσμα των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών. Πρόκειται για μία αναπτυξιακή διαταραχή η οποία αναφέρεται σε άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα παρόμοια με εκείνα του αυτισμού (Παπαδάτος, 2010).

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν πως δεν πρόκειται για μια ξεχωριστή διαταραχή αλλά για ένα είδος ήπιου αυτισμού υψηλής λειτουργικότητας. Πρόκειται για την πιο συχνή μορφή αυτισμού η οποία όμως είναι δύσκολα ανιχνεύσιμη. Η αιτιολογία της διαταραχής αποδίδεται κυρίως σε γενετικούς παράγοντες. Εμφανίζεται συχνότερα στα αγόρια με αναλογία 10 προς 1, όμως τα κορίτσια επηρεάζονται σοβαρότερα (Στασινός, 2016).

Τα συμπτώματα του συνδρόμου αυτού εκδηλώνονται αργότερα από εκείνα του αυτισμού. Τα άτομα με το οικείο σύνδρομο αναπτύσσουν φυσιολογικά τις δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης και κοινωνικής προσαρμογής ανάλογα με τον χώρο όπου αλληλοεπιδρούν. Στην προσχολική ηλικία φαίνεται πως τα παιδιά αναπτύσσονται φυσιολογικά, αυτό σημαίνει πως η διάγνωση του συνδρόμου είναι δύσκολα αναγνωρίσιμη μέχρι την εισαγωγή στο σχολικό περιβάλλον, όπου τα προβλήματα κοινωνικής προσαρμογής και αλληλεπίδρασης είναι πλέον εμφανή (Στασινός, 2016).

Τα άτομα με σύνδρομο Asperger παρουσιάζουν κοινωνική απομόνωση καθώς και συμπεριφορές που χαρακτηρίζονται από έντονη συστολή, επιθετικότητα, μειωμένη προσοχή και αδυναμία στην προσαρμογή στις εκάστοτε περιβαλλοντικές απαιτήσεις όπως και δυσκολία συμμετοχής σε μη δομημένες δραστηριότητες τις οποίες βιώνουν με έντονο άγχος (Myles & Simpson, 1998).

Παρόλα αυτά, στο σχολείο το παιδί επιδιώκει την αλληλεπίδραση με άλλα άτομα όμως η συμπεριφορά του χαρακτηρίζεται ως παράξενη και επίμονη προκαλώντας τους άλλους να τον απορρίψουν (Στασινός, 2016).

Όσον αφορά την λεκτική επικοινωνία, δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερη καθυστέρηση στην ανάπτυξή της ούτε και τόσο σοβαρά ελλείμματα σε αντίθεση με τον αυτισμό (Στασινός, 2016). Η δυσκολία εντοπίζεται στην έναρξη και την υποστήριξη μιας συνομιλίας με αποτέλεσμα να στερείται συνοχής. Επιπλέον, σύμφωνα με τον Attwood (1998) όπως αναφέρει ο Heward, παρουσιάζονται ελλείμματα στην σημασιολογική χρήση της γλώσσας ενώ η ανάπτυξη της γραμματικής και της προφοράς ακολουθούν τη φυσιολογική αναπτυξιακή πορεία

Σύμφωνα με έρευνες, τα άτομα με τη διαταραχή αυτή παρουσιάζουν μέση ή άνω του μέσου όρου νοημοσύνη και συχνά χαρακτηρίζονται ως πολύ ικανοί σε λεκτικό επίπεδο (Heward, 2011).

Η εξωλεκτική επικοινωνία η οποία απεικονίζεται στην κοινωνική συμπεριφορά χαρακτηρίζεται από περιορισμένη ή ακατάλληλη χρήση και ερμηνεία των χειρονομιών, της στάσης του σώματος, των εκφράσεων του προσώπου και αδυναμία διατήρησης βλεμματικής επαφής, γεγονός που δυσχεραίνει την κοινωνική αλληλεπίδραση. Η παρατεταμένη ενασχόληση και η εμμονή με συγκεκριμένες δραστηριότητες αποτελούν συνηθισμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των ατόμων αυτών (Παπαδάτος, 2010; Στασινός, 2016).

Έρευνες έχουν δείξει πως το 50% - 90% των ατόμων με σύνδρομο Asperger εμφανίζουν προβλήματα στον συντονισμό των κινήσεων, αλλά πιο ήπια σε σχέση με εκείνα των παιδιών με αυτισμό. Αυτή η διαταραχή σχετίζεται συχνά με αδυναμία στους λεπτούς χειρισμούς και την λεπτή κινητικότητα. Η συναισθηματική ανάπτυξη των ατόμων αυτών παρουσιάζει σημαντικές καθυστερήσεις καθώς επίσης είναι ιδιαίτερα επιρρεπή στην εκδήλωση κατάθλιψης (Παπαδάτος, 2010).

4.3.2 Διαταραχή Rett

Το σύνδρομο Rett, αν και ανήκει στο φάσμα των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, θεωρείται μία διακριτή νευρολογική διαταραχή που εκδηλώνεται μεταξύ 5 και 30 μηνών, μετά από μία φαινομενικά φυσιολογική πρώιμη βρεφική ηλικία (Heward, 2011; Παπαδάτος, 2010). Η γενετική αιτιολογία του συνδρόμου αυτού είναι αυξημένη και

παρατηρείται κυρίως σε μονοζυγωτικούς διδύμους (Παπαδάτος, 2010). Επηρεάζει κυρίως τα κορίτσια (Heward, 2011). Συνδέεται συνήθως με βαριά νοητική υστέρηση και επιληψία (Παπαδάτος, 2010). Κατά την προγεννητική και περιγεννητική περίοδο η ανάπτυξη των ατόμων αυτών είναι φυσιολογική. Επιπλέον η ψυχοκινητική ανάπτυξη κατά την διάρκεια των πρώτων πέντε μηνών μετά την γέννηση αλλά και η περίμετρος του κεφαλιού είναι ανάλογες με αυτές των φυσιολογικά αναπτυσσόμενων παιδιών (Παπαδάτος, 2010). Κατά την εκδήλωση της διαταραχής μετά το πέρας των πρώτων πέντε μηνών, παρατηρείται επιβράδυνση της ανάπτυξης του κεφαλιού, η εμπρόθετη χρήση των χεριών αντικαθίσταται από στερεοτυπικές κινήσεις, σταδιακά εμφανίζεται αστάθεια και μη φυσιολογικός βηματισμός και ακολουθούν σοβαρές επιπτώσεις στον λόγο και τις γνωστικές ικανότητες (Heward, 2011). Παρατηρούνται γλωσσικά ελλείμματα τόσο σε επίπεδο παραγωγής όσο και κατανόησης (Παπαδάτος, 2010).

4.3.3 Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή

Η παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή χαρακτηρίζεται από όμοια συμπεριφορικά γνωρίσματα με αυτά του αυτισμού, τα οποία όμως εκδηλώνονται μετά την πάροδο των 2 ετών και κάποιες φορές δεν εκδηλώνονται πριν την ηλικία των 10 ετών (Heward, 2011).

Ενώ μέχρι την ηλικία των 2 ετών παρουσιάζουν φυσιολογική ανάπτυξη, στην συνέχεια επέρχεται μια προοδευτικά εμφανής παλινδρόμηση με χαρακτηριστικά αυτιστικής συμπεριφοράς, αδυναμίας ελέγχου των σφικτήρων, εκδήλωσης επιληπτικών κρίσεων και μεταβολικών διαταραχών (Μαδιανός, 2004).

Συχνές είναι οι ιατρικές επιπλοκές και η πρόγνωση σημαντικής βελτίωσης είναι συνήθως πολύ περιορισμένη (Heward, 2011).

4.3.4 Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή - Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς

Τα παιδιά που πληρούν ορισμένα αλλά όχι όλα τα κριτήρια της διαταραχής του αυτισμού συχνά εμπίπτουν στην κατηγορία της διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής - μη προσδιοριζόμενη αλλιώς. Τα άτομα που ανήκουν στην κατηγορία αυτή χαρακτηρίζονται από διάχυτη έκπτωση στην ανάπτυξη της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, παρουσιάζουν ελλείμματα στην επικοινωνία, τόσο στη λεκτική όσο και στην εξωλεκτική και χαρακτηρίζονται από την έλλειψη ενδιαφερόντων (Heward, 2011; Παπαδάτος, 2010).

4.4 Πρώιμη Διάγνωση Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών

4.4.1 Ηλικία Έναρξης και Πρώιμα Σημάδια

Οι περισσότερες περιπτώσεις εμφανίζονται στο πρώτο και δεύτερο έτος της ζωής του παιδιού (Παπαδάτος, 2010).

Ο αυτισμός μπορεί να διαγνωστεί αξιόπιστα στην ηλικία των 18 μηνών και οι ερευνητές αναζητούν αξιόπιστες μεθόδους εντοπισμού προειδοποιητικών ενδείξεων σε παιδιά ηλικίας 14 μηνών (Goin & Myers, 2004; Landa, 2007). Η έγκαιρη διάγνωση επιτρέπει την πρώιμη παρέμβαση, η οποία συσχετίζεται έμμεσα με μία καλή και πιο αποτελεσματική παρέμβαση (Heward, 2011).

Σύμφωνα με τους Smith, Segal και Hutman (2015) όπως αναφέρει η Συριοπούλου, υπάρχουν πρώιμα σημάδια τα οποία αποτελούν ενδείξεις για τους γονείς ώστε να επιδιώξουν πολύπλευρη και τακτική αξιολόγηση κατά τα πρώτα έτη του παιδιού τους. Συγκεκριμένα, ένα παιδί που ενδέχεται να βρίσκεται στο φάσμα του αυτισμού, δεν έχει βλεμματική επαφή, δεν ανταποκρίνεται στο χαμόγελο, δεν αντιδρά στο όνομά του ή στο άκουσμα οικείας φωνής, δεν ακολουθεί οπτικά αντικείμενα, δεν χαιρετά, ούτε χρησιμοποιεί χειρονομίες κατά την επικοινωνία, δεν παρακολουθεί τις χειρονομίες δήξης αντικειμένων, δεν κάνει θορύβους για να προσελκύσει την προσοχή των άλλων, δεν παίρνει πρωτοβουλίες, δεν ανταποκρίνεται στην αγκαλιά και το χάδι, δεν μιμείται τις κινήσεις ή τις εκφράσεις του προσώπου, δεν απλώνει τα χέρια για να τον σηκώσουν, δεν παίζει με άλλους ανθρώπους, δεν μοιράζεται ενδιαφέροντα και διασκέδαση, δεν ζητά βοήθεια ούτε κάνει άλλα βασικά αιτήματα.

Καθυστερήσεις οι οποίες επιτάσσουν την άμεση αξιολόγηση του παιδιού είναι οι εξής.

- 6 μηνών δεν χαμογελά ή δεν κάνει άλλες θερμές εκδηλώσεις
- 9 μηνών δεν επικοινωνεί με ήχους, κάνει κινήσεις μπρος πίσω, δεν χαμογελά και δεν χρησιμοποιεί εκφράσεις του προσώπου
- 12 μηνών, έλλειψη απόκρισης στο όνομα, δεν υπάρχει μπαμπάλισμα στο λόγο, δεν υπάρχουν χειρονομίες όπως να δείχνει, να επιδεικνύει ή να χαιρετά
- 16 μηνών, δεν παράγει λέξεις
- 24 μηνών δεν παράγει πρόταση δύο λέξεων με νόημα, δεν υπάρχει μίμηση ή επανάληψη

(Συριοπούλου, 2016)

4.5 Διαγνωστικά Κριτήρια Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών DSM - 5

Τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής καθορίζονται από το Διαγνωστικό και Στατιστικό εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM – 5). Σύμφωνα με την American Psychiatric Association (2013a), όπως αναφέρει η Συριοπούλου, στο DSM-5 εντοπίζονται ελλείμματα σε δύο βασικούς τομείς ανάπτυξης:

- A. Επίμονα ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και την κοινωνική αλληλεπίδραση σε πληθώρα πλαισίων.
- B. Περιορισμένα επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων.

Παρακάτω περιγράφονται και αναλύονται τα χαρακτηριστικά των δύο περιοχών όπου εντοπίζεται η διαταραχή.

- A. Επίμονα ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και την κοινωνική αλληλεπίδραση σε πληθώρα πλαισίων.

Ο τομέας της κοινωνικής επικοινωνίας και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης εκδηλώνεται με συμπτώματα 3 στα 3 στους ακόλουθους τομείς:

1. Ελλείμματα στην κοινωνική και συναισθηματική αμοιβαιότητα, που κυμαίνονται από την αδεξιότητα κατά την κοινωνική προσέγγιση και την αποτυχία στη διαχείριση του «πάρε δώσε» της συνομιλίας μέχρι τα περιορισμένα ενδιαφέροντα, την περιορισμένη εκδήλωση συναισθημάτων και την αποτυχία στην έναρξη ή ανταπόκριση στις κοινωνικές συναλλαγές.
2. Ελλείμματα στη μη λεκτική επικοινωνία που χρησιμοποιείται κατά την κοινωνική αλληλεπίδραση, τα οποία κυμαίνονται από την φτωχή μη λεκτική επικοινωνία και τον περιορισμένο λόγο, μέχρι την έλλειψη βλεμματικής επαφής, την έλλειψη της γλώσσας του σώματος, τα ελλείμματα στην κατανόηση της μη λεκτικής επικοινωνίας και την παντελή έλλειψη έκφρασης του προσώπου ή χειρονομιών.
3. Ελλείμματα στην ανάπτυξη, την διατήρηση και την κατανόηση των σχέσεων που κυμαίνονται, από τις δυσκολίες προσαρμογής της συμπεριφοράς ανάλογα με την κατάσταση και το περιβάλλον, τις δυσκολίες στο να μοιράζεται παιχνίδι φαντασίας, την δημιουργία φίλων μέχρι και την απουσία ενδιαφέροντος για τους συνομήλικους.

B. Περιορισμένες επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, ενδιαφέροντα ή δραστηριότητες.

Η τελευταία διαταραχή στο φάσμα του αυτισμού εντοπίζεται στη φαντασία των ατόμων με αυτισμό και εκδηλώνεται με τουλάχιστον δύο από τα τέσσερα συμπτώματα στις ακόλουθες συμπεριφορές.

1. Στερεότυπη ή επαναλαμβανόμενη ομιλία, κίνηση ή χρήση αντικειμένων (όπως ηχολαλία, απλές κινητικές στερεοτυπίες ή επαναλαμβανόμενη χρήση αντικειμένων).
2. Υπερβολική προσκόλληση σε ρουτίνες, τελετουργικά πρότυπα λεκτικής ή μη συμπεριφοράς, υπερβολική αντίσταση στην αλλαγή (όπως κινητικές τελετουργίες, επιμονή στην ίδια διαδρομή ή διατροφικές συνήθειες, επαναλαμβανόμενες ερωτήσεις ή ακραία δυσφορία σε μικρές αλλαγές).
3. Εξαιρετικά περιορισμένα, σταθερά ενδιαφέροντα, έντονη προσκόλληση ή ενασχόληση με ασυνήθιστα αντικείμενα.
4. Υπέρ ή υπό διέγερση σε αισθητηριακά ερεθίσματα του περιβάλλοντος (όπως αδιαφορία στον πόνο, στην ζέστη, στο κρύο, δυσφορία σε ήχους ή υφές τροφών).

C. Τα συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα από την πρώιμη παιδική ηλικία.

D. Τα συμπτώματα από κοινού περιορίζουν και παρεμποδίζουν την καθημερινή λειτουργία.

(Συριοπούλου, 2016, σ. 22, 23).

4.6 Κλινικά Χαρακτηριστικά Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών

Ορισμένα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, παρουσιάζουν σοβαρές δυσκολίες στους περισσότερους ή σε όλους τους τομείς της λειτουργικότητας, ενώ άλλα επηρεάζονται σε πιο ήπιο βαθμό. Τα παιδιά με διαφορετικές διαγνώσεις στο φάσμα του αυτισμού μπορεί να παρουσιάζουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά (Williams et al., 2006).

Αν και κάθε παιδί με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές παρουσιάζει διαφορετικά ελλείμματα ως προς την φύση και το βαθμό, υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά που είναι τα πλέον συνηθισμένα και εμφανίζονται συχνά στα περισσότερα από τα άτομα που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού. Η αυτιστική συμπεριφορά εκδηλώνεται στην νηπιακή ηλικία δηλαδή στους πρώτους 30 μήνες της ζωής του παιδιού και ονομάζεται νηπιακός αυτισμός. Κάποιοι υποστηρίζουν ότι μετά το πέρας των 3 χρόνων της ζωής του ατόμου είναι σαφής και έκδηλη μία τέτοια συμπεριφορά και μπορεί να διαγνωστεί κλινικά

με βεβαιότητα. Γενικά χαρακτηρίζεται από καθυστερημένη και διαστρεβλωμένη ανάπτυξη του παιδιού σε διάφορους τομείς από τα πρώτα χρόνια της ζωής του. Οι τομείς αυτοί αφορούν κυρίως τη σοβαρή κοινωνική απομόνωση, την άτυπη γλώσσα, την εμμονή για διατήρηση του προγράμματος, την επαναληπτική και στερεοτυπική συμπεριφορά, τα ελλείμματα φαντασίας, δημιουργικότητας και χιούμορ, τα σοβαρά ξεσπάσματα συμπεριφοράς, τις σπάνιες μεμονωμένες ικανότητες, τη νοητική υστέρηση και συσχετιζόμενα κλινικά χαρακτηριστικά (Παπαδάτος, 2011; Στασινός, 2016; Συριοπούλου, 2016).

4.6.1 Κοινωνική Αλληλεπίδραση και Κοινωνική Γνώση

Κατά την φυσιολογική ανάπτυξη ενός παιδιού παρατηρούνται σημεία κοινωνικής συμπεριφοράς από την πρώτη εβδομάδα της γέννησης του. Η κοινωνική ανάπτυξη στα περισσότερα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζει διαφορές ήδη από τους πρώτους μήνες της ζωής. Τα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές παρουσιάζουν δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση και στην κοινωνική γνώση. Παρουσιάζουν επίσης αδιαφορία για την παρουσία άλλων ανθρώπων στον χώρο, προσπαθούν να αποφύγουν ή αρνούνται και αποσύρονται από οποιαδήποτε κοινωνική συναναστροφή ή την βιώνουν με άγχος όταν δεν μπορούν να την αποφύγουν. Επιπλέον, παραβιάζουν τους κώδικες κοινωνικής συμπεριφοράς, παρουσιάζουν δυσκολία στην κατανόηση του τι πρέπει να πουν ή να κάνουν σε κοινωνικές περιστάσεις. Ταυτόχρονα, η έλλειψη ενσυναίσθησης, δηλαδή η αδυναμία κατανόησης των συναισθημάτων και των σκέψεων των άλλων ανθρώπων, καθώς και η συναισθηματική απομόνωση, δηλαδή η αποφυγή έκφρασης των συναισθημάτων τους στους άλλους, αποτελούν χαρακτηριστικά των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Παπαδάτος, 2010; Συριοπούλου, 2016).

4.6.2 Επικοινωνία και Γλωσσική Εξέλιξη

Τα προβλήματα επικοινωνίας και λόγου αποτελούν τα βασικά ζητήματα των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών. Τα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές έχουν δυσκολίες στην σκέψη και στο σχεδιασμό δραστηριοτήτων. Οι δυσκολίες στην έκφραση και στην κατανόηση του λόγου είναι χαρακτηριστικό των περισσότερων ατόμων που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού. Τα περισσότερα παιδιά συνήθως δεν αναπτύσσουν επαρκώς την γλωσσική επικοινωνία και αυτά που αναπτύσσουν ομιλία έχουν συνήθως σημαντικά ελλείμματα λόγου. Η ομιλία των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, παρουσιάζει ιδιαίτερα προβλήματα όπως ηχολαλία, δηλαδή μίμηση αυτούσιων λέξεων ή φράσεων που λέει κάποιος, αντικατάσταση προσώπων και προσωπικών αντωνυμιών,

συχνές πραγματολογικές και σημασιολογικές δυσκολίες ως προς την κατανόηση εννοιών, χρήση νεολογισμών και η αυθόρμητη ομιλία ή η ομιλία με σκοπό την επικοινωνία εμφανίζονται λίγο ή καθόλου (Παπαδάτος, 2010; Συριοπούλου, 2016).

Επιπλέον, συνηθίζουν να χρησιμοποιούν με ακρίβεια και κυριολεξία την ομιλία καθώς δεν καταλαβαίνουν την μεταφορική χρήση του λόγου ούτε και το χιούμορ. Εντοπίζεται επαναληπτικός και στερεοτυπικός λόγος καθώς και δυσκολία στην σωστή άρθρωση και τονισμό των λέξεων και ασυνήθιστη προσωδία (Συριοπούλου, 2016).

4.6.3 Εξωλεκτική Επικοινωνία

Όσον αφορά την εξωλεκτική επικοινωνία, τα άτομα που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού δυσκολεύονται να αντλήσουν πληροφορίες από τις χειρονομίες, τις εκφράσεις προσώπου ή τη στάση του σώματος, παρουσιάζουν έλλειψη βλεμματικής επαφής κατά την ομιλία ή/και την ακρόαση και περιορισμένη ή καθόλου χρήση χειρονομιών κατά την ομιλία (Συριοπούλου, 2016).

4.6.4 Αισθήσεις

Τα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές χαρακτηρίζονται από υπερευαισθησία σε ακουστικά ερεθίσματα και αντιδρούν παράδοξα σε ορισμένους ήχους κυρίως όταν αυτοί είναι απότομοι, υψηλής έντασης και μεγάλης διάρκειας. Επίσης, παρουσιάζουν περιορισμένη ικανότητα προσανατολισμού στο άκουσμα κάποιου ήχου, δεν αντιδρούν στο άκουσμα του ονόματός τους, δεν εκτελούν εντολές και δίνουν την αίσθηση του κωφού. Όσον αφορά τα οπτικά ερεθίσματα φαίνεται να έχουν υπερευαισθησία σε αυτά ή δείχνουν αδιαφορία ή δεν τα αντιλαμβάνονται καθόλου. Επίσης χαρακτηριστικό γνώρισμα των ατόμων που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού είναι η εμμονή στην διατήρηση του περιβάλλοντος εφόσον αντιδρούν έντονα όταν βλέπουν ασυνήθιστες αλλαγές στο χώρο και στο φωτισμό. Δείχνουν απτική ευαισθησία σε ερεθίσματα όπως το άγγιγμα και η μητρική στοργή. Το χάδι και το αγκάλιασμα γίνονται αισθητά ως δυσάρεστα. Επιπλέον, παρατηρείται μειωμένη ευαισθησία στον πόνο και στις ακραίες θερμοκρασίες. Ομοίως, παρουσιάζουν ευαισθησία στις μυρωδιές και στις γεύσεις, σπάνια δοκιμάζουν τροφές και προτιμούν γεύσεις απλές και ουδέτερες (Συριοπούλου, 2016).

Επιπλέον Όσον αφορά τα άτομα που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού, συχνά φέρνουν αντικείμενα πολύ κοντά στα μάτια τους, βάζουν στο στόμα τους ό,τι βρουν μπροστά τους, ενδιαφέρονται για ορισμένους θορύβους όπως αυτός του πλυντηρίου, του ψυγείου, του αεροπλάνου (Παπαδάτος, 2010).

4.6.5 Αντίληψη- Σκέψη- Προσοχή

Η ικανότητα οπτικής αντίληψης και αναγνώρισης σχημάτων είναι χαρακτηριστικά που εμφανίζονται στο φάσμα του αυτισμού, ενώ δεν παρουσιάζεται η ικανότητα ακουστικής αντίληψης. Τα άτομα που emπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού χαρακτηρίζονται κυρίως από οπτικό τρόπο σκέψης, περιορισμένη, μη ευέλικτη σκέψη καθώς και αδυναμία στην επίλυση προβλημάτων. Παρατηρείται αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής σε ακουστικά ερεθίσματα για μεγάλη διάρκεια, επιλεκτική προσοχή σε οπτικά ερεθίσματα, έλλειψη συντονισμού μεταξύ των αισθήσεων, αδυναμία εστίασης της προσοχής σε κοινωνικά ερεθίσματα, ενώ παρουσιάζουν ικανότητα διάκρισης οπτικών ερεθισμάτων διότι συνηθίζουν να οργανώνουν τα αντικείμενα με βάση το χρώμα και το σχήμα τους (Συριοπούλου, 2016).

4.6.6 Παιχνίδι - Φαντασία

Η τυπική στερεοτυπική, επαναληπτική και άκαμπτη συμπεριφορά του παιδιού με αυτισμό δεν επιτρέπει την διεξαγωγή ενός ομαλού και συνηθισμένου παιχνιδιού. Το παιδί αυτό δεν εμπλέκεται με κατάλληλο τρόπο στο συμβολικό παιχνίδι και στο παιχνίδι μίμησης καθώς απουσιάζει ο αυθορμητισμός και το χιούμορ από την συμπεριφορά του. Παρουσιάζει αδυναμία στο συμβολικό παιχνίδι και στη διατήρηση της σειράς του όταν υπάρχουν κανόνες σε αυτό. Χαρακτηρίζονται από περιορισμένα ενδιαφέροντα, δίνουν έμφαση στις λεπτομέρειες και είναι προσκολλημένα στην ρουτίνα. Τυπικά τα παιδιά με αυτισμό δεν έχουν δημιουργική φαντασία (Στασινός, 2016; Συριοπούλου, 2016).

4.6.7 Κινητικότητα - Επαναληπτική και Στερεοτυπική Συμπεριφορά

Τα παιδιά με αυτισμό από πολύ νωρίς προβαίνουν σε ορισμένες στερεοτυπικές κινήσεις του σώματος τους οι οποίες συχνά διαφεύγουν από την προσοχή των φροντιστών τους λόγω της μικρής τους ηλικίας. Τέτοιες στερεοτυπικές και επίμονες κινήσεις απαρτίζονται από παράξενες κινήσεις των χεριών και των δακτύλων, από τον κυματισμό της κεφαλής, το κούνημα του σώματος και της κεφαλής, τα χτυπήματα των χεριών και των ποδιών, το χοροπηδητό καθώς και από τις γκριμάτσες του προσώπου. Επίσης, το αταξικό βάδισμα, τα λικνίσματα και οι υπερβολές στις κινήσεις και στη στάση του σώματος είναι κοινές στις περιπτώσεις του φάσματος του αυτισμού. Χαρακτηριστικό των ατόμων αυτών αποτελεί το βάδισμα στις μύτες των ποδιών, η δυσκολία στην ισορροπία και η τάση σύγχυσης καθώς κινούνται δεξιά – αριστερά, μπρος – πίσω, πάνω – κάτω. Εμφανίζουν δυσκολίες στην αδρή και λεπτή κινητικότητα, δυσκολία μίμησης σύνθετων κινήσεων, τικ και ακατάλληλο ρυθμό στην χρήση αντικειμένων. Το παιδί με αυτισμό μπορεί να παρουσιάζει για μεγάλο

χρονικό διάστημα μία τυπική, άκαμπτη και στερεοτυπική συμπεριφορά, καθώς και να εντυπωσιάζεται με την κίνηση ή την περιστροφή αντικειμένων χωρίς ιδιαίτερο λόγο (Στασινός, 2016; Συριοπούλου, 2016).

4.6.8 Εμμογή για Διατήρηση της Ομοιότητας

Συχνά τα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, εκδηλώνουν έντονα την ανάγκη για διατήρηση της ομοιότητας του περιβάλλοντός τους και συχνά αντιδρούν βίαια στην διατάραξη της ρουτίνας τους. Δεν δέχονται εύκολα τις αλλαγές στο περιβάλλον και στις συνήθειες τους. Ενδεχομένως να αρνούνται ακόμη και να αλλάξουν ρούχα και διατηρούν αυστηρή τάξη και πολύ συγκεκριμένο πρόγραμμα στην καθημερινότητά τους. Εμφανίζουν λοιπόν βίαια ξεσπάσματα και εμμοτική συμπεριφορά όταν πρόκειται να συμβεί κάποια αλλαγή (Στασινός, 2016).

Ένα κοινό χαρακτηριστικό γνώρισμα στα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είναι τα έντονα ξεσπάσματα οργής τα οποία μπορεί να διαρκούν για πολλές ώρες, ιδίως σε καταστάσεις ματαίωσης, όπου διαταράσσεται η ρουτίνα της καθημερινότητάς τους. Δυσκολεύεται δηλαδή να διαχειριστεί οποιαδήποτε αλλαγή επέλθει στο περιβάλλον του (Στασινός, 2016).

4.6.9 Γνωστική Ανάπτυξη

Τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, παρουσιάζουν νοητική υστέρηση με δείκτη νοημοσύνης που κυμαίνεται μεταξύ 35-50, σε ποσοστό 75% με 80% . Στο υπόλοιπο 25%, τα περισσότερα παιδιά παρουσιάζουν μέση ή κάτω του μέσου όρου νοημοσύνη ενώ μία μικρή αναλογία παρουσιάζει υπερβολικά υψηλή νοημοσύνη. Στις περιπτώσεις αυτές , η γλώσσα της έκφρασης δηλαδή το λεξιλόγιο τους είναι πλουσιότερο από τον δείκτη νοημοσύνης τους δηλαδή από την ικανότητα κατανόησης μια πληροφορίας (Στασινός, 2016).

Σύμφωνα με έρευνες, έχει διαπιστωθεί ότι τα $\frac{3}{4}$ των ατόμων με αυτισμό παρουσιάζουν επίπεδο νοημοσύνης κατώτερο του φυσιολογικού, στα όρια της νοητικής υστέρησης. Σε κάποια από τα άτομα αυτά παρατηρούνται αξιοσημείωτες γνωστικές ικανότητες, όπως η μουσική, το σχέδιο αλλά και η εξαιρετική μνήμη (π.χ. αποστήθιση ημερομηνιών, τραγουδιών και βιβλίων). Σύμφωνα με άλλες μελέτες, βρέθηκε ότι το 85% των παιδιών που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού έχουν δείκτη νοημοσύνης κάτω από 70 μονάδες, το 74% των παιδιών αυτών, προσχολικής ηλικίας έχει δείκτη νοημοσύνης κάτω από 52 μονάδες και μόνο το 26% έχει δείκτη νοημοσύνης πάνω από 85 μονάδες. Γενικά, οι

επιδόσεις τους στις πρακτικές δοκιμασίες είναι καλύτερες από ότι στις λεκτικές και στις νοητικές λειτουργίες που απαιτούν αφαιρετική και συμβολική σκέψη. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχει ανομοιογένεια Όσον αφορά τις νοητικές λειτουργίες των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και πως αυτό ενδεχομένως να οφείλεται στην αιτιολογία των διαταραχών αυτών (Παπαδάτος, 2010).

4.6.10 Σπάνιες Μεμονωμένες Ικανότητες - Μνήμη

Ορισμένα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν κάποιες αξιοσημείωτες ικανότητες σε μεμονωμένους τομείς. Συγκεκριμένα, αναφέρεται συχνά ότι έχουν εξαιρετικά καλή μνήμη (Williams et al., 2006). Για παράδειγμα, θυμούνται αριθμούς τηλεφώνου, αυτοκινήτων, κάνουν σπάνιους αριθμητικούς υπολογισμούς και διαπρέπουν σε τέχνες όπως η μουσική ή η ζωγραφική (Στασινός, 2016).

Μπορεί να επαναλαμβάνουν αυτούσια φράσεις ή ολόκληρα κείμενα, όμως παρουσιάζουν δυσκολία στο να αποδώσουν το νόημα αυτών. Οι πληροφορίες τις οποίες απομνημονεύουν είναι μία λίστα από λεπτομέρειες ασύνδετες μεταξύ τους. Η αδυναμία εντοπίζεται στον τρόπο που αποθηκεύονται και ανακαλούνται τα γεγονότα. Οι ικανότητες των παιδιών με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού αντανακλώνται στην οπτική μνήμη και όχι στην ακουστική μνήμη, δηλαδή επεξεργάζονται καλύτερα ένα μήνυμα που αντλούν με την μορφή μιας εικόνας παρά μέσω προφορικής οδηγίας. Συνεπώς τα άτομα με αυτισμό, παρουσιάζουν την ικανότητα απομνημόνευσης όχι όμως κατανόησης μια πληροφορίας. Οι δυσκολίες των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές συνδέονται μεταξύ τους και αλληλοεπηρεάζονται. Οι αισθητηριακές δυσκολίες συνδέονται με τα προβλήματα προσοχής και αυτά με την κοινωνική αλληλεπίδραση και την επικοινωνία ταυτόχρονα (Συριοπούλου, 2016).

4.6.11 Σπάνιες Μεμονωμένες Ικανότητες - Μίμηση

Πολλά παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές που έχουν προφορικό λόγο μιμούνται με ακρίβεια, επαναλαμβάνοντας αυτολεξεί τις φράσεις που άκουσαν διατηρώντας τον ίδιο τόνο και προφορά. Το ίδιο συμβαίνει και με τη μίμηση ενεργειών, επαναλαμβάνοντας όμοια τις κινήσεις κάποιου άλλου χωρίς να τις προσαρμόζει στο πλαίσιο των αναγκών του. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν περιπτώσεις ατόμων, τα οποία δεν μπορούν να μιμηθούν καθόλου, μπορεί να μην συνδέουν καθόλου τις δικές τους ενέργειες με τις ενέργειες του ενήλικα ή μπορεί να μιμούνται μια χειρονομία χωρίς να δίνουν σημασία στο νόημα της. Συνεπώς, η μίμηση δεν έχει λειτουργικό χαρακτήρα (Συριοπούλου, 2016).

4.7 Αιτιολογία Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών

Η σαφής αιτιολογία των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών δεν είναι πλήρως γνωστή. Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, θεωρείται πως οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές συνδέονται κυρίως με την προγεννητική περίοδο του παιδιού. Πολλοί ερευνητές αναφέρουν μία σαφή βιολογική προέλευση του αυτισμού με την μορφή μιας μη φυσιολογικής ανάπτυξης του εγκεφάλου Όσον αφορά την δομή και τη νευροχημεία αυτού. Θεωρείται λοιπόν πως η διαταραχή αυτή είναι κυρίως βιολογικά καθορισμένη (Akshoomoff, 2000).

4.7.1 Γενετικοί Παράγοντες

Πολλοί επιστήμονες έχουν ανακαλύψει ότι ο αυτισμός οφείλεται κυρίως σε γενετικούς παράγοντες. Περίπου 80-100 γονίδια συσχετίζονται με την διαταραχή αυτή (Broad Institute of MIT & Harvard, 2012).

Ο γενετικός κώδικας του αυτισμού δεν είναι πλήρως κατανοητός. Αναγνωρίστηκε πως η αιτιολογία του αυτισμού παρουσιάζει μεγάλη ετερογένεια και πιθανώς πρόκειται για μία πολυγεννητική διαταραχή, αλλά πολλοί άνθρωποι που emπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού δεν έχουν γνωστές γενετικές ανωμαλίες. Σύμφωνα με τους επιστήμονες η κληρονομικότητα του αυτισμού βασίζεται σε σύνθετους συνδυασμούς γονιδίων, μεταλλάξεις και χρωμοσωμικές ανωμαλίες (Veenstra - VanderWeele, Christian & Cook, 2004).

Η διαταραχή του φάσματος του αυτισμού έχει σαφώς κάποια γενετική βάση, η γέννηση ενός παιδιού με αυτισμό αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες γέννησης ενός ακόμα παιδιού με αυτισμό (Heward, 2011, σ. 270).

Η ύπαρξη γενετικών παραγόντων στον αυτισμό έχει τεκμηριωθεί και με την μελέτη μονοζυγωτικών και ετεροζυγωτικών διδύμων που πραγματοποιήθηκε από τους Folstein και Rutter, οι οποίοι διαπίστωσαν πως η εμφάνιση του αυτισμού ήταν συχνότερη σε μονοζυγωτικά δίδυμα με ποσοστό 80%, συγκριτικά με τα ετεροζυγωτικά δίδυμα με ποσοστό 10% (Folstein & Rutter, 1978).

Επιπλέον, σύμφωνα με τον Ritvo και τους συνεργάτες του διαπιστώθηκε ότι στο 96% των μονοζυγωτικών διδύμων που μελετήθηκαν, έπασχαν και οι δύο από αυτισμό ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στις περιπτώσεις των ετεροζυγωτικών ήταν 24% (Ritvo et al., 1985).

Ωστόσο, οι γενετικοί παράγοντες δεν αποτελούν την μοναδική και καθοριστική αιτία του φάσματος του αυτισμού καθώς υπάρχει πιθανότητα γέννησης μονοζυγωτικών διδύμων εκ των οποίων μόνο ο ένας πάσχει από την διαταραχή. Δεδομένου ότι τα μονοζυγωτικά δίδυμα μοιράζονται τα ίδια γονίδια, αποδεικνύεται πως κάποιος άλλος παράγοντας συμβάλει στην εμφάνιση της διαταραχής. Αυτό υποδεικνύει την πιθανότητα ύπαρξης ποικίλων γενετικών παραγόντων, οι συνδυασμοί των οποίων μπορεί να προδιαθέτει ένα άτομο να εμφανίσει αυτισμό (Heward, 2011, σ. 270).

Επιπλέον, Όσον αφορά την γενετική προέλευση των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, έχουν αναφερθεί περιπτώσεις με αυτιστική διαταραχή και ύπαρξη εύθραυστου X χρωμοσώματος. Συγκεκριμένα, το αίτιο του συνδρόμου Rett προσδιορίζεται ως μία ανωμαλία στο γονίδιο MECP2 του χρωμοσώματος X. Το σύνδρομο του εύθραυστού X, αναγνωρίστηκε ότι μοιράζεται μία περίπλοκη σχέση με τον αυτισμό μέσω μιας αλληλουχίας γονιδίων. Σύμφωνα με μία έρευνα, βρέθηκε πως το 47% των ατόμων με το σύνδρομο του εύθραυστου X πληρούν πολλά από τα κριτήρια του αυτισμού (Demark, Feldman & Holden, 2003). Αυτή η έρευνα, αποδεικνύει την μεγάλη επιρροή των γενετικών παραγόντων στην διαταραχή του αυτιστικού φάσματος (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Η ύπαρξη γενετικών παραγόντων στην αιτιολογία των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών διαπιστώνεται και από την ετερογένεια της συχνότητας εμφάνισής της διαταραχής μεταξύ αγοριών και κοριτσιών, καθώς επηρεάζονται περισσότερο τα αγόρια (σε αναλογία 4:1) σε σχέση με τα κορίτσια (σε αναλογία 3:1) (Παπαδάτος, 2010; Στασινός, 2016).

4.7.2 Γενετικοί και Περιβαλλοντικοί Παράγοντες

Σύμφωνα με τους Hnida (2006) και Deer (2009), όπως αναφέρει ο Kroncke και οι συνεργάτες του, η άποψη ότι ο αυτισμός μπορεί να οφείλεται σε συνδυασμό περιβαλλοντικών και γενετικών παραγόντων είναι βάσιμη. Πολλοί επιστήμονες πιστεύουν ότι τα παιδιά γεννιούνται με αυτισμό, παρόλα αυτά, είναι πιθανόν ότι κάποιοι παράγοντες κινδύνου κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και της πρώιμης ζωής του παιδιού, εμπλέκονται στην εμφάνιση της διαταραχής. Σύμφωνα με έρευνες, στους παράγοντες κινδύνου της γέννησης παιδιού με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές συμπεριλαμβάνεται και η ηλικία των γονέων, η έκθεση της μητέρας σε τοξίνες του περιβάλλοντος ή συνηθισμένες ασθένειες στην μήτρα της μητέρας ή σε ασθένειες κατά την πρώιμη παιδική

ηλικία. Έρευνες έχουν δείξει πως ένας μεγάλος αριθμός παιδιών με αυτισμό έχουν γεννηθεί από μητέρες που ήταν παχύσαρκες. Η ηλικία τόσο της μητέρας όσο και του πατέρα αποτελούν επίσης, παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της διαταραχής του φάσματος του αυτισμού. Υπάρχει μεγάλη συσχέτιση ανάμεσα στον αυξημένο αριθμό αγοριών που γεννιούνται με την διαταραχή αυτή και της μεγάλης ηλικίας του πατέρα. Όταν ο πατέρας είναι μεγαλύτερος από 30 ετών υπάρχει 50% πιθανότητα να αποκτήσει παιδί με αυτισμό. Ενώ, όταν ο πατέρας είναι μεγαλύτερος από 40 ετών υπάρχει 500% μεγαλύτερη πιθανότητα να αποκτήσει παιδί με αυτισμό, από 50 ετών και πάνω υπάρχει 900% μεγαλύτερη πιθανότητα γέννησης παιδιού με την διαταραχή του φάσματος (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

4.7.3 Βιολογικοί Παράγοντες

Στην αιτιολογία του αυτισμού, ενοχοποιούνται και βιολογικοί παράγοντες πέραν των γενετικών. Έχει διαπιστωθεί συχνότερη εμφάνιση περιγεννητικών λοιμώξεων, όπως ερυθρά, τοξοπλάσμωση, ανεμοβλογιά και παρωτίτιδα της μητέρας. Επίσης έχει αναφερθεί συχνότερη εμφάνιση περιγεννητικών επιπλοκών (Παπαδάτος, 2010, σ. 200).

Επιπλέον, ενδεχόμενα ατυχή γεγονότα στην προγεννητική και περιγεννητική περίοδο της ζωής του βρέφους μπορεί να συνεισφέρουν στην εμφάνιση της διαταραχής καθώς μπορεί να υπάρξουν πιθανές μολύνσεις ή βλάβες στον οργανισμό της μέλλουσας μητέρας όπως έρπητς, ερυθρά, εγκεφαλίτιδα, αιμορραγία στα μέσα ή προς το τέλος της εγκυμοσύνης, φαρμακευτική αγωγή ή χρήση φαρμάκων στην περίοδο της εγκυμοσύνης (Στασινός, 2016).

Τα γεγονότα αυτά πιστεύεται ότι μειώνουν την προοπτική διασφάλισης ευνοϊκών συνθηκών εγκυμοσύνης και γέννησης και επομένως μπορεί να συνδέονται με την ύπαρξη του φάσματος του αυτισμού (Στασινός, 2016, σ. 156).

4.7.4 Έκθεση σε Τοξίνες και Φυτοφάρμακα

Η επικρατούσα έρευνα που αφορά τις αιτίες του αυτισμού, δίνει έμφαση στην άποψη ότι η διαταραχή αυτή μπορεί να είναι αποτέλεσμα γενετικής ευπάθειας σε συνδυασμό με περιβαλλοντικούς παράγοντες (Kroncke, Willard, & Huckabee, 2016).

Η έκθεση της μητέρας σε νευροτοξίνες μπορεί να εξηγήσει την σύνδεση ανάμεσα σε γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Σύμφωνα με μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ιταλία και δημοσιεύτηκε στην εφημερίδα της μοριακής

ψυχιατρικής, αναγνωρίστηκε η σχέση ανάμεσα στο αυτισμό και την έκθεση της μητέρας σε φυτοφάρμακα όπως τα οργανοφωσφορικά. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής, η έκθεση των γονέων στα οργανοφωσφορικά είναι επιβλαβής για το παιδί και υπάρχει το ενδεχόμενο να παρεμποδίσει τη φυσιολογική ανάπτυξη του εγκεφάλου, προκαλώντας αυτισμό (D' Amelio et al., 2005).

4.8 Επιδημιολογία Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών

Η συχνότητα εμφάνισης των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών υπολογίζεται με μία αναλογία 2-5 περιπτώσεις γεννήσεων παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές ανά 10.000 γεννήσεις στον παιδικό πληθυσμό (Παπαδάτος, 2010). Σύμφωνα με νεότερες μελέτες σχετικά με την επιδημιολογία του αυτισμού ο μέσος όρος είναι 8,7 στις 10.000 γεννήσεις (Volkmar, Klin & Schultz, 2005).

Η αριθμητική υπεροχή στην συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής είναι στα αγόρια, τα οποία επηρεάζονται τέσσερις φορές περισσότερο από ότι τα κορίτσια (Fombonne, 2003; Heward, 2011; Στασινός 2016). Παρόλα αυτά έχει διαπιστωθεί ότι η σοβαρότητα της διαταραχής στα κορίτσια είναι μεγαλύτερη (Παπαδάτος, 2010).

Στην περίπτωση γέννησης διδύμου με αυτισμό, εάν τα δίδυμα είναι μονοζυγωτικά, η πιθανότητα εκδήλωσης της αυτιστικής διαταραχής στο άλλο δίδυμο, ανέρχεται σε ποσοστό 80%, ενώ στα διζυγωτικά το αντίστοιχο ποσοστό είναι 20% (Στασινός, 2016).

4.9 Αξιολόγηση και Διάγνωση Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών

4.9.1 Διάγνωση Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών

Τα συμπτώματα των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών συνήθως γίνονται αντιληπτά πρώτα από τους γονείς του παιδιού. Τέτοια συμπτώματα περιλαμβάνουν το υπερβολικό κλάμα, την απουσία βλεμματικής επαφής και την επίμονη ενασχόληση με αντικείμενα για πολύ ώρα (Autism Speaks, χ.χ.).

4.9.2 Πρώιμη Διάγνωση Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών

Σύμφωνα με τους Harris και Handleman (2000), τον Dawson (2008) και τον Rogers και τους συνεργάτες του (2012), όπως αναφέρουν οι Torras-Mañá, Gómez-Morales, González-Gimeno, Fornieles-Deu και Brun-Gasca, η πρώιμη ανίχνευση και διάγνωση των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών είναι σημαντική λόγω των επιπλοκών της πρόσβασης στη θεραπευτική φροντίδα. Κατά τη διαδικασία διάγνωσης σε νεαρά παιδιά, η αξιολόγηση της

γνωστικής και γλωσσικής ικανότητας είναι βασική για την περιγραφή των αναδυόμενων συμπτωμάτων των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, καθώς πολλά από τα προβλήματα επικοινωνίας που μπορεί να προκύψουν θα επηρεαστούν από το γλωσσικό επίπεδο του παιδιού και όχι από τη νοητική του ηλικία. Πιστεύεται πως το γνωστικό επίπεδο και η πρόωπη παρέμβαση είναι οι πιο σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τα θεραπευτικά αποτελέσματα στα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Torras -Mañá, Gómez -Morales, González -Gimeno, Fornieles -Deu, & Brun -Gasca, 2016).

Η έρευνα σχετικά με τη χρήση των Κλιμάκων Bayley (Bayley Scales) σε παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές ξεκίνησε από το 1980 και έχει συνεχιστεί μέχρι και σήμερα. Σύμφωνα με τον Freeman και τους συνεργάτες του (1985) και τους Lord και Schopler (1989), όπως αναφέρουν οι Torras -Mañá, Gómez -Morales, González -Gimeno, Fornieles -Deu, και Brun -Gasca, προηγούμενες μελέτες σχετικά με αυτό το θέμα παρέχουν στοιχεία για τη σταθερότητα των γνωστικών και γλωσσικών παραμέτρων του αυτισμού (Torras -Mañá, Gómez -Morales, González -Gimeno, Fornieles -Deu & Brun -Gasca, 2016) και σύμφωνα με τους Lord και Schopler (1989) όπως αναφέρουν οι Torras -Mañá, Gómez -Morales, González -Gimeno, Fornieles -Deu, και Brun -Gasca, καθώς και επιπλέον στοιχεία για το ρόλο που παίζει η ηλικία κατά την αξιολόγηση, το αναπτυξιακό επίπεδο και ο τύπος της αξιολόγησης ως προς τη σταθερότητα των αποτελεσμάτων νοημοσύνης σε νεαρά παιδιά που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού (Torras -Mañá, Gómez -Morales, González -Gimeno, Fornieles -Deu, & Brun -Gasca, 2016).

4.9.3 Διαδικασία Διαλογής και Ελέγχου

Η διαλογή και ο έλεγχος είναι διαφορετικές διαδικασίες, αλλά και οι δύο αποτελούνται από σχετικές δραστηριότητες, που περιλαμβάνουν τον εντοπισμό των ελλειμμάτων με σκοπό την πρόληψη ή τη βελτίωση της διαταραχής. Η διαλογή, είναι η αναμενόμενη αναγνώριση της μη αναγνωρισμένης διαταραχής με την εφαρμογή συγκεκριμένων τεστ ή εξετάσεων. Ο έλεγχος, αναφέρεται στη συνεχή και συστηματική συλλογή δεδομένων που σχετίζονται με την αναγνώριση μιας διαταραχής, κατά τη διάρκεια του χρόνου από ένα ολοκληρωμένο ιατρικό σύστημα (Charman & Gotham, 2013).

Ο Baron-Cohen και οι συνεργάτες του δημιούργησαν τη Λίστα Ελέγχου για τον Αυτισμό για Παιδιά Νηπιακής Ηλικίας (Checklist for Autism in Toddlers - CHAT), η οποία αξιολογεί την απλή κοινή προσοχή και τις συμπεριφορές συμβολικού παιχνιδιού μέσα από

αναφορές των γονέων και μέσω της παρατήρησης από τον πρακτικό υγείας, ο οποίος χορηγεί ένα άμεσο τεστ αξιολόγησης στο παιδί (Charman & Gotham, 2013).

4.9.4 Διαλογή και Διάγνωση των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών

Η έρευνα του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών (CDC), αποκάλυψε πως λιγότερα από τα μισά παιδιά που λαμβάνουν τη διάγνωση των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών είχαν αναγνωρισθεί πριν την ηλικία των 4 ετών. Παρά το γεγονός πως οι αναπτυξιακές ανησυχίες έχουν καταγραφεί στα ιατρικά αρχεία για 85% των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές έως 3 ετών, μόνο το 42% των παιδιών αυτών είχε υποβληθεί σε μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση. Σύμφωνα με το Συμβούλιο για τα Παιδιά με Αναπηρίες (2006) (Council on Children with Disabilities), όπως αναφέρει ο Bagnell, η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής προτείνει πως ο αναπτυξιακός έλεγχος θα πρέπει να πραγματοποιείται σε κάθε ιατρική επίσκεψη του παιδιού και πως η αναπτυξιακή διαλογή θα πρέπει να πραγματοποιείται στους 9, 18 και 24 μήνες της ζωής του παιδιού αντίστοιχα. Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής, όπως αναφέρει ο Bagnell, προτείνει επίσης πως θα πρέπει να χορηγείται ένα ειδικό εργαλείο διαλογής για τον αυτισμό στις ηλικίες των 18 και 24 μηνών αντίστοιχα (Bagnell, 2019).

Σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών (CDC), όπως αναφέρει ο Bagnell, ο έλεγχος θα πρέπει να περιλαμβάνει τη λήψη ενός αναπτυξιακού ιστορικού, την παρατήρηση του παιδιού, την αναγνώριση των δυνατοτήτων του και των παραγόντων επικινδυνότητας εμφάνισης κάποιας διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής και την εκμείευση των ανησυχιών των γονέων. Στη συνέχεια, Σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών (CDC), όπως αναφέρει ο Bagnell, ο κλινικός θα πρέπει να επικοινωνεί τα αποτελέσματα στους γονείς και σε άλλους παρόχους φροντίδας που μπορούν να βοηθήσουν το παιδί. Όταν ο έλεγχος και η διαλογή πραγματοποιούνται μαζί, η πρόωμη διάγνωση των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και άλλες νευροαναπτυξιακές δυσκολίες, έχει αποδειχθεί πως είναι πιο αποτελεσματική (Bagnell, 2019).

Σύμφωνα με τους Hiral, Kogan, Kandasamy, Reuland και Bethall (2018) και τον Howlin (2005), όπως αναφέρει ο Bagnell, μια πρόσφατη έρευνα έδειξε πως μόνο στο 37% των παιδιών ηλικίας 9 έως 35 μηνών έγινε αναπτυξιακός έλεγχος και στο 30% πραγματοποιήθηκε αναπτυξιακή διαλογή, όπως προτείνει η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής. Οι προσπάθειες για επιπλέον έρευνες έχουν υποστηρίξει πως οι υπηρεσίες πρόωμης παρέμβασης βελτιώνουν σημαντικά τις επιδόσεις των παιδιών που εμπίπτουν στο

φάσμα του αυτισμού ή που εκδηλώνουν άλλες αναπτυξιακές διαταραχές. Επομένως, απαιτούνται επιπλέον προσπάθειες για την καλύτερη διαλογή των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στα ιατρικά πλαίσια (Bagnell, 2019).

4.9.5 Εργαλεία Διαλογής για τις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές

Τα εργαλεία για τη διαλογή των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών λειτουργούν με σκοπό να αναγνωρίσουν τα παιδιά που θα χρειαστούν επιπλέον έλεγχο ή διαγνωστική εκτίμηση. Σήμερα, τα σταθμισμένα διαγνωστικά εργαλεία για τον αυτισμό συχνά χρησιμοποιούνται για τη δόμηση των πληροφοριών που συλλέγονται και από τους δύο γονείς και για την αναγνώριση παιδιών μέσα από μια διαγνωστική αξιολόγηση. Οι συνεχείς βελτιώσεις των εργαλείων αυτών, συμβάλλουν στο να τεθεί μια πιο ακριβής διάγνωση για τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και συνεισφέρουν στην πιο αξιόπιστη περιγραφή των ηπιότερων μορφών αυτισμού σε μικρότερα παιδιά (Charman & Gotham, 2013).

4.9.6 Σταθμισμένες Κλίμακες Αξιολόγησης των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών

Παρακάτω αναφέρονται ορισμένες σταθμισμένες κλίμακες αξιολόγησης για τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, οι οποίες ανιχνεύουν παιδιά ηλικίας περίπου 18 μηνών τα οποία εμπίπτουν στο αυτιστικό φάσμα:

- **Κλίμακα Αξιολόγησης του Αυτισμού στην Παιδική Ηλικία (Childhood Autism Rating Scale - CARS)**

Σύμφωνα με τον Schopler και τους συνεργάτες του (1980, 1988), όπως αναφέρουν οι Chlebowski, Green, Barton και Fein, μία ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα για τον εντοπισμό και τη διάγνωση ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είναι η Κλίμακα Αξιολόγησης του Αυτισμού στην Παιδική Ηλικία (Childhood Autism Rating Scale - CARS). Η κλίμακα αυτή αποτελείται από 14 τομείς οι οποίοι αξιολογούν συμπεριφορές που σχετίζονται με τον αυτισμό, καθώς και από ένα 15ο επίπεδο το οποίο αξιολογεί τη γενική κλινική εικόνα της διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής. Σύμφωνα με τον Schopler και τους συνεργάτες του (1988), όπως αναφέρουν οι Chlebowski, Green, Barton και Fein, ο κάθε τομέας βαθμολογείται σε μία κλίμακα που κυμαίνεται από το 1 έως το 4. Τα υψηλότερα αποτελέσματα σχετίζονται με υψηλότερο επίπεδο δυσλειτουργίας και το συνολικό αποτέλεσμα της κλίμακας μπορεί να κυμαίνεται από 15 έως 60 βαθμούς. Οι βαθμολογίες κάτω των 30 βαθμών υποδεικνύουν πως το άτομο δεν ανήκει στον πληθυσμό των ατόμων με διάχυτες

αναπτυξιακές διαταραχές, οι βαθμολογίες μεταξύ των 30 και 36.5 βαθμών υποδεικνύουν ήπια προς μέτριας σοβαρότητας αυτισμό και οι βαθμολογίες από 37 έως 60 βαθμούς υποδεικνύουν την ύπαρξη σοβαρού αυτισμού. Σύμφωνα με τον Schopler και τους συνεργάτες του (1988), τους Perry και Freeman (1996), τον Nordin και τους συνεργάτες του (1998) και του Tachimori και των συνεργατών του (2003), όπως αναφέρουν οι Chlebowski, Green, Barton και Fein, τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά της κλίμακας CARS είναι πολύ καλά τεκμηριωμένα (Chlebowski, Green, Barton & Fein, 2010).

- **Λίστα Ελέγχου Συμπεριφορών Αυτισμού (Autism Behavior Checklist - ABC) (Krug, Arick & Almond, 1978)**

Η λίστα αυτή περιγράφει μια σειρά τυπικών αυτιστικών συμπεριφορών και στοχεύει στην αξιολόγηση της ύπαρξης των συμπεριφορών αυτών, σε καθένα από τα περιστατικά στα οποία χορηγείται. Η φόρμα αξιολόγησης αποτελείται από 57 αντικείμενα, καθένα από τα οποία αντιστοιχεί σε ένα μόνο βαθμολογικό αποτέλεσμα, το οποίο αναφέρεται σε μία μόνο συμπτωματολογική περιοχή. Οι πέντε περιοχές που περιλαμβάνονται είναι οι εξής: αισθητηριακή περιοχή, περιοχή ικανοτήτων συσχέτισης, στερεοτυπική περιοχή και περιοχή χρήσης αντικειμένων, γλωσσική περιοχή και περιοχή αυτοεξυπηρέτησης και κοινωνικότητας. Το συνολικό αποτέλεσμα υπολογίζεται από την πρόσθεση των αποτελεσμάτων από τις επιμέρους περιοχές (Rellini, Tortolani, Trillo, Carbone & Montecchi, 2004).

Τα 57 αντικείμενα διαχωρίζονται ως εξής: 9 αντικείμενα για την αισθητική περιοχή, 12 για τη συσχέτιση, 12 για τη στερεοτυπική περιοχή και την περιοχή χρήσης αντικειμένων, 13 για τη γλωσσική περιοχή και 11 για την περιοχή αυτοεξυπηρέτησης και κοινωνικότητας. Το συνολικό αποτέλεσμα της κλίμακας κυμαίνεται από 1 έως 4 μονάδες, ανάλογα με τη σημαντικότητα του αντικειμένου σε σχέση με τη διάγνωση των προβλημάτων που σχετίζονται με το φάσμα του αυτισμού και αποδίδεται στην παρουσία των συμπεριφορών που περιγράφονται από το συγκεκριμένο εργαλείο αξιολόγησης. Τα περιστατικά μετά τη χορήγηση της λίστας κατατάσσονται στις παρακάτω κατηγορίες: φυσιολογικά άτομα, άτομα με σοβαρές συναισθηματικές διαταραχές, κωφά/τυφλά άτομα, άτομα με σοβαρή νοητική υστέρηση και άτομα με αυτισμό (Rellini, Tortolani, Trillo, Carbone & Montecchi, 2004).

- **Λίστα Ελέγχου για τον Αυτισμό (Checklist for Autism - CHAT) (Baron-Cohen et al., 2000)**

Η Λίστα Ελέγχου για τον Αυτισμό για παιδιά νηπιακής ηλικίας είναι ένα εργαλείο διαλογής, το οποίο σχεδιάστηκε για να εξετάσει την εγκυρότητα της άποψης πως τα παιδιά που δεν εκδηλώνουν κοινή προσοχή και συμβολικό παιχνίδι μέχρι την ηλικία των 18 μηνών, μπορεί να παρουσιάζουν κίνδυνο ως προς τη λήψη διάγνωσης για κάποια διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή. Η χορήγηση της κλίμακας αυτής διαρκεί από 5 έως 10 λεπτά και είναι εύκολη ως προς τη βαθμολόγησή της (Baron – Cohen et al., 2000).

Οι εννιά ερωτήσεις στην ενότητα Α θέτονται από τον ιατρικό επισκέπτη ή από τον γενικό ιατρό και απαντώνται από τον γονέα του παιδιού. Στη συνέχεια, ο ειδικός ο οποίος χορηγεί την κλίμακα, συμπληρώνει τα πέντε αντικείμενα της ενότητας Β μέσω άμεσης παρατήρησης. Υπάρχουν πέντε «αντικείμενα κλειδιά» και περιλαμβάνουν την κοινή προσοχή και το συμβολικό παιχνίδι. Τα αντικείμενα κλειδιά στην ενότητα Β περιλαμβάνονται για να επικυρώσουν τις απαντήσεις των γονέων στα αντικείμενα κλειδιά της ενότητας Α. Τα υπόλοιπα αντικείμενα παρέχουν επιπλέον πληροφορίες για τη διάκριση ενός ειδικού αυτιστικού προφίλ από τις υπόλοιπες παγκόσμιες αναπτυξιακές καθυστερήσεις και επιπλέον παρέχουν την ευκαιρία σε όλους τους γονείς να απαντήσουν θετικά σε μερικές ερωτήσεις (Baron – Cohen et al., 2000).

Τα παιδιά τα οποία αποτυγχάνουν και στα πέντε αντικείμενα κλειδιά προβλέπεται πως είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών (Baron – Cohen et al., 2000).

Επιπλέον, διαγνωστικά εργαλεία αναφέρονται παρακάτω:

- **Το Πρόγραμμα Διαγνωστικής Παρατήρησης για τον Αυτισμό, 2η έκδοση (The Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition - ADOS-2)**

Το Πρόγραμμα Διαγνωστικής Παρατήρησης για τον Αυτισμό, είναι ένα νέο αναβαθμισμένο, ημιδομημένο και σταθμισμένο εργαλείο, που αξιολογεί την επικοινωνία, την κοινωνική αλληλεπίδραση, το παιχνίδι και τη φαντασία σε αυτό, καθώς και τις περιορισμένες ή επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές. Δημοσιεύθηκε από το Western Psychological Services. Χρησιμοποιείται στην κλινική πρακτική και σε ερευνητικά πλαίσια και συχνά αναφέρεται ως ένα «χρυσό προαπαιτούμενο» εργαλείο αξιολόγησης και παρατήρησης για τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Kanne, Randolph & Farmer, 2008).

Μπορεί να χορηγηθεί και να ερμηνευτεί από κατάλληλα πιστοποιημένους επαγγελματίες από το χώρο της ιατρικής, της ψυχολογίας ή σχετικών ειδικοτήτων. Διαρκεί περίπου 40 έως 60 λεπτά, ανάλογα με τις ενότητες που επιλέγονται να χορηγηθούν και από τη συγκεκριμένη συμπεριφορά την οποία επιδεικνύει ο κάθε εξεταζόμενος (Lord, et al., 2012).

Το ADOS-2 kit περιλαμβάνει τα περισσότερα από τα απαιτούμενα αντικείμενα και υλικά (κάποια υλικά πρέπει να παρέχονται και να ανανεώνονται από τον εξεταστή), καθώς και 10 πρωτόκολλα για καθεμία από τις 5 ενότητες. Το εγχειρίδιο χρήσης είναι εκτεταμένο και περιλαμβάνει μια ανασκόπηση του εργαλείου, κατευθυντήριες οδηγίες για την επιλογή των ενοτήτων που θα χορηγηθούν, οδηγίες για τη χορήγηση και για τις διαδικασίες κωδικοποίησης των αποτελεσμάτων, καθώς και οδηγίες για κάθε ενότητα και παραδείγματα περιστατικών, που μπορεί να βοηθήσουν τον κλινικό στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων (Lord, et al., 2012).

- **Η Διαγνωστική Κλίμακα του Συνδρόμου Asperger (Asperger Syndrome Diagnostic Scale – ASDS)**, σύμφωνα με τους Myles, Bock και Simpson (2001), όπως αναφέρει ο Heward, δημιουργήθηκε για την ανίχνευση παιδιών με σύνδρομο Asperger. Οι ηλικίες στις οποίες απευθύνεται είναι από 5 έως 18 ετών. Περιλαμβάνει 50 ερωτήσεις κλειστού τύπου (δηλαδή απαντήσεις ναι/όχι), οι οποίες απαντώνται από τους γονείς, από τους δασκάλους και από άλλα άτομα τα οποία γνωρίζουν το παιδί. Το αποτέλεσμα της κλίμακας είναι ένα πηλίκο, το οποίο προβλέπει την πιθανότητα το συγκεκριμένο άτομο να λάβει τη διάγνωση του Asperger (Heward, 2011).

4.9.7 Εργαλεία Διαλογής για μεγαλύτερα παιδιά

Παρακάτω αναφέρονται μερικά εργαλεία διαλογής που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας:

- **Το Ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Επικοινωνίας (The Social Communication Questionnaire - SCQ)**, σύμφωνα με τους Rutter, Bailey και Lord (2003) και τους Rutter, LeCouteur και Lord (2003), όπως αναφέρουν οι Charman και Gotham, είναι ένα εργαλείο διαλογής για τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, που βασίζεται στην Αναθεώρηση της Διαγνωστικής Συνέντευξης για τον Αυτισμό (Autism Diagnostic Interview-Revised - ADI-R) σύμφωνα με τους Lord, Rutter και Le- Couteur (1994), όπως αναφέρουν οι Charman και Gotham, και χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο στην έρευνα και στην κλινική πρακτική. Αποτελείται από 40 αντικείμενα, με

απαντήσεις τύπου ναι/όχι, και είναι κατάλληλο για παιδιά με λεκτική επικοινωνία, αλλά και για παιδιά με μη λεκτική επικοινωνία (Charman & Gotham, 2013).

- **Η Κλίμακα Κοινωνικής Ανταπόκρισης (The Social Responsiveness Scale – SRS)**
Σύμφωνα με τους Constantino και Gruber (2005) και τον Constantino και τους συνεργάτες του (2000), όπως αναφέρουν οι Charman και Gotham, η Κλίμακα Κοινωνικής Ανταπόκρισης είναι ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπληρώνεται από τον γονέα και τον δάσκαλο του παιδιού. Αποτελείται από 65 αντικείμενα τα οποία βαθμολογούνται σε μια κλίμακα τεσσάρων βαθμών (απαντήσεις που κυμαίνονται από «δεν ισχύει» έως «ισχύει σχεδόν πάντα») (Charman & Gotham, 2013).

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες τόσο η έρευνα όσο και οι κλινικοί τομείς έχουν επωφεληθεί από τη δημιουργία εργαλείων διαλογής και διάγνωσης, για τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Και τα δύο παρέχουν πολύ σημαντικές πηγές πληροφοριών σχετικά με το παιδί ή το νεαρό άτομο, οι οποίες μπορεί να βοηθήσουν τους κλινικούς να κάνουν πιο ακριβείς επιλογές, σχετικά με την περαιτέρω παραπομπή του ατόμου και τη διάγνωση της διαταραχής την οποία παρουσιάζει. Ωστόσο, τα εργαλεία αυτά δεν αντικαθιστούν την κλινική ομάδα, καθώς κανένα αποτέλεσμα σε μια τέτοια κλίμακα δεν ισοδυναμεί με μια συγκεκριμένη διάγνωση (Charman & Gotham, 2013).

Λόγω της ετερογένειας των επιδράσεων και της πιθανής συννοσηρότητας με άλλες διαταραχές, που υπάρχουν μεταξύ των ατόμων που εμπίπτουν στο αυτιστικό φάσμα, ο προγραμματισμός της φροντίδας των ατόμων αυτών είναι και θα είναι μια πρόκληση. Τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εργαλείων για τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές παρέχουν τη δυνατότητα αναγνώρισης της σοβαρότητας των συμπτωμάτων που παρουσιάζει το κάθε άτομο και συμβάλλουν στον προσδιορισμό της ύπαρξης μιας πιθανής συνυπάρχουσας διαταραχής. Επομένως τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εργαλείων, είναι χρήσιμα για τη δημιουργία ενός αποτελεσματικού προγράμματος, που θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες του κάθε ατόμου με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Bagnell, 2019).

4.10 Εκπαίδευση ατόμων με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές

Η διαδικασία εκπαίδευσης των γλωσσικών ικανοτήτων, στηρίζεται στην συντελεστική μάθηση (ενίσχυση μιας συμπεριφοράς μέσω ανταμοιβής και απόσυρση μια συμπεριφοράς μέσω της τιμωρίας). Η ενίσχυση μέσω κοινωνικών επιδοκιμασιών δεν φαίνεται να έχει ιδιαίτερα αποτελέσματα (Παπαδάτος, 2010).

Στην περίπτωση όπου το άτομο που emπίπτει στο φάσμα του αυτισμού παρουσιάζει σημαντική αδυναμία στη χρήση λεκτικών συμβόλων, το 50% των ατόμων αυτών δεν αναπτύσσουν ικανοποιητική λεκτική επικοινωνία. Στη περίπτωση αυτή, χρησιμοποιείται η νοηματική γλώσσα στην οποία τα σύμβολα είναι αυτά που βοηθούν στον σχηματισμό εννοιών (Παπαδάτος, 2010).

Επιπλέον σε περιπτώσεις όπου το άτομο με διάχυτες αναπτυξιακές δυσκολίες παρουσιάζει σημαντικά ελλείμματα σε πολλούς τομείς, συστήνεται και η συμπεριφορική θεραπεία με στόχο την εκμάθηση στοιχειωδών κανόνων υγιεινής, αυτοεξυπηρέτηση και βασικών κανόνων κοινωνικής συμπεριφοράς (Παπαδάτος, 2010).

4.10.1 Αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών (ΑΠΣ)

Διδακτική Μεθοδολογία

Το αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών περιλαμβάνει 8 γνωστικά αντικείμενα και δραστηριότητες για την εκπαίδευση των ατόμων που emπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού. Η εκπαίδευση των ατόμων είναι εξατομικευμένη καθώς τα χαρακτηριστικά του ατόμου διαφέρουν ως προς την φύση και τον βαθμό σοβαρότητας (Συριοπούλου, 2016).

Τα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, κατά την εκπαιδευτική διαδικασία έχουν ανάγκη από δομημένο μαθησιακό περιβάλλον, σταθερό ημερήσιο πρόγραμμα, διδασκαλία ένας- προς- ένα, εναλλακτικούς τρόπους διδασκαλίας με οπτικοποιημένο διδακτικό υλικό και εκπαιδευτικές προσεγγίσεις με επίκεντρο τις προτιμήσεις και τα ενδιαφέροντα του παιδιού (Συριοπούλου, 2016).

Το αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών περιλαμβάνει τα παρακάτω γνωστικά αντικείμενα:

- **Κοινωνικές δεξιότητες**

Οι δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση σχετίζεται με δυσκολίες στον γνωστικό τομέα. Η συμμετοχή του ατόμου στις καθημερινές δραστηριότητες και τις κοινωνικές καταστάσεις προωθεί την κοινωνική αλληλεπίδραση. Η αξιολόγηση την ικανότητας των ατόμων ως προς τις κοινωνικές τους δεξιότητες πραγματοποιείται με συνεντεύξεις, παρατήρηση των παιδιών σε αυθόρμητες και δομημένες δραστηριότητες και δομημένες κοινωνικές καταστάσεις και πληροφορίες που δίνονται από τους γονείς και τους δασκάλους. Με βάση τις πληροφορίες που συλλέγονται, ο εκπαιδευτικός εντοπίζει τα ελλείμματα του ατόμου και καθορίζει ποιες συμπεριφορές θα πρέπει να βελτιώσει ή να τροποποιήσει το παιδί (Συριοπούλου, 2016).

- **Δεξιότητες επικοινωνίας**

Η αξιολόγηση αφορά την εκτίμηση του γνωστικού επιπέδου της μνήμης, των κινητικών δεξιοτήτων και του κινήτρου για επικοινωνία. Ο εκπαιδευτικός συλλέγει πληροφορίες για τα ελλείμματα επικοινωνίας μέσω συνεντεύξεων και παρατήρησης του ατόμου ως προς την αισθητηριακή του λειτουργικότητα, τις κινητικές ικανότητες, το παιχνίδι, την ικανότητα για συζήτηση, την κοινωνική αλληλεπίδραση και τις σχέσεις. Επίσης, ο ειδικός μπορεί να συλλέξει πληροφορίες μέσω δομημένων κοινωνικών καταστάσεων, με τεχνάσματα επικοινωνίας και μέσω της ανάλυσης βιντεοσκοπημένης αλληλεπίδρασης. οι διδακτικοί στόχοι θα πρέπει να είναι ρεαλιστικοί, να υπάρχουν επιμέρους βραχυπρόθεσμοι στόχοι , να βασίζονται σε ήδη υπάρχουσες αυθόρμητες επικοινωνιακές δεξιότητες του ατόμου και ο στόχος που έχει οριστεί να είναι χρήσιμος και λειτουργικός για την καθημερινότητα του παιδιού (Συριοπούλου, 2016).

- **Δεξιότητες παιχνιδιού**

Η εκμάθηση των δεξιοτήτων παιχνιδιού, θα πρέπει να περιλαμβάνουν αισθητηριακές δραστηριότητες όπως η συγκέντρωση της προσοχής και η συντονισμένη οπτική επαφή, αισθητηριακές και κοινωνικές δεξιότητες με δομημένες ένα- προς ένα δραστηριότητες και ομαδικές αισθητηριακές δεξιότητες. Μέσω του παιχνιδιού προάγονται οι κοινωνικές δεξιότητες, οι κινητικές δεξιότητες και η επικοινωνία μέσω των καθημερινών δραστηριοτήτων στην τάξη. Βασικές προϋποθέσεις για την διδασκαλία αυτών των ατόμων είναι η δόμηση των δραστηριοτήτων ώστε το παιδί να γνωρίζει τον χώρο και τις

δραστηριότητες που πρόκειται να ακολουθήσουν και η οπτικοποίηση του υλικού και των βημάτων της εκάστοτε δραστηριότητας (Συριοπούλου, 2016).

- **Δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης**

Στόχος της προσέγγισης αυτής είναι η απόκτηση δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης που οδηγούν στην αυτονομία του ατόμου Όσον αφορά την σίτιση την τουαλέτα και τις προσωπική υγιεινή. Επίσης, η εμπλοκή του ατόμου σε κοινωνικές επαφές και η ανάπτυξη κοινωνικών και ψυχαγωγικών ενδιαφερόντων (Συριοπούλου, 2016).

- **Δεξιότητες Ελληνικής γλώσσας**

Σύμφωνα με το αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών, είναι χρήσιμο για τους μαθητές με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές να μάθουν να χειρίζονται την Ελληνική γλώσσα ώστε να μπορούν να συμμετέχουν ενεργά στο σχολείο αλλά και σε άλλα κοινωνικά πλαίσια. Οι επιμέρους στόχοι αφορούν την κατανόηση, την παραγωγή προφορικού και γραπτού λόγου αντίστοιχα. Ο τομέας της εκμάθησης της ελληνικής γλώσσας συνδέεται άμεσα με την επικοινωνία δεδομένου ότι στηρίζεται στην επικοινωνιακή προσέγγιση. Στόχος είναι η κατανόηση του νοήματος της επικοινωνίας καθώς και η χρήση δεξιοτήτων επικοινωνίας σε διαφορετικά κοινωνικά πλαίσια. Η κατάκτηση της ανάγνωσης και της γραφής έχει επικοινωνιακό χαρακτήρα, αλλά η διδασκαλία της γλώσσας διαχωρίζεται από τον προφορικό λόγο όπου οι μαθητές που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού συνήθως δεν έχουν κατακτήσει. Η καλλιέργεια του προφορικού λόγου περιλαμβάνεται στις επικοινωνιακές δεξιότητες. Επιπλέον, σύμφωνα με το αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών διδασκαλίας της ελληνικής γλώσσας έχει ως στόχο την απόκτηση της φωνημικής και της γραφοφωνημικής επίγνωσης. Κύριος στόχος είναι η οπτική αναγνώριση συμβόλων ως εναλλακτικός τρόπος μάθησης και χρήσης του γραπτού λόγου. Ιδιαίτερη έμφαση για την εκπαίδευση των ατόμων αυτών αποδίδεται στην οπτικοποιημένη παρουσίαση των δραστηριοτήτων, δεδομένου ότι στους μαθητές που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού, το οπτικό κανάλι είναι το κυρίαρχο κανάλι πρόσληψης και επεξεργασίας ερεθισμάτων. Η κατάκτηση της ανάγνωσης και της γραφής σαν μορφή επικοινωνίας είναι περισσότερο προσιτή για τα παιδιά με αυτισμό καθώς ο γραπτός λόγος δεν περιέχει κοινωνική αλληλεπίδραση, προσαρμόζεται στον ρυθμό του κάθε παιδιού και έχει την δυνατότητα για επανέλεγχο (Συριοπούλου, 2016).

- **Δεξιότητες μαθηματικών**

- Δεξιότητες μελέτης περιβάλλοντος
- Δεξιότητες εικαστικών
- Δεξιότητες μουσικής
- Δεξιότητες πληροφορικής
- Δεξιότητες φυσικής αγωγής

(Συριοπούλου, 2016)

4.10.2 Εκπαιδευτική Συμπερίληψη Μαθητών με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές

Οι μαθητές με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές εντάσσονται ολοένα και περισσότερα σε τάξεις γενικής εκπαίδευσης με σκοπό την βελτίωση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Boutot & Bryant, 2005). Σύμφωνα με τον McConnell (2002) όπως αναφέρει η Συριοπούλου, η συμπερίληψη των ατόμων αυτών σε τάξεις είναι απαραίτητη αλλά όχι επαρκής συνθήκη για την παρέμβαση ως προς την κοινωνική αλληλεπίδραση ιδίως για τα μικρά παιδιά που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού (Συριοπούλου, 2016).

Η σύγχρονη εκπαιδευτική και κοινωνική πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης υποστηρίζει την μη κατηγοριακή προσέγγιση των ειδικών αναγκών. Τα παιδιά με ειδικές ανάγκες δεν πρέπει να αποκλείονται από την εκπαιδευτική διαδικασία αλλά να συμμετέχουν σε ένα «σχολείο για όλους». Οι μορφές συμπερίληψης οι οποίες εφαρμόζονται ποικίλουν:

- Συμπερίληψη σε τάξεις γενικής εκπαίδευσης
- Συμπερίληψη σε τάξεις γενικής εκπαίδευσης με εκπαιδευτικό παράλληλης στήριξης
- Συμπερίληψη ατόμων σε τάξεις γενικής εκπαίδευσης με παρακολούθησης τμήματος ένταξης για κάποιες διδακτικές ώρες.

Η συμπερίληψη των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές πρέπει να ξεκινά από την προσχολική ηλικία και να συνεχίζεται κατά τη διάρκεια της σχολικής ζωής. Η εκπαιδευτική συμπερίληψη του παιδιού θα πρέπει να έχει ως στόχο την κοινωνική του συμπερίληψη (Συριοπούλου, 2016).

Προγράμματα και Τεχνικές για την Ενίσχυση της Κοινωνικής Αλληλεπίδρασης

Διάφορα προγράμματα και τεχνικές έχουν συγκροτηθεί με σκοπό την ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων του ατόμου με στόχο να καταστεί δυνατή η συμπερίληψη των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Συριοπούλου, 2016).

1. Ο Κύκλος των φίλων

Ο κύκλος των φίλων έχει χρησιμοποιηθεί με σκοπό την προετοιμασία του ατόμου που emπίπτει στο φάσμα του αυτισμού, να συμπεριληφθεί στο γενικό σχολείο. Η μέθοδος απαρτίζεται από μία σειρά συνεδριών, κάθε μία από τις οποίες διαρκεί 30 λεπτά και πραγματοποιείται μία φορά κάθε εβδομάδα. Κάθε συνεδρία ξεκινά με μία συγκεκριμένη δραστηριότητα ώστε το παιδί να αισθάνεται ασφάλεια και με την δραστηριότητα αυτή να σηματοδοτείται η έναρξη της διαδικασίας. Στην εκπαιδευτική αυτή διαδικασία συμμετέχουν και παιδιά τυπικής ανάπτυξης, τα οποία επιλέγει ο εκπαιδευτικός ανάλογα με το πόσο ευαισθητοποιημένα είναι τα τυπικά αυτά αναπτυσσόμενα παιδιά και το είδος της σχέσης και της επαφής που έχουν με τα παιδιά που emπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού. Ο εκπαιδευτικός ηγείται στην διαδικασία του κύκλου των φίλων και καθορίζει τους ρόλους του κάθε ατόμου της ομάδας. Σκοπός της εκπαιδευτικής αυτής διαδικασίας είναι να κατανοήσουν τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές την αξία της ομάδας και γενικά της μαθητικής κουλτούρας η οποία μπορεί να τους επηρεάσει θετικά. Ο κύκλος των φίλων αντιμετωπίζει κοινωνικές ανεπάρκειες όπως να περιμένουν τη σειρά τους, να βλέπουν και να μιμούνται που αποτελούν εμπόδιο στην προσπάθεια συμπερίληψης των ατόμων αυτών στο γενικό σχολείο (Συριοπούλου, 2016).

2. Κοινωνικές Ιστορίες (Social Stories)

Οι κοινωνικές ιστορίες εξηγούν κοινωνικές καταστάσεις και έννοιες, συμπεριλαμβανομένων των αναμενόμενων συμπεριφορών του εμπλεκόμενου ατόμου με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, προσφέρουν απαντήσεις στα ερωτήματα του παιδιού για έννοιες και παρέχουν πληροφορίες σχετικά με την κοινωνική συμπεριφορά. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις κοινωνικές ιστορίες για να περιγράψουν μια κατάσταση και τις αναμενόμενες συμπεριφορές, να εξηγήσουν απλά βήματα για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων ή αποτελεσμάτων και να διδάξουν νέες ρουτίνες και προβλεπόμενες δράσεις. Η ανάγνωση κοινωνικών ιστοριών πριν από κάποιο γεγονός ή δραστηριότητα μπορεί να μειώσει το άγχος του παιδιού, να βελτιώσει τη συμπεριφορά του και να το βοηθήσει να κατανοήσει το γεγονός από την οπτική των άλλων (Heward, 2011, σ.283).

Η μέθοδος αυτή υποστηρίζει ότι η κοινωνική συμπεριφορά μαθαίνεται με την βοήθεια της ιστορίας, η οποία μπορεί να διαβαστεί πολλές φορές. Κάθε ιστορία παρέχει όλες τις πληροφορίες που αφορούν τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να συμπεριφερθεί ένα άτομο

σε μία συγκεκριμένη κοινωνική περίσταση. Κάθε κοινωνική ιστορία περιλαμβάνει τέσσερα είδη προτάσεων οι οποίες αφορούν το τι έγινε στην ιστορία αυτή, τι θα πρέπει να κάνει το άτομο που εμπίπτει στο φάσμα του αυτισμού στην αντίστοιχη περίπτωση, πως μπορεί να αισθανθούν όλοι οι άνθρωποι καθώς και τις τεχνικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να θυμάται τον τρόπο που θα πρέπει να διαχειριστεί μία αντίστοιχη κατάσταση. Οι κοινωνικές αυτές ιστορίες είναι εξατομικευμένα κείμενα που προσφέρουν στο άτομο ακριβείς πληροφορίες για καταστάσεις και δεξιότητες στις οποίες δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει. Στόχος αυτής την δοκιμασίας είναι η βελτίωση του ατόμου που εμπίπτει στο φάσμα του αυτισμού ως προς την κατανόησης μιας κοινωνικής κατάστασης. Οι κοινωνικές ιστορίες περιέχουν οπτικοποιημένο υλικό, για την διευκόλυνση της κατανόησής τους και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως θεραπευτική προσέγγιση μιας ποικιλίας θεμάτων όπως τα συναισθήματα, η συμπεριφορά, η φιλία, η σχολική βία και οι δεξιότητες παιχνιδιού (Συριοπούλου, 2016).

3. Comic Strip Conversation

Το Comic Strip Conversation περιλαμβάνει μία εικονογραφημένη ιστορία στη οποία συμπεριλαμβάνονται τα λόγια και τις σκέψεις των ηρώων της ιστορίας σχετικά με κάποιο κοινωνικό θέμα ώστε να βοηθηθεί το άτομο με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές να αντιληφθεί τα κατάλληλα λόγια και τις αντιδράσεις αντίστοιχα του ίδιου το ατόμου σε ανάλογες κοινωνικές περιστάσεις (Συριοπούλου, 2016).

4. Το Πρόγραμμα TEACCH

Σύμφωνα με τον Mesibon (1999) όπως αναφέρει η Συριοπούλου, το πρόγραμμα TEACCH προωθεί την εκπαιδευτική συμπερίληψη των παιδιών. Βασική αρχή του προγράμματος αυτού είναι η δόμηση, στόχος της οποίας είναι η βελτίωση της προσαρμοστικότητας των παιδιών στο φυσικό και κοινωνική περιβάλλον και του σχολείου καθώς επίσης και η βελτίωση των επικοινωνιακών τους ικανοτήτων. Σκοπός του προγράμματος αυτού είναι η καλλιέργεια των κοινωνικών και των ακαδημαϊκών δεξιοτήτων καθώς και η αυτοεξυπηρέτηση (Συριοπούλου, 2016).

5. Πρόγραμμα Child Development του Ινστιτούτου Princeton (Princeton Institute)

Στο πρόγραμμα αυτό συμμετέχουν παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές δυσκολίες από την προσχολική τους ηλικία έως και την ενηλικίωση καθώς και άλλα μέλη της οικογένειάς τους. Στόχος του προγράμματος αυτού είναι η βελτίωση της προσοχής και της

συγκέντρωσης των παιδιών αυτών, η εξέλιξη των κλίσεων και των ενδιαφερόντων τους, η ανάπτυξη επικοινωνιακών και κοινωνικών δεξιοτήτων και απώτερος σκοπός όλων αυτών είναι η εκπαιδευτική τους συμπερίληψη (Συριοπούλου, 2016).

Μοντέλα Διδασκαλίας Επικοινωνιακών και Κοινωνικών δεξιοτήτων για παιδιά με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές

Η ανάπτυξη κοινωνικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων είναι αναπόσπαστο κομμάτι για την συμπερίληψη ενός ατόμου που εμπίπτει στο φάσμα του αυτισμού (Συριοπούλου, 2016).

1. Μοντέλο διδασκαλίας Κοινωνικών Συναλλαγών με Συνομηλίκους (Peer Modeling)

Σύμφωνα με τον Lanquetot (1989) όπως αναφέρει η Συριοπούλου, στόχος της δραστηριότητας αυτής είναι η ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων και της διάθεσης συμμετοχής σε ομαδικά παιχνίδια και δραστηριότητες. Το μοντέλο αυτό βοηθάει του μαθητές τυπικής ανάπτυξης να σέβονται και να αποδέχονται την διαφορετικότητα των παιδιών. Η διαδικασία αυτή ξεκινάει με την παρουσία ενός μόνο συνομήλικου παιδιού τυπικής ανάπτυξης με αυτό που εμπίπτει στο φάσμα του αυτισμού, ενώ σταδιακά το παιδί αυτό περνά σε δραστηριότητες όπου συμμετέχει ομάδα ατόμων (Συριοπούλου, 2016).

2. Μοντέλο Μάθησης μέσω Παρατήρησης Προτύπου (Observational Learning)

Η διδασκαλία μέσω παρατήρησης προτύπου συμβάλει στη μίμησης των θετικών αντιδράσεων που ενισχύονται και στην αποφυγή των αρνητικών αντιδράσεων που τιμωρούνται. Στόχος της διδασκαλίας αυτής είναι η μάθηση καινούριων αντιδράσεων, η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, η εξοικείωση των παιδιών με φυσικούς τρόπους μάθησης και η προετοιμασία τους για συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες και για κοινωνική και εκπαιδευτική συμπερίληψη (Taylor, DeQuinzio & Stine, 2012).

3. Περιστασιακή Διδασκαλία (Incidental Teaching)

Η περιστασιακή διδασκαλία έχει ως στόχο την ενθάρρυνση της αυθόρμητης χρήσης μιας ήδη κατεκτημένης επικοινωνιακής γνώσης των παιδιών που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού και όχι την εκμάθηση μια νέας επικοινωνιακής δεξιότητας. Η διδασκαλία αυτή βασίζεται στην αυθόρμητη πρωτοβουλία του ατόμου με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές σε διάφορες κοινωνικές καταστάσεις, την οποία ο εκπαιδευτικός αξιοποιεί για να του

διδάξει καινοτόμες επικοινωνιακές και κοινωνικές δεξιότητες. Στόχος της διδασκαλίας αυτής είναι η αυθόρμητη χρήση του λόγου από τα άτομα που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού, η εξοικείωση με την επικοινωνιακή χρήση του λόγου, η διατήρηση της ήδη κερκτημένης επικοινωνιακής δεξιότητας και η σωστή χρήση του λόγου ανάλογα με την εκάστοτε κοινωνική περίσταση (Συριοπούλου, 2016).

4.10.3 Εκπαίδευση ατόμων με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές σε Ειδικές Θεραπευτικές Τάξεις

Τα περισσότερα παιδιά που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού και παρουσιάζουν σημαντικά ελλείμματα, έχουν ανάγκη από μία τάξη που θα ξεκινά από το δικό τους μοναδικό επίπεδο δεξιοτήτων. Είναι απαραίτητο να επιτευχθούν πολυάριθμες και ποικίλες αλλαγές της συμπεριφοράς οι οποίες θα διευκολύνουν την συμπερίληψη του ατόμου στις τάξεις γενικής εκπαίδευσης (Παπαδάτος, 2010).

Η εκπαίδευση των ατόμων που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού σε ειδικές θεραπευτικές τάξεις παρουσιάζει καλύτερα αποτελέσματα για τα παιδιά αυτά. Τα αποτελέσματα αυτά εξαρτώνται από τον δείκτη νοημοσύνης, την ανάπτυξη γλωσσικής ικανότητας και την ύπαρξη άλλων ψυχικών συμπτωμάτων. Οι εκπαιδευτικές θεραπείες αποσκοπούν στην ανάπτυξη ομιλίας και στην χρήση αυτής για περαιτέρω θεραπευτικές παρεμβάσεις (Παπαδάτος, 2010).

Η διαδικασία εκπαίδευσης των γλωσσικών ικανοτήτων, στηρίζεται στην συντελεστική μάθηση (ενίσχυση μιας συμπεριφοράς μέσω ανταμοιβής και απόσυρση μια συμπεριφοράς μέσω της τιμωρίας). Η ενίσχυση μέσω κοινωνικών επιδοκιμασιών δεν φαίνεται να έχει ιδιαίτερα αποτελέσματα (Παπαδάτος, 2010).

Στην περίπτωση όπου το άτομο που εμπίπτει στο φάσμα του αυτισμού παρουσιάζει σημαντική αδυναμία στη χρήση λεκτικών συμβόλων, το 50% των ατόμων αυτών δεν αναπτύσσουν ικανοποιητική λεκτική επικοινωνία. Στη περίπτωση αυτή, χρησιμοποιείται η νοηματική γλώσσα στην οποία τα σύμβολα είναι αυτά που βοηθούν στον σχηματισμό εννοιών (Παπαδάτος, 2010).

Επιπλέον σε περιπτώσεις όπου το άτομο με διάχυτες αναπτυξιακές δυσκολίες παρουσιάζει σημαντικά ελλείμματα σε πολλούς τομείς, συστήνεται και η συμπεριφορική θεραπεία με στόχο την εκμάθηση στοιχειωδών κανόνων υγιεινής, αυτοεξυπηρέτηση και βασικών κανόνων κοινωνικής συμπεριφοράς (Παπαδάτος, 2010).

4.11 Θεραπευτικές Προσεγγίσεις Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών

4.11.1 Βιοχημικές Θεραπείες, Φάρμακα, Βιταμίνες, Διατροφή

Για την θεραπευτική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που εκδηλώνονται στα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορες φαρμακευτικές ουσίες, όπως βιταμίνες (B6, C, και μαγνήσιο) ορμόνες, λίθιο και αντικαταθλιπτικά. Χωρίς να αποτελεί ειδική θεραπεία, η χρήση νευροληπτικών φαρμάκων, ιδιαίτερα αλοπεριδόλης, έχει αποδειχθεί πως βελτιώνει κάποιες συμπεριφορές και τις διαδικασίες μάθησης (Παπαδάτος, 2010). Σύμφωνα με τον Karoly Horvarth (1998) όπως αναφέρει η Συριοπούλου, η ορμόνη σεκρετίνη μπορεί να βελτιώσει τα συμπτώματα ορισμένων συμπεριφορών στα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Αναφέρει επίσης, ότι μετά την χρήσης σεκρετίνης τα άτομα αυτά παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση στην κοινωνική συμπεριφοράς και στην επικοινωνία. Νεότερα ευρήματα όμως παρουσιάζουν αμφιβολία ως προς της αποτελεσματικότητα της ορμόνης αυτής (Συριοπούλου, 2016). Τα φάρμακα χρησιμοποιούνται σε ορισμένες περιπτώσεις για την αντιμετώπιση ενδεχόμενων σοβαρών διαταραχών συμπεριφοράς των ατόμων που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού όπως η επιθετικότητα, οι αυτοτραυματισμοί σε στιγμές κρίσεις και οι έντονες ψυχικές εξάρσεις (Στασινός, 2016).

Διατροφικές παρεμβάσεις που αποκλείουν την γλουτένη και τη καζεΐνη που βρίσκεται στα γαλακτοκομικά προϊόντα, θεωρείται ότι μπορεί να τροποποιήσουν ορισμένες διαταραγμένες συμπεριφορές σε κάποια παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Συριοπούλου, 2016). Η θεραπευτική αυτή προσέγγιση που αφορά την διατροφή των ατόμων που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού, βασίζεται στην υπόθεση ότι αυτές οι πρωτεΐνες απορροφούνται διαφορετικά από τον οργανισμό των ατόμων που παρουσιάζουν την διαταραχή αυτή από ό,τι των τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών. Πολλοί γονείς έχουν αναφέρει πως η εξάλειψη της γλουτένης και της καζεΐνης από το διατροφολόγιο των παιδιών τους έχει βοηθήσει στην ρύθμιση των εντερικών συνηθειών, του ύπνου, της δραστηριότητας, των συνηθισμένων συμπεριφορών και στη συνολική ανάπτυξη του παιδιού (Autism Speaks, 2014).

4.11.2 Εφαρμοσμένη Ανάλυση Συμπεριφοράς (Applied Behavior Analysis - ABA)

Η εφαρμοσμένη ανάλυση συμπεριφοράς, αποτελεί μία επιστημονική προσέγγιση για τον σχεδιασμό, την διεξαγωγή και την αξιολόγηση της διδασκαλίας βάσει εμπειρικά τεκμηριωμένων αρχών που αφορούν σε λειτουργικές σχέσεις μεταξύ περιβαλλοντικών γεγονότων και μάθησης (Cooper, Heron & Heward, 2007). Σύμφωνα με τους Alberto και Troutman (2006) και τον Heward (2005) και τους συνεργάτες του όπως αναφέρει ο Heward, η εφαρμοσμένη ανάλυση συμπεριφοράς εστιάζει σε αντικειμενικά ορισμένες, παρατηρήσιμες συμπεριφορές που είναι σημαντικές για την καθημερινή ζωή των ατόμων και αποσκοπεί στην βελτίωση αυτών. Οι διδακτικοί στόχοι καθορίζονται με βάση τις αξιολογήσεις των δεξιοτήτων και των συμπεριφορικών ελλειμμάτων του ατόμου, εστιάζουν σε συμπεριφορές που πρόκειται να ωφελήσουν το παιδί και την οικογένεια και έχουν ατομική βάση. Οι διδακτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται από την εφαρμοσμένη ανάλυση συμπεριφοράς, μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για την θεραπεία και άλλων διαταραχών πέρα από τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές αλλά και σε μαθητές γενικής εκπαίδευσης. Σύμφωνα με τον Green (2001) όπως αναφέρει ο Heward, σχετικά με την εφαρμοσμένη ανάλυση συμπεριφοράς, ο αυτισμός αποτελεί ένα σύνδρομο συμπεριφορικών ελλειμμάτων βιολογικής αιτιολογίας οι οποίες επιδέχονται αλλαγή και βελτίωση μέσω προσεκτικά οργανωμένων και εποικοδομητικών αλληλεπιδράσεων με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Η εφαρμοσμένη ανάλυση συμπεριφοράς περιλαμβάνει συμπεριφορικές αρχές όπως η θετική ενίσχυση για να διδάξει στα παιδιά δεξιότητες με ένα προγραμματισμένο τρόπο. Χρησιμοποιούνται θετικές στρατηγικές και η μέθοδος της ενίσχυσης χρησιμοποιείται συχνά για την αύξηση της κατάλληλης συμπεριφοράς. Στόχος της δεν είναι η μείωση της δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς αλλά η αύξηση της ισχύος και της συχνότητας της κατάλληλης συμπεριφοράς. Τα προγράμματα και οι δραστηριότητες που χρησιμοποιούνται ως αμοιβές ή αλλιώς ενισχυτές, προσδιορίζονται σύμφωνα με τις προτιμήσεις του παιδιού και τις επιδράσεις τους όταν παρέχονται ως συνέπειες της συμπεριφοράς του παιδιού. Η μέθοδος αυτή προσφέρει στους εκπαιδευτικούς ένα σύνολο διδακτικών τεχνικών αλλά δεν επιβάλλει μία συγκεκριμένη διδακτική μέθοδο. Επιπλέον, βασίζεται στη συνεχή αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας αυτών των παρεμβάσεων και στην περίπτωση όπου το άτομο δεν παρουσιάζει επαρκή πρόοδο, η διδασκαλία τροποποιείται (Heward, 2011).

Η ανάλυση της συμπεριφοράς είναι μία φυσική επιστήμη που αρχικώς περιεγράφηκε από τον Skinner. Η προσέγγιση αυτή περιλαμβάνει εντατική εξατομικευμένη προσέγγιση για περίπου 20-40 ώρες την εβδομάδα σε θέματα που αφορούν την καθημερινή ζωή, τον λόγο, την κοινωνική αλληλεπίδραση, την αυτοεξυπηρέτηση και το παιχνίδι (Συριοπούλου 2016; Autism Speaks, χ.χ. b). Το παιδί διδάσκεται κάθε δεξιότητα μία προς μία και επιβραβεύεται για κάθε ένα από αυτά. Ο έλεγχος της συμπεριφοράς επιτυγχάνεται μέσω του επαίνου και της τιμωρίας. Όταν ένας στόχος έχει κατακτηθεί τότε πραγματοποιείται γενίκευση αυτού σε διάφορες καταστάσεις και περιβάλλοντα. Τα προγράμματα εφαρμοσμένης ανάλυσης συμπεριφοράς ξεκινούν από την προσχολική ηλικία 2- 4 ετών (Συριοπούλου, 2016).

Οι αρχές και οι μέθοδοι της ανάλυσης της συμπεριφορά έχουν εφαρμοστεί επιτυχώς σε πολλούς τομείς όπως στην αρχή της θετικής ενίσχυσης για να βελτιώσουν μία συμπεριφορά. Έχουν χρησιμοποιηθεί για την επίτευξη ενός μεγάλου εύρους δεξιοτήτων στους μαθητευόμενους με ή χωρίς δυσλειτουργίες. Ορισμένες τεχνικές της εφαρμοσμένης ανάλυσης συμπεριφοράς περιλαμβάνουν πληροφορίες που δίνονται από ενήλικες με έντονα δομημένη σειρά, ενώ άλλες χρησιμοποιούν τα φυσικά ενδιαφέροντα των μαθητευόμενων. Όλες οι δραστηριότητες χωρίζονται σε επιμέρους βήματα ή στοιχεία και παρέχονται στους μαθητευόμενους πολλές επαναλαμβανόμενες ευκαιρίες να μάθουν και να εξασκήσουν τις δεξιότητες σε μία πληθώρα καταστάσεων με άφθονη θετική ενίσχυση. Οι στόχοι της παρέμβασης καθώς και των συγκεκριμένου τύπου οδηγιών και ενισχύσεων που χρησιμοποιούνται προσαρμόζονται στις δυνατότητες και τις ανάγκες του εκάστοτε μαθητευόμενου. Η απόδοση αξιολογείται συνεχώς μέσω της άμεση παρατήρησης και η παρέμβαση τροποποιείται εάν ο μαθητευόμενος δεν σημειώσει κάποια ικανοποιητική πρόοδο. Στόχος της παρέμβασης αυτής είναι να καταστεί το άτομο ικανό και λειτουργικό ώστε να λειτουργεί ανεξάρτητο και επιτυχώς σε διάφορα κοινωνικά περιβάλλοντα (Autism Speaks, χ.χ. b).

4.11.3 Σύστημα Επικοινωνίας Μέσω Ανταλλαγής Εικόνων (Picture Exchange Communication System – PECS)

Το σύστημα επικοινωνίας μέσω ανταλλαγής εικόνων είναι μία προσαυξητική και εναλλακτική τεχνική επικοινωνίας όπου τα άτομα με λίγη ή καθόλου λεκτική ικανότητα μαθαίνουν να επικοινωνούν χρησιμοποιώντας κάρτες με εικόνες (Συριοπούλου, 2016). Στόχος του συστήματος επικοινωνίας μέσω ανταλλαγής εικόνων (PECS) είναι να εκπαιδευτεί το άτομο σε ένα μεγάλο εύρος δεξιοτήτων που περιλαμβάνει τόσο τη

βελτίωση των επικοινωνιακών και κοινωνικών του δεξιοτήτων όσο και την αυτοεξυπηρέτησή του. Η εκπαιδευτική αυτή διαδικασία εφαρμόζεται στα άτομα όλων των ηλικιών που παρουσιάζουν διάφορες επικοινωνιακές, γνωστικές και κινητικές δυσκολίες. Πρόκειται για μία συμπεριφορικά βασισμένη παρέμβαση που διδάσκει στο παιδί που εμπίπτει στο φάσμα του αυτισμού να χρησιμοποιεί οπτικά – γραφικά σύμβολα για να επικοινωνήσει με άλλους ανθρώπους. Μαθαίνει να δίνει μία εικόνα ή ένα γραφικό σύμβολο ενός επιθυμητού αντικειμένου στον επικοινωνιακό σύντροφο με ανταλλαγή το αντικείμενο της εικόνας. Το σύστημα επικοινωνίας μέσω ανταλλαγής εικόνων, μπορεί να συμβάλει και στην βελτίωση των κοινωνικών σχέσεων του παιδιού, συμμετέχοντας στην αυθόρμητη επικοινωνία (Συριοπούλου, 2016).

Σύμφωνα με τους Bondy και Frost (2001), όπως αναφέρει η Συριοπούλου, το σύστημα επικοινωνίας μέσω ανταλλαγής εικόνων αποτελείται από 6 στάδια κάθε ένα από τα οποία διδάσκεται διαδοχικά και το ένα δομείται σύμφωνα με το άλλο. Τα στάδια αυτά είναι τα εξής:

1. Διδασκαλία της φυσικά υποβοηθούμενης ανταλλαγής – Πώς επικοινωνούμε

Τα παιδιά μαθαίνουν να ανταλλάσσουν μία εικόνα για να αποκτήσουν κάποιο αντικείμενο ή να συμμετέχουν σε μία δραστηριότητα που επιθυμούν

2. Διεύρυνση του αυθορμητισμού – Απόσταση και επιμονή

Με την χρήση μίας μόνο κάρτας με κάποιο εικονιζόμενο αντικείμενο, τα παιδιά μαθαίνουν να γενικεύουν τη νέα τους δεξιότητα χρησιμοποιώντας την σε διαφορετικά περιβάλλοντα, με διαφορετικούς ανθρώπους και σε διάφορες αποστάσεις. Μαθαίνουν επίσης, να είναι περισσότερο επίμονοι στην επικοινωνία τους.

3. Ταυτόχρονη διάκριση εικόνων

Παρουσιάζονται στα παιδιά περισσότερες από μία εικόνες και με τον τρόπο αυτό μαθαίνουν να επιλέγουν ανάμεσα σε δύο ή περισσότερα εικονιζόμενα αντικείμενα, να ζητούν το αντικείμενο ή την δραστηριότητα που επιθυμούν.

4. Φτιάχνοντας τη δομή πρότασης

Στόχος της φάσης αυτής είναι να μάθουν τα άτομα να χρησιμοποιούν μικρές προτάσεις , χρησιμοποιώντας μία εικόνα «θέλω να» μαζί με την εικόνα του αντικειμένου που ζητούν

για να εισάγουν μία πρόταση. Στη συνέχεια, μαθαίνουν να επεκτείνουν τις προτάσεις τους προσθέτοντας επίθετα, ρήματα και προθέσεις.

5. Απόκριση στο «Εσύ τι θέλεις;»

Τα παιδιά μαθαίνουν να εφαρμόζουν το σύστημα επικοινωνίας μέσω ανταλλαγής εικόνων για να απαντούν στην ερώτηση «Τι θέλεις;».

6. Σχολιασμός

Τα παιδιά διδάσκονται να κάνουν σχόλια όταν τους κάνουν ερωτήσεις όπως «Τι θέλεις;», «Τι βλέπεις;», «Τι ακούς;» και μαθαίνουν να συνθέτουν προτάσεις χρησιμοποιώντας τα αντίστοιχα ρήματα.

(Συριοπούλου, 2016)

4.11.4 Μέθοδος Makaton

Η μέθοδος Makaton περιλαμβάνει ένα σύστημα επικοινωνίας και ένα σύστημα εκμάθησης επικοινωνίας. Το σύστημα επικοινωνίας λειτουργεί όπως μία γλώσσα (νόημα ή σύμβολο που αντιπροσωπεύει το κάθε αντικείμενο ή έννοια αντίστοιχα) και το σύστημα εκμάθησης της επικοινωνίας δίνει πληροφορίες για τον τρόπο με το οποίο θα διδαχθεί και θα αναπτύξει κάποια επικοινωνιακή δεξιότητα το άτομο που παρουσιάζει επικοινωνιακά ελλείμματα. Τα άτομα που emπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού εκπαιδεύονται στην μέθοδο αυτή, μαθαίνοντας τη νοηματική κίνηση με χειρονομίες, κινήσεις του σώματος και εκφράσεις του προσώπου με στόχο να μεταφέρουν μία πληροφορία με νόημα χωρίς να χρειαστεί να επικοινωνήσουν λεκτικά .

Το Makaton περιλαμβάνει το Γλωσσικό Πρόγραμμα (Makaton Language Programme), το οποίο χρησιμοποιεί νοήματα και σύμβολα για να βοηθηθεί το άτομο να επικοινωνήσει. Έχει σχεδιαστεί ώστε να υποστηριχθεί η λεκτική επικοινωνία με νοήματα και σύμβολα σε συνδυασμό με την ομιλία. Τα νοήματα που χρησιμοποιούνται προέρχονται από την γλώσσα της κοινότητας των ατόμων με κώφωση. Τα νοήματα και ο λόγος χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα. Τα σύμβολα είναι εικονιζόμενα σκίτσα και παρέχουν την δυνατότητα του άμεσου και απτού χειρισμού της γλώσσας από τα άτομα με διαταραχές επικοινωνίας, βοηθώντας ιδιαίτερα στον τομέα της δόμησης της γλώσσα και διευκολύνοντας την κατανόηση των μερών του λόγου που την αποτελούν .Ο συνδυασμός των συμβόλων, των νοημάτων και του λόγου, χρησιμοποιούνται για την ενίσχυση της επικοινωνίας και της κατανόησης των διάφορων εννοιών στα άτομα που emπίπτουν στο

φάσμα του αυτισμού. Τα νοήματα και τα σύμβολα προσφέρουν μία οπτική αναπαράσταση του λόγου η οποία αυξάνει την κατανόηση και καθιστά την εκφραστική επικοινωνία ευκολότερη. Η πολυαισθητηριακή προσέγγιση έχει εκτιμηθεί ότι αυξάνει την πιθανότητα βελτίωσης των δεξιοτήτων έκφρασης και κατανόησης εννοιών, των δεξιοτήτων κοινωνικοποίησης και της συμμετοχής στην εκπαίδευση (Συριοπούλου, 2016).

Το σύστημα αυτό αποτελεί ευέλικτη μέθοδο διδασκαλίας και μπορεί να σχεδιαστεί εξατομικευμένη προσέγγιση ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου. Στόχος του προγράμματος αυτού είναι να καταστεί ικανό το άτομο να:

- Να μοιραστεί σκέψεις και συναισθήματα
- Να ονομάσει αντικείμενα, εικόνες και μέρη
- Να συμμετέχει στο παιχνίδι
- Να ακούει, να διαβάζει, να γράφει και να λέει ιστορίες
- Να δίνει πληροφορίες

(Συριοπούλου, 2016).

4.11.5 Εκπαίδευση του Αυτισμού και των Σχετιζόμενων Επικοινωνιακών Ελλειμμάτων (Training and Education of Autism and Related Communication Handicapped Children – TEACCH)

Το TEACCH αποτελεί ένα πρόγραμμα ειδικής εκπαίδευσης που διαμορφώνεται στις ιδιαίτερες ανάγκες του ατόμου που εμπίπτει στο φάσμα του αυτισμού (Autism Speaks, χ.χ. c). Η αξιολόγηση και η παρέμβαση είναι εξατομικευμένη σύμφωνα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου και της οικογένειάς του. Σύμφωνα με τους Schopler, Mesibov, Hearshey (1995) όπως αναφέρει η Συριοπούλου, το πρόγραμμα αυτό περιλαμβάνει μία λεπτομερή αξιολόγηση των δεξιοτήτων και των ελλειμμάτων του εκάστοτε παιδιού ώστε να σχεδιαστεί ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα παρέμβασης που θα καλύπτει τόσο ακαδημαϊκές όσο και κοινωνικές δυνατότητες. Το πρόγραμμα εστιάζει στις δεξιότητες που ήδη κατέχουν τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές με στόχο την βελτίωσή τους σε αυτούς τους τομείς. Σκοπός του προγράμματος αυτού είναι η ανάπτυξη επικοινωνίας στα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, η κατανόηση των αναγκών τους από τους ανθρώπους του περιβάλλοντός τους ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν σε αυτές και η βελτίωση της προσαρμοστικότητάς τους στο κοινωνικό περίγυρο μέσω της εκμάθησης νέων δεξιοτήτων. Το πρόγραμμα εκπαίδευσης του αυτισμού και των σχετιζόμενων επικοινωνιακών ελλειμμάτων προωθεί την δομημένη διδασκαλία, καθώς τα παιδιά που εμπίπτουν στο

φάσμα του αυτισμού έχουν ανάγκη από ένα προβλέψιμο και οργανωμένο περιβάλλον. Η εκπαίδευση των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές σύμφωνα με το πρόγραμμα TEACCH χαρακτηρίζεται από τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά:

1. Την οργάνωση του περιβάλλοντος όπου θα πραγματοποιηθεί η διδασκαλία.
2. Την χρήση οπτικοποιημένου προγράμματος το οποίο κατατοπίζει τους μαθητές για το ποια δραστηριότητα θα πραγματοποιήσουν και σε ποια χρονική περίοδο.
3. Την παροχή συστημάτων εργασίας τα οποία πληροφορούν τα παιδιά για το τι είδους και πόσες δραστηριότητες θα πραγματοποιήσουν.
4. Την δόμηση ημερήσιων προγραμμάτων τα οποία πληροφορούν τα παιδιά για το περιεχόμενο δράσης της κάθε δραστηριότητας.

(Συριοπούλου, 2016).

Το TEACCH στηρίζεται στο γεγονός ότι τα παιδιά που εμπíπτουν στο φάσμα του αυτισμού παρουσιάζουν καλύτερη οπτική αντίληψη από ό,τι ακουστική και για τον λόγο αυτό προωθεί την οπτικοποιημένη διαδικασία μάθησης με σκοπό να βελτιώσει την αντίληψη, την οργάνωση και την ανεξαρτησία των παιδιών αυτών. Η διδασκαλία επιτυγχάνεται σε ένα αυστηρά δομημένο περιβάλλον που περιλαμβάνει την οργάνωση των επίπλων του χώρου, συγκεκριμένες περιοχές δράσης των μαθητών και προγράμματα που βασίζονται σε εικόνες και συστήματα εργασίας (Autism Speaks, χ.χ. c)

Η παρέμβαση λεκτικής συμπεριφοράς (Verbal Behavior Intervention) που πραγματοποιείται μέσω του προγράμματος TEACCH, συχνά χρησιμοποιείται ως συμπληρωματική του προγράμματος της εφαρμοσμένης ανάλυση συμπεριφοράς (Applied Behavior Analysis - ABA) καθώς βασίζονται και τα δύο σε θεωρίες που αναπτύχθηκαν από τον Skinner (Autism Speaks, χ.χ. c). Το TEACCH εφαρμόζει την συμπεριφορική – γνωστική θεραπεία και οι εκπαιδευτικές διαδικασίες στηρίζονται στην άποψη πως μία προβληματική συμπεριφορά ενός παιδιού με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, μπορεί να οφείλεται σε ελλείμματα αντίληψης και κατανόησης (Συριοπούλου, 2016).

Το πρόγραμμα TEACCH χαρακτηρίζεται από:

1. Δόμηση του περιβάλλοντος
2. Δόμηση του προγράμματος
3. Δόμησης μιας αλληλουχίας δραστηριοτήτων
4. Δόμησης της ατομικής εργασίας

5. Σταθερό πρόγραμμα, πρόσωπα και περιβάλλοντα
6. Περιορισμός οπτικών και ακουστικών ερεθισμάτων
7. Οπτικοποίηση του υλικού
8. Εναλλαγή δραστηριοτήτων
9. Διαθεματικότητα (το παιχνίδι αποτελεί το σημείο αναφοράς γύρω από το οποίο δομούνται ακαδημαϊκές δραστηριότητες)
10. Ομαδοποίηση των εννοιών για διευκόλυνση της μνήμης και της συγκράτησης εννοιών
11. Κίνητρα βασισμένα στα ενδιαφέροντα του παιδιού
12. Η επικοινωνία και η κοινωνικοποίηση αποτελούν μέρη του προγράμματος

(Συριοπούλου, 2016)

4.11.6 Πρόγραμμα Κοινωνικής Επικοινωνίας και Ρύθμισης των Συναισθημάτων (Social Communication and Emotional Regulation – SCERTS)

Το πρόγραμμα SCERTS έχει ως στόχο την βελτίωση των ατόμων που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού ως προς την κοινωνική επικοινωνία και την ρύθμιση των συναισθημάτων τους. Συγκεκριμένα, η βελτίωση της κοινωνικής επικοινωνίας περιλαμβάνει την ανάπτυξη αυθόρμητης και λειτουργικής επικοινωνίας καθώς και την σύναψη σχέσεων εμπιστοσύνης με άλλους ανθρώπους. Η συναισθηματική ρύθμιση, αποσκοπεί στην βελτίωση της ικανότητας των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές ως προς την ρύθμιση και την διατήρηση των συναισθημάτων τους ώστε να συμμετέχουν στις διαδικασίες μάθησης και κοινωνικής αλληλεπίδρασης αποτελεσματικά. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την θεραπεία ατόμων ενός μεγάλου εύρους ηλικιακών ομάδων και αναπτυξιακών ικανοτήτων. Το πρόγραμμα SCERTS προωθεί την συναλλακτική υποστήριξη που περιλαμβάνει την υποστήριξη των παιδιών που παρουσιάζουν την διαταραχή, τις οικογένειές τους και του ειδικούς θεραπευτές με στόχο την βελτίωση της μαθησιακής ικανότητας των ατόμων αυτών, την σύναψη σχέσεων με άλλους ανθρώπους και την αποτελεσματική συμμετοχή τους σε διαφορετικά περιβάλλοντα όπως το σπίτι και το σχολείο. Το μοντέλο SCERTS εστιάζει στην έναρξη αυθόρμητης επικοινωνίας από τα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές τόσο στις φυσικές όσο και στις δομημένες δραστηριότητες ώστε να ανταποκρίνονται σε ένα μεγάλο εύρος κοινωνικών σκοπών όπως το να χαιρετούν, να ζητούν κάτι που επιθυμούν για ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους, να εκφράζουν τα συναισθήματα τους και να έχουν την ικανότητα να διαφωνούν ή να διαμαρτύρονται. Πρόκειται για ένα συνεργατικό πρόγραμμα στο οποίο συμμετέχουν τόσο οι γονείς όσο και οι εκπαιδευτές με σκοπό να προσδιορίσουν

και να αναπτύξουν τις κατάλληλες για τα παιδιά στρατηγικές που θα τους επιτρέψει να συμμετέχουν σε σημαντικές καθημερινές δραστηριότητες. Συνεπώς το πρόγραμμα αυτό εστιάζει στην έναρξη της αυθόρμητης επικοινωνίας των ατόμων που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού σε διάφορες κοινωνικές δραστηριότητες. Η επίτευξη του προγράμματος αυτού στηρίζεται εκτενέστατα στην οπτική ενίσχυση με την χρήσης εικονικών συμβόλων και φωτογραφιών ώστε να βελτιώσει την κοινωνική επικοινωνία και την συναισθηματική ρύθμιση των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Prizant, Wetherby, Rubin Laurent & Rydell, 2006).

4.11.7 Λογοθεραπευτική Παρέμβαση

Τα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές συχνά παρουσιάζουν προβλήματα λόγου και ομιλίας, συνεπώς χρήζουν λογοθεραπευτικής παρέμβασης παράλληλα με την παρακολούθηση άλλων προγραμμάτων για την τροποποίηση των προβληματικών συμπεριφορών τους. Οι λογοθεραπευτές δουλεύουν ατομικά ή σε μικρές ομάδες ατόμων με στόχο της θεραπείας και την βελτίωση της ακουστικής αντίληψης, της κατανόησης των εξωλεκτικών στοιχείων της γλώσσας, την βελτίωση της διατήρησης της βλεμματικής επαφής και της κατανόησης των προσωδιακών χαρακτηριστικών της ομιλίας στα άτομα που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού (Συριοπούλου, 2016).

Τα προβλήματα επικοινωνίας στα παιδιά που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού ποικίλουν και εξαρτώνται από την νοητική και κοινωνική ανάπτυξη που παρουσιάζει κάθε ένα από αυτά. Ορισμένα παιδιά μπορεί να μην μιλάνε καθόλου ενώ άλλα μπορεί να παρουσιάζουν λόγο με ανεπτυγμένο λεξιλόγιο και να μιλούν με διάρκεια για θέματα που τους κεντρίζουν το ενδιαφέρον. Συνήθως τα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές έχουν ελάχιστα ή καθόλου προβλήματα στην εκφορά λέξεων όμως τα περισσότερα από αυτά χαρακτηρίζονται από ελλείματα στην αποτελεσματική και με νόημα χρήση του λόγου. Ακόμη και τα παιδιά που δεν εκδηλώνουν αρθρωτικά προβλήματα, παρουσιάζουν σημαντικές δυσκολίες στην πρακτική χρήση της γλώσσας καθώς δεν γνωρίζουν τι να πουν και τον τρόπο που θα το πουν, την περίσταση που πρέπει να μιλήσουν καθώς και το πώς πρέπει να αλληλεπιδράσουν κοινωνικά με άλλους ανθρώπους. Αν και δεν έχει βρεθεί κάποια συγκεκριμένη θεραπεία για την επιτυχή αντιμετώπιση των ελλειμμάτων λόγου και ομιλίας στα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, για να είναι αποτελεσματική οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση θα πρέπει να ξεκινάει από νωρίς κατά την προσχολική ηλικία και να είναι ατομικά σχεδιασμένη (Autism Speaks, χ.χ. d).

5. Ψυχοπαθολογία Ατόμων με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές

5.1 Εισαγωγή

Οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές που απαρτίζονται από την αυτιστική διαταραχή, το σύνδρομο Asperger και την διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς, αποτελούν χρόνιες νευροψυχιατρικές διαταραχές που χαρακτηρίζονται από ελλείμματα στην επικοινωνιακή και την κοινωνική αμοιβαιότητα καθώς και από επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και περιορισμένα ενδιαφέροντα (American Psychiatric Association, 2013a). Σύμφωνα με έρευνες, οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές διαγιγνώσκονται σε τουλάχιστον 1 στους 88 νέους στις ΗΠΑ, τα συμπτώματα των οποίων μπορεί να διαφέρουν ως προς την εμφάνιση και την σοβαρότητά τους (Ung et al., 2013).

Στα κύρια συμπτώματα των διαταραχών αυτιστικού φάσματος, συνυπάρχουν ψυχιατρικά προβλήματα τα οποία επικρατούν, δυσχεραίνουν και περιπλέκουν την διάγνωση και την θεραπεία του ατόμου (Mazzone, Ruta & Reale, 2012; Mazzone & Vitiello, 2016).

Οι διαταραχές άγχους και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή αποτελούν τις πλέον συνηθισμένες ψυχιατρικές διαταραχές στα άτομα που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού και πρόκειται για κρίσιμες διαταραχές καθώς έχουν τεράστια επίδραση στην ευημερία και στην ποιότητα ζωής σε αυτόν τον πληθυσμό (Kerns et al., 2015).

5.1.1 Επιδημιολογικά Στοιχεία Συννοσηρότητας Ψυχιατρικών Διαταραχών και Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών

Το 70% των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές παρουσιάζει συννοσηρότητα με τουλάχιστον μία από τις ψυχιατρικές διαταραχές και το 41% παρουσιάζει κριτήρια για δύο ή περισσότερες συνυφασμένες διαγνώσεις (Cervantes, Matson, Tureck, & Adams, 2013).

5.1.2 Αίτια εκδήλωσης Ψυχιατρικών Διαταραχών στα άτομα με Διάχυτες αναπτυξιακές Διαταραχές

Παρόλο που τα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές μπορεί να παρουσιάζουν φυσιολογικό δείκτη νοημοσύνης και κάποιες φορές υψηλότερο του μέσου όρου δείκτη νοημοσύνης, συχνά παρουσιάζουν δυσκολία στην κατανόηση των κοινωνικών καταστάσεων. Το έλλειμμα αυτό μπορεί να οδηγήσει σε συγκρούσεις των ατόμων που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού με τους συνομηλίκους τους καθώς παρερμηνεύουν τις πληροφορίες που δέχονται λόγω την μειωμένης ικανότητάς αποκωδικοποίησης αυτών.

Επιπλέον, τα άτομα αυτά γίνονται συχνά θύματα παραπλάνησης και εκμετάλλευσης καθώς αδυνατούν να ερμηνεύσουν τις κοινωνικές καταστάσεις. Συνεπώς, εξαιτίας της αδυναμίας τους να αλληλοεπιδράσουν με άλλα άτομα, απομονώνονται, απομακρύνονται κοινωνικά και παρουσιάζουν χαρακτηριστικά ματαίωσης και δυσπιστίας ως προς τους εταίρους τους. Τα χαρακτηριστικά αυτά μπορεί να αποτελέσουν την έναρξη της εκδήλωσης κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής όπως το άγχος, η κοινωνική φοβία, οι διαταραχές στο συναίσθημα και σε κάποιες περιπτώσεις οι ψυχώσεις (Hofvander et al. 2009; Hallerbäck, Hallerbäck, Lugnégård, & Gillberg, 2012).

5.1.3 Θεραπεία Ψυχιατρικών Διαταραχών στα άτομα με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές

Η ψυχαναλυτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση ψυχιατρικών διαταραχών σε ενήλικες με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές δε συνιστάται. Σε αυτούς τους ασθενείς προτείνεται η εφαρμογή της γνωστικής και συμπεριφορικής Θεραπείας (Gaus, 2011). Οι θεραπευτικές αυτές προσεγγίσεις μπορεί να συμβάλουν στην αντιμετώπιση των διαταραχών ψυχικής υγείας, να υποδείξουν θετικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και να ενισχύσουν τις διανοητικές ικανότητες. Η χρήση εικόνων ως εναλλακτικό τρόπο επικοινωνίας με στόχο την αναγνώριση και την εκμάθηση ορισμένων συναισθημάτων χρησιμοποιείται ευρέως ως θεραπευτική προσέγγιση των ατόμων αυτών. Οι δραστηριότητες αυτές συμβάλουν στην βελτίωση των ατόμων αυτών ως προς την κοινωνική τους αλληλεπίδραση με άλλα άτομα και την επικοινωνιακή τους ικανότητα διατήρησης και διευκόλυνσης μιας συνομιλίας. Καθώς οι δεξιότητες αυτές των ατόμων παρουσιάζουν βελτίωση, το άγχος που δημιουργείται από την προσπάθεια να συμμετέχουν ενεργά στον τυπικά αναπτυσσόμενο πληθυσμό μειώνεται σημαντικά (Grandin, 1996).

5.2 Η συσχέτιση των Συναισθημάτων με τις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές

Στην περιγραφή του αυτισμού από τον Kanner (1943) όπως αναφέρει ο Uljarevic και ο Hamilton, φαίνεται πως θεωρούσε την κατάσταση αυτή ως παράδειγμα ενδογενών αυτιστικών διαταραχών της συναισθηματικής επαφής. Περισσότερα από 60 χρόνια αργότερα, ο ρόλος των συναισθημάτων στον αυτισμό ακόμη είναι υπό συζήτηση και διερεύνηση. Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών στο ICD-10 και το DSM-IV, σημειώνονται ελλείμματα στην χρήση εκφράσεων προσώπου, στην στάση του σώματος και των χειρονομιών για τη ρύθμιση της

κοινωνικής αλληλεπίδρασης, ελλείμματα στην αμοιβαία έκφραση συναισθημάτων, μειωμένη ή ανεπαρκή ανταπόκριση στα συναισθήματα των άλλων ανθρώπων και ελλείμματα στην αυθόρμητη επιδίωξη της από κοινού απόλαυσης (Uljarevic & Hamilton, 2013).

Τα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές μπορεί να εκδηλώνουν περιορισμένες εκφράσεις προσώπου, να χρησιμοποιούν ελάχιστες χειρονομίες και να αποφεύγουν την βλεμματική επαφή, επίσης μπορεί να παρουσιάζουν ασυνήθιστη κινητική συμπεριφορά (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016). Επίσης, παρουσιάζουν μειωμένη επικοινωνιακή αμοιβαιότητα, χρησιμοποιούν στερεοτυπική ομιλία και εκφράζουν ελάχιστες κοινωνικές αντιδράσεις (Trammell, Wilczynski, Dale & Mcintosh, 2013).

Στα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά, η αναγνώριση των συναισθημάτων μέσω των εκφράσεων του προσώπου είναι μια πρωτοποριακή κοινωνική δεξιότητα. Τα παιδιά 4ων μηνών είναι ικανά να διακρίνουν εκφράσεις θυμού, φόβου, λύπης, χαράς και έκπληξης. Επίσης, μεταξύ 8 και 10 μηνών τα βρέφη αρχίζουν να χρησιμοποιούν συναισθηματικές εκφράσεις (Camras & Shutter, 2010).

Η αποτυχία αυτών των θεμελιωδών πρώιμων δεξιοτήτων αναγνώρισης συναισθημάτων θα έχει σοβαρές συνέπειες για την κοινωνική ανάπτυξη ενός παιδιού, αποτρέποντάς το από την αναγνώριση και την ανταπόκριση στα συναισθήματα των άλλων ατόμων. Συνεπώς, έχει σημειωθεί πως η αδυναμία αναγνώρισης συναισθημάτων αποτελεί βασικό έλλειμμα στα άτομα που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού (Hobson, 1986).

Τα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές συχνά δεν έχουν επίγνωση των συναισθημάτων τους ή/και της εσωτερικής διαδικασίας των σκέψεών τους. Αυτές οι προκλήσεις ίσως θα μπορούσαν να ληφθούν υπόψη σε συνδυασμό με την θεωρία του νου και να συσχετιστούν με τις ατομικές σκέψεις και τα συναισθήματα του ατόμου που εμπίπτει στο φάσμα του αυτισμού. Τα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές τείνουν να χρησιμοποιούν περισσότερο διχοτομημένη σκέψη όπως «πάντα» ή «ποτέ» για να περιγράψουν τις σκέψεις τους. Συνήθως τα άτομα αυτά παρουσιάζουν δυσκολία στο να εκφράσουν το πώς αισθάνονται αλλά μπορούν να δώσουν πληροφορίες σε μία συγκεκριμένη στιγμή ως απάντηση στο τι συμβαίνει τη δεδομένη στιγμή στο περιβάλλον. Αυτό μπορεί να οδηγήσει το άτομο στο να παρουσιάζει ένα ανέκφραστο προσωπίο καθώς αισθάνεται καλά την δεδομένη στιγμή αλλά δεν προβληματίζεται ούτε ενδιαφέρεται για άλλες προηγούμενες ή επερχόμενες καταστάσεις (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Σύμφωνα με έρευνες που πραγματοποιήθηκαν με στόχο την μελέτη της συσχέτισης ανάμεσα στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, στο άγχος και σε μία κατάσταση γνωστή ως αλεξιθυμία (κατάσταση που χαρακτηρίζει τα άτομα που έχουν δυσκολία στην κατανόηση και έκφραση συναισθημάτων), εντόπισαν πως το άγχος και η αλεξιθυμία είναι κοινές στα άτομα που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού καθώς δυσκολεύονται στην αναγνώριση και έκφραση των συναισθημάτων (Burner et al., 2014). Για τα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και άγχος, φαίνεται ότι οι φοβίες και τα αρνητικά συναισθήματα είναι επικρατή (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Ο καθορισμός της ικανότητας αναγνώρισης των συναισθημάτων στα άτομα που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού είναι απαραίτητος για την κατανόηση του αυτισμού και για την εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων στα άτομα που παρουσιάζουν την διαταραχή αυτή. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Ujarevic και την Hamilton, συγκεντρώνοντας δεδομένα από 48 ερευνητικά φυλλάδια από 980 συμμετέχοντες με αυτισμό, τα αποτελέσματα έδειξαν πως τα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές παρουσίαζαν ελλείμματα ως προς την ικανότητα αναγνώρισης των συναισθημάτων. Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, η ικανότητα αναγνώρισης των θετικών συναισθημάτων ήταν οριακά επηρεασμένη στα άτομα αυτά ενώ η ικανότητα αναγνώρισης των αρνητικών συναισθημάτων όπως ο φόβος ήταν περισσότερο επηρεασμένη σε σχέση με την αναγνώριση των θετικών συναισθημάτων (Ujarevic & Hamilton, 2013; Ashwin, Chapman, Colle & Baron-Cohen, 2006; Corden, Chilvers & Skuse, 2008; Humphreys, Minshew, Leonard & Behrmann, 2007; Pelphrey et al., 2002; Ujarevic & Hamilton, 2013). Ενώ, αντίθετα, σύμφωνα με άλλες μελέτες τα άτομα που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού δεν παρουσιάζουν σημαντικά ελλείμματα ως προς την αναγνώριση του φόβου και άλλων αρνητικών συναισθημάτων (Lacroix, Guidetti, Rogé & Reilly, 2009; Piggot et al., 2004) καθώς επίσης υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν πως επηρεάζεται όμοια η έκφραση και η αναγνώριση τόσο των θετικών όσο και των αρνητικών συναισθημάτων στα άτομα αυτά (Humphreys, Minshew, Leonard & Behrmann, 2007).

Δεν υπάρχει κάποια ολοκληρωμένη άποψη όσον αφορά την αναγνώριση συναισθημάτων στα άτομα που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού. Δεν είναι ξεκάθαρο εάν τα άτομα με αυτισμό αδυνατούν να αναγνωρίσουν την έκφραση βασικών συναισθημάτων. Επιπλέον, ακόμη κι αν μία τέτοια αδυναμία επικρατεί, δεν είναι πλήρως καθορισμένο εάν όλα τα συναισθήματα είναι το ίδιο επηρεασμένα ή εάν η αναγνώριση ορισμένων συναισθημάτων μπορεί να έχει επηρεαστεί σε μικρότερο βαθμό (Ujarevic, & Hamilton, 2013).

Ψυχιατρικές Διαταραχές στις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές

5.3 Αγχώδεις Διαταραχές

Στα κύρια ελλείμματα των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, συμπεριλαμβάνονται συναισθηματικά και συμπεριφορικά ελλείμματα όπως το άγχος. Σύμφωνα με την American Psychiatric Association (2013) όπως αναφέρει ο Kroncke, Willard και ο Huckabee, οι αγχώδεις διαταραχές χαρακτηρίζονται από υπερβολικό φόβο και άγχος καθώς και σχετικές διαταραχές της συμπεριφοράς (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016). Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν την πιο κοινή ψυχιατρική διάγνωση στα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά (Merikangas, Nakamura & Kessler, 2009). Ορισμένες ενδείξεις υποδηλώνουν ότι το άγχος παρατηρείται σε ακόμα υψηλότερα ποσοστά στα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Rosenberg, Kaufmann, Law W.E. & Law P.A., 2011; Simonoff et al., 2008) και μπορεί να προκαλέσει επιπλέον συναισθηματικά και συμπεριφορικά ελλείμματα (White, Oswald, Ollendick & Scahill, 2009). Τα παραπάνω είναι σημαντικά στοιχεία τα οποία επιβεβαιώνουν πως τα άτομα που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο για να εκδηλώσουν αγχώδεις διαταραχές, οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν πέρα των συμπτωμάτων του αυτισμού, μόνιμο άγχος, να οξύνουν τα συμπτώματα του αυτισμού και να αυξήσουν τα προβλήματα συμπεριφοράς. (Sukhodolsky et al., 2008; Simonoff et al., 2008). Οι έρευνες υποδεικνύουν ότι οι αγχώδεις διαταραχές είναι μία κοινή επικρατούσα κατηγορία ψυχιατρικών διαταραχών μεταξύ των ατόμων που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού. Επιπλέον, οι έρευνες αναφέρουν ότι τα άτομα που παρουσιάζουν αυτού του είδους την συννοσηρότητα προσπαθούν περισσότερο ώστε να παρουσιάσουν βελτίωση των παθολογικών συμπεριφορών τους σε σχέση με τα άτομα που εμπίπτουν μόνο στο φάσμα του αυτισμού (Trammell, Wilczynski, Dale, & McIntosh, 2013).

5.3.1 Είδη Διαταραχών Άγχους

Η American Psychiatric Association (2013), όπως αναφέρει ο Kroncke και οι συνεργάτες του, αναφέρει τα εξής:

- Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή συχνά συνυπάρχει με τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές.
- Το κοινωνικό άγχος περιλαμβάνει το άγχος που σχετίζεται με κοινωνικές καταστάσεις και δεν συνυπάρχει με τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές.

- Το άγχος του αποχωρισμού είναι μία έντονη ανησυχία που αφορά τον αποχωρισμό από κάποιο είδος προσκόλλησης. Το άγχος αποχωρισμού μπορεί να συνυπάρξει με τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές δεδομένου ότι η ανησυχία δεν σχετίζεται με κάποια προσκόλληση στη ρουτίνα και σχετίζεται με τον αποχωρισμό από τον φροντιστή τους.
- Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η οποία δεν εντάσσεται στις αγχώδεις διαταραχές, αλλά παρουσιάζει συμπτώματα άγχους, χαρακτηρίζεται από εμμονές, καταναγκασμούς ή και τα δύο. Οι αθέμητες σκέψεις ή οι εικόνες, προκαλούν άγχος που ακολουθείται από επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και εμμονές. Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή μπορεί να εκδηλωθεί στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές.

(Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

5.3.2 Συμπτώματα Άγχους στις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές

Το άγχος σε άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές έχει συνδεθεί με σημαντικές δυσκολίες σε πολλούς τομείς συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής αμοιβαιότητας, τα προβλήματα συμπεριφοράς, τις διαταραχές του ύπνου, τις οικογενειακές συγκρούσεις, τις στερεοτυπικές και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και τα συμπτώματα του φάσματος του αυτισμού (Sukhodolsky et al., 2008; Simonoff et al., 2008; Kelly, Garnett, Attwood, & Peterson, 2008).

Τα υψηλότερα επίπεδα άγχους σχετίζονται με την εμφάνιση κατάθλιψης, καταστροφικών συμπεριφορών, επιθετικότητας και αυτοτραυματισμού (Kerns et al., 2015). Πολλά παιδιά που πάσχουν από αυτισμό αντιμετωπίζουν και άλλα προβλήματα συμπεριφοράς και ψυχικής υγείας που μπορεί ή όχι να σχετίζονται με το άγχος, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης, των συμπεριφορικών διαταραχών, των διαταραχών πρόσληψης της τροφής και των διαταραχών του ύπνου (Mazzone, Ruta & Reale, 2012; Mazzone & Vitiello, 2016).

Κλινικά το άγχος είναι κοινό στο φάσμα του αυτισμού και εντείνει την σοβαρότητα των συμπτωμάτων των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, τόσο σε επίπεδο οικογενειακής, σχολικής και κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου. Η διάκριση των συμπτωμάτων άγχους έναντι των χαρακτηριστικών του αυτισμού είναι απαραίτητη για την κατάλληλη θεραπεία της αντίστοιχης διάστασης των συμπτωμάτων (Ung et al., 2013).

Οι ποικίλες εκδηλώσεις άγχους που έχουν συσχετιστεί με τον αυτισμό παρουσιάζουν μεγάλη ετερογένεια, που περιλαμβάνει τόσο κλασικές όσο και ασυνήθιστες εκδηλώσεις,

όπως η φοβία στην αλλαγή ή την καινοτομία, οι ανησυχίες γύρω από τα οριοθετημένα ή συγκεκριμένα ενδιαφέροντα και οι ασυνήθιστες φοβίες (Magiati, Ozsivadjian & Kerns, 2017).

Το μεγάλο εύρος τέτοιων εκδηλώσεων καθώς και η αλληλοεπικάλυψη αρκετών συμπτωμάτων άγχους και αυτισμού θέτει σημαντικές προκλήσεις για τη διαπίστωση και την ταξινόμηση των συμπτωμάτων άγχους στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Για παράδειγμα, η εκδήλωση άγχους όπως η κοινωνική απομόνωση και οι τελετουργικές συμπεριφορές μπορεί να είναι επιφανειακά παρόμοιες με τα βασικά κοινωνικά ελλείμματα της αυτιστικής διαταραχής καθιστώντας δύσκολη τη διαφοροποίηση αυτών των συνθηκών. Στοιχεία τα οποία είναι όμοια αν και δεν είναι παθογόνα στην αυτιστική διαταραχή, μπορεί επίσης να επηρεάσουν την έκφραση των συμπτωμάτων άγχους. Για παράδειγμα, τα άτομα με αυτισμό με περιορισμένες λεκτικές δεξιότητες και με συνυπάρχουσα νοητική υστέρηση ενδέχεται να μην μπορούν να εκφράσουν τις εσωτερικές τους καταστάσεις (π.χ. ανησυχία) και να εκδηλώσουν άγχος μέσω ακατάλληλων συμπεριφορών (π.χ. αποφυγή, διαταραχή συμπεριφοράς, αντιδράσεις) (Berthoz & Hill, 2005; Hill, Berthoz & Frith, 2004).

Περίπου το 50% των νέων που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού, βιώνουν κλινικά σημαντικό άγχος που παρεμποδίζει τη λειτουργικότητα του ατόμου, πέρα από την επίδραση της βασικής συμπτωματολογίας του φάσματος του αυτισμού. Εκτός από την πιθανότητα συννοσηρότητας του αυτισμού και των διαταραχών άγχους, αυτός ο πληθυσμός είναι ιδιαίτερα επιρρεπής στην εμφάνιση κλινικών συμπτωμάτων άγχους δεδομένου ότι οι νέοι με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές έχουν αυξημένη αισθητηριακή ευαισθησία, δυσκολία στην κατανόηση των κοινωνικών δεξιοτήτων και στη ρύθμιση των συναισθημάτων καθώς και ελλείμματα επικοινωνίας (Ung et al., 2013).

5.3.3 Ετερογένεια Συμπτωμάτων των Διαταραχών Άγχους στις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές

Το εύρος της επικράτησης των διαταραχών άγχους στον αυτισμό επηρεάζεται από την ετερογένεια της κλινικής εικόνας των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές καθώς και από τις διανοητικές και λεκτικές ικανότητες. Για παράδειγμα, μερικές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι η εκδήλωση άγχους στον αυτισμό επηρεάζεται από το επίπεδο νοημοσύνης των ατόμων, ενώ σύμφωνα με άλλες μελέτες μόνο ορισμένες διαταραχές άγχους (π.χ. γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, άγχος αποχωρισμού και διαταραχή πανικού)

συνδέονται με τα υψηλά επίπεδα νοημοσύνης σε άτομα με αυτισμό (Sukhodolsky et al., 2008).

Το άγχος στους νέους με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές παρουσιάζει ετερογένεια καθώς η εκδήλωσή του διαφοροποιείται ως προς την φύση, την σοβαρότητα και τα συνοδά ελλείμματα του ατόμου (Ung et al., 2013).

Σύμφωνα με τους Van Steensel, Bögels και Perrin (2011)όπως αναφέρουν οι Kroncke, Willard και Huckabee, μερικά στοιχεία υποδηλώνουν ότι η εμφάνιση, η συχνότητα και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων άγχους στα άτομα με αυτισμό, μπορεί να διαφέρουν σε συνάρτηση με την ηλικία και το είδος της διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής. Για παράδειγμα, τα μεγαλύτερα ηλικιακά άτομα με αυτισμό έναντι των νεότερων ατόμων με την ίδια διαταραχή, είναι περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν συμπτώματα διαταραχών άγχους και να διαγνωστούν με αγχώδεις διαταραχές (Kroncke, Willard, Huckabee, 2016).

Οι νέοι με σύνδρομο Asperger και διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς, οι οποίοι χαρακτηρίζονται ως άτομα υψηλής λειτουργικότητας και με λιγότερα γνωστικά ελλείμματα, ενδεχομένως να βιώνουν μεγαλύτερο άγχος από αυτούς με αυτισμό (Thede & Coolidge, 2007). Αυτό συμβαίνει επειδή τα άτομα αυτά ενδέχεται να έχουν περισσότερο ενδιαφέρον για κοινωνική αλληλεπίδραση με άλλα άτομα, αλλά παρουσιάζουν δυσκολία σε αυτήν, με αποτέλεσμα να εμφανίζουν κοινωνικό άγχος (White, Oswald, Ollendick & Scahill, 2009; Hintze, Delespaul, van Os & Myin-Germeys, 2010).

5.3.4 Αιτιολογία Εκδήλωσης Άγχους στις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές

Τα άτομα που παρέλειψαν τη διαδικασία αξιολόγησης της συννοσηρότητας μεταξύ των ψυχιατρικών και των διάχυτων αναπτυξιακών, μέχρι πριν το δημοτικό ή το γυμνάσιο και κάποιες φορές μέχρι το λύκειο, παρουσίασαν σοβαρά συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης που σχετιζόνταν με την συνειδητοποίηση πως διέφεραν από τους συνομηλίκους τους και πως παρουσίαζαν δυσκολία ως προς την ανάπτυξη ουσιαστικών σχέσεων. Η ανησυχία σχετικά με την διεκπεραίωση των σχολικών καθηκόντων, των κοινωνικών καταστάσεων και την απόρριψη από τους συνομηλίκους τους, είναι συνηθισμένη μεταξύ των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Σε αυτές τις περιπτώσεις, το άγχος μπορεί να αναφέρεται ή και όχι από το άτομο, όμως είναι εμφανές στην προσπάθεια του ατόμου να παρουσιάσει τον εαυτό του, στη διήγηση των ιστοριών του και στα ερωτηματολόγια των δασκάλων και των φροντιστών του. Είναι σημαντικό να καθοριστεί το πότε εκδηλώνεται

το άγχος επειδή η θεραπεία των συμπτωμάτων αυτών μπορεί να διαφοροποιείται ανάλογα με την κλινική εικόνα του ατόμου. Η ψυχοθεραπεία σε συνδυασμό με την εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων και κάποιες φορές η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να είναι αποτελεσματική για την επιτυχία του ατόμου κοινωνικά, ακαδημαϊκά και επαγγελματικά (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Η περιορισμένη πραγματολογική χρήση του λόγου και τα ελλείμματα της λεκτικής και μη λεκτικής κοινωνικής αμοιβαιότητας καθώς και η δυσκολία στην κατανόηση της μεταφορικής χρήσης του λόγου, την οποία αντιλαμβάνονται ως κυριολεξία, μπορεί να συμβάλει στην εμφάνιση άγχους. Για παράδειγμα, τα άτομα αυτά μπορεί να μην είναι σε θέση να ερμηνεύσουν σωστά τις συνομιλίες που απευθύνονται σε αυτούς, γεγονός που προκαλεί σύγχυση ή/και διαπροσωπικά προβλήματα και οδηγεί σε αυξημένα συμπτώματα άγχους (White, Oswald, Ollendick & Scahill, 2009; Hintze, Delespaul, van Os & Myin-Germeys, 2010).

Πολλοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης, της ηλικίας, της σοβαρότητας των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, των ειδικών κοινωνικών ελλειμμάτων και της προσαρμοστικής λειτουργικότητας, έχουν διερευνηθεί για να καθορίσουν τον ρόλο που διαδραματίζουν στην ανάπτυξη των συμπτωμάτων άγχους σε παιδιά που έχουν διαγνωστεί με αυτισμό (Dubin, Lieberman-Betz & Michele Lease, 2015).

Παρακάτω αναφέρονται τα ευρήματα της έρευνας των Dublin, Lieberman – Betz και Michele Lease (2015), οι οποίοι μελέτησαν τους παράγοντες που σχετίζονται με την εκδήλωση άγχους σε 2662 νέους με μέσο όρο ηλικίας 8.82 ετών, με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Dubin, Lieberman-Betz & Michele Lease, 2015).

1. Γνωστική Λειτουργικότητα

Η πλειοψηφία των ερευνών του άγχους σε άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές έχει διεξαχθεί σε πληθυσμό ατόμων υψηλής λειτουργικότητας. Σύμφωνα με έρευνες οι οποίες προτείνουν πως η εκδήλωση άγχους στα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές μπορεί να σχετίζεται με την επίγνωση των ατόμων αυτών σχετικά με τις κοινωνικές τους δυσκολίες, έχουν υποδείξει μία άμεση συσχέτιση μεταξύ της γνωστικής λειτουργικότητας και του άγχους (Bellini, 2004). Συγκεκριμένα, σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 1202 νέους με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης με την χρήση ερωτηματολογίου που αφορά στην διάγνωση συμπεριφορικών και συναισθηματικών ελλειμμάτων, βρέθηκε άμεση

συσχέτιση μεταξύ γνωστικής λειτουργικότητας και συμπτωμάτων άγχους (Mazurek & Kanne, 2010). Επιπλέον παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε πληθυσμό ποικίλων ηλικιακών ομάδων (Mayes, Calhoun, Murray & Zahid, 2011; Niditch, Varela, Kamps & Hill, 2012; Sukhodolsky et al. 2008). Αντίθετα, σύμφωνα με άλλες έρευνες δεν βρέθηκε κάποια συσχέτιση (Eussen et al. 2015; Simonoff et al, 2008; Strang et al., 2012). Παρά το γεγονός ότι κάποια ευρήματα, που υποδεικνύουν μία συσχέτιση ανάμεσα στην νοημοσύνη και το άγχος στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, είχαν συνεισφέρει στην συμπερίληψη των ατόμων με γνωστικά ελλείμματα (Strang et al. 2012), ο Simonoff και οι συνεργάτες του (2008) όπως αναφέρουν οι Dubin, Lieberman-Betz και Michele Lease, δεν βρήκαν κάποια συσχέτιση μεταξύ της γνωστικής λειτουργικότητας και της διάγνωσης διαταραχών άγχους παρά την ένταξη ατόμων με γνωστικά ελλείμματα στην έρευνα. Συνεπώς, τα διαφορετικά ευρήματα μεταξύ των μελετών μπορεί να οφείλονται στα χαρακτηριστικά του δείγματος όπως για παράδειγμα, το επίπεδο νοημοσύνης και το μέγεθος του δείγματος των ατόμων με γνωστικά ελλείμματα (Dubin, Lieberman-Betz & Michele Lease, 2015).

2. Χρονολογική Ηλικία

Σύμφωνα με τους Van Steensel, Bögels και τον Perrin, (2011) όπως αναφέρουν οι Kroncke, Willard και Huckabee, η χρονολογική ηλικία επίσης αποτελεί παράγοντα στην ανάπτυξη άγχους στα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016). Οι έρευνες που διεξήχθησαν με μεγαλύτερους συμμετέχοντες αναφέρουν μεγαλύτερα ποσοστά άγχους η οποία είναι σύμφωνη με την έρευνα που επικαλείται την αύξηση του άγχους με την ηλικία των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Mayes, Calhoun, Murray & Zahid, 2011; Weisbrot, Gadow, DeVincent & Pomeroy, 2005; Vasa et al., 2014). Αντίθετα, άλλες πρόσφατες μελέτες δεν ανέφεραν κάποια συσχέτιση μεταξύ της χρονολογικής ηλικίας και του άγχους στα άτομα με αυτισμό (Mazurek & Kanne, 2010; Strang et al., 2012; Sukhodolsky et al., 2008), ίσως εξαιτίας του αποκλεισμού πολύ μικρών παιδιών, για τα οποία εκτιμώνται τα χαμηλότερα ποσοστά άγχους (Vasa et al. 2013).

3. Βαθμός Σοβαρότητας του Αυτισμού

Ο βαθμός σοβαρότητας του αυτισμού είναι ένας επιπλέον παράγοντας που συνδέεται με την εκδήλωση άγχους, παρόλα αυτά, η σχέση αυτή φαίνεται να ποικίλει ως

συνάρτηση του πως υπολογίζεται και ορίζεται η σοβαρότητα. Περισσότερα ευρήματα από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση παρατηρητικών μέσων για την εκτίμηση της σοβαρότητας του αυτισμού πρότειναν μία αντίστροφη συσχέτιση ανάμεσα στην σοβαρότητα του αυτισμού και την εκδήλωση άγχους (Eussen et al. 2015; Gadow, Devincent, Pomeroy & Azizian, 2005; Mazurek & Kanne, 2010; Snow & Lecavalier, 2011).

Αντίθετα, ο Simonoff και οι συνεργάτες του (2008) όπως αναφέρουν οι Dubin, Lieberman-Betz και Michele Lease δεν εντόπισαν κάποια σχέση ανάμεσα στο άγχος και τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Dubin, Lieberman-Betz & Michele Lease, 2015). Διακριτές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν με την χρήση παρατηρητικών μέσων ως δείκτες της σοβαρότητας του αυτισμού, ανέφεραν θετική συσχέτιση ανάμεσα στον αυτισμό και το άγχος. Καθώς η σοβαρότητα του αυτισμού εκτιμήθηκε μέσω κλιμάκων που απαντήθηκαν από τους γονείς των ατόμων, βρέθηκε πως η μεγαλύτερη σοβαρότητα των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα διαταραχών άγχους (Kelly, Garnett, Attwood & Peterson, 2008) και είναι πιθανότερο τα άτομα αυτά να διαγνωστούν με κάποια αγχώδη διαταραχή (Rosenberg, Kaufmann, Low W.E. & Low P.A., 2011). Αντίθετα, κάποια ευρήματα που πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση διαφορετικών μεθόδων εκτίμησης του άγχους και της σοβαρότητας των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, προτείνουν εναλλακτικές πιθανές εξηγήσεις των διακριτών διαπιστώσεων (Rosenberg, Kaufmann, Low W.E. & Low P.A., 2011).

4. Κοινωνικά Ελλείμματα

Τα αποτελέσματα ερευνών που μελετούν την σχέση ανάμεσα στα κοινωνικά ελλείμματα με το άγχος είναι επίσης περίπλοκα. Ενώ μία μελέτη ανέφερε πως δεν υπάρχει κάποια συσχέτιση ανάμεσα στα κοινωνικά ελλείμματα και το άγχος σε άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Strang et al., 2012), πολλές μελέτες παρουσίασαν μία αντίστροφη συσχέτιση (Bellini 2004; Chang, Quan & Wood, 2012; Sukhodolsky et al. 2008). Τα υψηλότερα επίπεδα άγχους μπορεί να σχετίζονται με χαμηλότερη ποιότητα κοινωνικών σχέσεων (Eussen et al., 2015). Αντίθετα, έχουν καταδειχθεί θετικές συσχετίσεις μεταξύ της κοινωνικής κατανόησης και του άγχους (Niditch, Varela, Kamps & Hill, 2012). Ίσως, η καλύτερη κοινωνική κατανόηση σε συνδυασμό με την ελλειμματική κοινωνική λειτουργικότητα, επιτρέπει την καλύτερη επίγνωση άλλων κοινωνικών ελλειμμάτων και συνεπώς αυξάνει την εκδήλωση άγχους

στα άτομα αυτά. Σύμφωνα με έρευνες, σημαντική συσχέτιση αυτών βρέθηκε στην περίπτωση που το ίδιο άτομο διαγιγνώστηκε τόσο με κοινωνικά ελλείμματα όσο και με άγχος, υποδηλώνοντας ότι τα αποτελέσματα μπορεί να οφείλονται στη διακύμανση της κοινής μεθόδου, σε αντίθεση με τις πραγματικές σχέσεις μεταξύ των κοινωνικών ελλειμμάτων και του άγχους (Dubin, Lieberman-Betz & Michele Lease, 2015).

5. Προσαρμοστική Λειτουργικότητα

Η προσαρμοστική λειτουργικότητα αναφέρεται στην ικανότητα εκτέλεσης ποικίλων συμπεριφορών, συμπεριλαμβανομένης της λειτουργικής επικοινωνίας, της κοινωνικοποίησης, των καθημερινών δραστηριοτήτων και των κινητικών δεξιοτήτων. Ενώ τα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές παρουσιάζουν ελλείμματα σε όλες τις περιοχές της προσαρμοστικής λειτουργικότητας (Tomanik, Pearson, Loveland, Lane & Shaw, 2007), ανταποκρίνονται καλύτερα στις ακαδημαϊκές και επικοινωνιακές δεξιότητες, με σχετική αδυναμία στις καθημερινές δεξιότητες και την προσαρμοστική κοινωνική συμπεριφορά (Lopata et al., 2012).

Ο περιορισμένος αριθμός μελετών που αφορούν τη συσχέτιση μεταξύ της προσαρμοστικής λειτουργικότητας και του άγχους που σχετίζονται με άλλους παράγοντες, μπορεί να οφείλονται στην υπόθεση ότι τα ελλείμματα κοινωνικής επικοινωνίας που είναι έμφυτα στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είναι συνώνυμα με τις χαμηλότερες δεξιότητες προσαρμοστικής, κοινωνικής και επικοινωνιακής συμπεριφοράς. Παρόλα αυτά, οι ελλειμματικές προσαρμοστικές δεξιότητες δεν είναι απολύτως ισοδύναμες με τα βασικά ελλείμματα των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών (Klin et al., 2007; Lopata et al., 2012).

Σε προηγούμενες έρευνες που μελετήθηκε η συσχέτιση μεταξύ της προσαρμοστικής συμπεριφοράς και του άγχους στον αυτισμό, παρουσίασαν ασυνεπή αποτελέσματα. Χρησιμοποιώντας την δεύτερη έκδοση μίας κλίμακα αξιολόγησης η οποία εκτιμά τις προσωπικές και κοινωνικές δεξιότητες του ατόμου από την γέννηση έως και την ενηλικίωση (Vineland Adaptive Behavior Scale-Second Edition), (VABS; Sparrow et al. 2005), ο Sukhodolsky και οι συνεργάτες του (2008), όπως αναφέρει ο Klin και οι συνεργάτες του βρήκαν θετική συσχέτιση ανάμεσα στην προσαρμοστική συμπεριφορά και το άγχος σε ένα δείγμα ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα γνωστικής λειτουργικότητας. Παρόλα αυτά έπειτα από διαχωρισμό

του δείγματος αυτού σε άτομα υψηλής και χαμηλής λειτουργικότητας, η συσχέτιση αυτή παρέμενε σημαντική μόνο στο δείγμα ατόμων χαμηλής λειτουργικότητας. Τα ευρήματα που αποκτήθηκαν από το δείγμα ατόμων χαμηλής λειτουργικότητας, ίσως αντανακλούν την σχέση ανάμεσα στην γνωστική λειτουργικότητα και το άγχος, η οποία θα ήταν συνεπής με τα ευρήματα τα οποία υποστηρίζουν την μείωση της συσχέτισης αυτής, καθώς η γνωστική λειτουργικότητα βελτιώνεται (Klin et al., 2007).

Αντίθετα, ο Simonoff και οι συνεργάτες του (2008) όπως αναφέρουν οι Dubin, Lieberman-Betz και Michele Lease, δεν βρήκαν κάποια συσχέτιση μεταξύ της προσαρμοστικής συμπεριφοράς και του άγχους στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Μελετώντας ένα ευρύ φάσμα ατόμων σχετικά με την γνωστική λειτουργικότητα, χωρίς τον διαχωρισμό αυτών σε άτομα υψηλής και χαμηλής λειτουργικότητας, ενδεχομένως τα αποτελέσματα να παραποιούνταν και να μην ήταν έγκυρα. Οι έρευνες δεν έχουν καθορίσει με ακρίβεια τον τρόπο με τον οποίο οι παράγοντες που σχετίζονται με το άγχος μπορεί να διαφέρουν βασιζόμενοι στην γνωστική λειτουργικότητα των ατόμων (Dubin, Lieberman-Betz & Michele Lease, 2015).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η έρευνα υποδεικνύει ότι οι νέοι με δείκτη νοημοσύνης μεγαλύτερο των 70 μονάδων και περισσότερα κοινωνικά προβλήματα, σύμφωνα με αναφορές γονέων είναι περισσότερο πιθανό να παρουσιάσουν άγχος (Sukhodolsky et al., 2008; Mazurek & Kanne 2010). Η αυξανόμενη ηλικία επίσης σχετίζεται με τα αυξημένα συμπτώματα άγχους. Η προσαρμοστική κοινωνική συμπεριφορά και η σοβαρότητα του αυτισμού δεν σχετίζονται με την εμφάνιση σημαντικού άγχους στην παρούσα μελέτη η οποία είναι σύμφωνη με προηγούμενες μελέτες που διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της προσαρμοστικής συμπεριφοράς και της σοβαρότητας των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών με τις αγχώδεις διαταραχές (Simonoff et al., 2008). Σύμφωνα με τον Sukhodolsky και τους συνεργάτες του, μια άλλη έρευνα η οποία μελέτησε την σχέση μεταξύ της προσαρμοστικής κοινωνικής συμπεριφοράς και την πιθανότητα εκδήλωσης σοβαρών συμπτωμάτων άγχους, αναφέρει πως η προσαρμοστική κοινωνική συμπεριφορά διαφοροποιείται ανάλογα με την γνωστική λειτουργικότητα του ατόμου (δηλαδή η προσαρμοστική κοινωνική συμπεριφορά επηρεάζεται από το αν ο δείκτης νοημοσύνης είναι μεγαλύτερος ή μικρότερος των 70 μονάδων). Τα ευρήματα της έρευνας αυτής έρχονται σε συμφωνία με τα ευρήματα της προηγούμενης έρευνας (Sukhodolsky et al.,

2008). Ενώ, η σχέση μεταξύ της προσαρμοστικής κοινωνικής συμπεριφοράς και του άγχους παραμένει ασήμαντη σε άτομα με κανονικά ή υψηλότερα επίπεδα νοημοσύνης, φαίνεται να υπάρχει ελάχιστη θετική συσχέτιση ανάμεσα στην προσαρμοστική κοινωνική συμπεριφορά των ατόμων με χαμηλό δείκτη νοημοσύνης που κατατάσσονται στην ομάδα σοβαρών συμπτωμάτων άγχους. Μία σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις κοινωνικές δεξιότητες και το άγχος ίσως συμβαίνει σε άτομα με μεγαλύτερο δείκτη νοημοσύνης επειδή η γνωστική τους λειτουργικότητα και η προσαρμοστική τους συμπεριφορά συσχετίζεται περισσότερο σε άτομα με χαμηλότερο δείκτη νοημοσύνης από ότι σε αυτά με υψηλότερο δείκτη νοημοσύνης (Klin et al., 2007).

Τα παραπάνω ίσως συμβαίνουν επειδή τα γνωστικά ελλείμματα και τα ελλείμματα στην προσαρμοστική κοινωνική συμπεριφορά εμποδίζουν το άτομο από την αντιμετώπιση καταστάσεων οι οποίες μπορεί να εκμιαεύουν άγχος ή να δυσχεραίνουν την επικοινωνία λόγω του άγχους. Συνεπώς οι αναλύσεις υποδεικνύουν ως κύριους παράγοντες ένταξης των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές στην ομάδα σοβαρών συμπτωμάτων άγχους την ηλικία, τα κοινωνικά προβλήματα και τη γνωστική λειτουργικότητα του ατόμου (Dubin, Lieberman-Betz & Michele Lease, 2015).

5.3.5 Αξιολόγηση των Διαταραχών Άγχους στις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές

Τα διαγνωστικά μέσα που χρησιμοποιούνται στην ψυχοπαθολογία συνήθως δεν συμπεριλαμβάνουν τα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Η έλλειψη εργαλείων για την αξιολόγηση της διάθεσης και του άγχους στα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές αποτελεί μία πρόκληση για τους κλινικούς (Trammell, Wilczynski, Dale & McIntosh, 2013).

Η αξιολόγηση των διαταραχών άγχους και των στερεοτυπικών συμπεριφορών στον αυτισμό μπορεί να περιπλέκεται από τα χαρακτηριστικά των κοινωνικών ελλειμμάτων που χαρακτηρίζουν τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, όπως οι δυσκολίες στην επικοινωνία, στην ικανότητα αναγνώρισης συναισθημάτων ή η συνύπαρξη με τη νοητική υστέρηση (Hallett et al., 2013; Lecavalier et al., 2014; Kerns et al., 2015).

Ο καθορισμός των διαταραχών άγχους στον αυτισμό είναι δύσκολος, εξαιτίας την μοναδικότητας της κάθε διαταραχής στο φάσμα του αυτισμού. Ένας από τους λόγους που είναι δύσκολη η διάγνωση των διαταραχών άγχους σε άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, είναι η διαγνωστική επισκίαση η οποία συμβαίνει όταν ο αυτισμός ενός παιδιού θεωρείται λανθασμένα ότι συμπεριλαμβάνει τα συμπτώματα του άγχους. Ένας

άλλος λόγος είναι η ψυχολογική επισκίαση η οποία συμβαίνει όταν ένα παιδί με αυτισμό δεν είναι ικανό να αναγνωρίσει και να εκφράσει τα συμπτώματα άγχους που βιώνει. Επίσης, μπορεί να υπάρχει διαγνωστική αλληλοεπικάλυψη, καθώς υπάρχουν αρκετά κοινά συμπτώματα μεταξύ του αυτισμού και των διαταραχών άγχους. Υπάρχουν επίσης προβλήματα συμπεριφοράς στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές που μπορεί να συγκαλύπτουν τα προβλήματα άγχους. Τέλος τα συμπτώματα μπορεί να εμφανίζονται με διαφορετικό τρόπο στα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και νοητική καθυστέρηση (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

5.3.6 Θεραπευτικές Προσεγγίσεις

Σύμφωνα με έρευνες, θεωρείται πως η γνωστική και συμπεριφορική θεραπεία, πρόκειται για μία αποτελεσματική προσέγγιση για τη θεραπεία ατόμων με διαταραχές άγχους και διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Vasa et al., 2014; Sukhodolsky, Bloch, Panza & Reichow, 2013)

Εμπειρικά υποστηριζόμενα προγράμματα, τα οποία έχουν προσαρμοστεί για τα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές και αγχώδεις διαταραχές, στοχεύουν στην ενίσχυση της συμμετοχής του παιδιού σε δραστηριότητες, στη βελτίωση της κατανόησης, στην διατήρηση και στην γενίκευση των γνωστικών και συμπεριφορικών δεξιοτήτων ενισχύοντας την συμμετοχή των γονιών, χρησιμοποιώντας διαδραστικές, οπτικές ή πολυτροπικές διδακτικές στρατηγικές και ενσωματώνοντας συγκεκριμένα ενδιαφέροντα του ατόμου στις συνεδρίες (Moree & Davis, 2010).

Επιπλέον, μεμονωμένες μελέτες υποστηρίζουν την συμπεριφορική προσέγγιση για την αποφυγή φοβικών διαταραχών σε άτομα με αυτισμό και νοητική υστέρηση (Rosen, Connell & Kerns, 2016).

Πρόσφατη έρευνα έχει προτείνει αρκετές νέες συμπεριφορικές θεραπείες για την συνυφασμένη αυτιστική διαταραχή και αγχώδη διαταραχή που εκτείνονται πέρα από τα προγράμματα των γνωστικών και συμπεριφορικών προσεγγίσεων. Για παράδειγμα, η εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων, η οποία δεν στοχεύει ρητά στα συμπτώματα άγχους, έχει αποδειχθεί ότι μειώνει σημαντικά το κοινωνικό άγχος σε εφήβους με αυτισμό (Schohl et al., 2014; Hill et al., 2017).

Ομοίως, οι θεραπείες που στοχεύουν στη βελτίωση της εκτελεστικής λειτουργικότητας (π.χ. ευελιξία και ρύθμιση των συναισθημάτων) για παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του

αυτισμού έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνουν τα συμπτώματα του άγχους (Kenworthy, et al., 2014; Wallace et al., 2016). Οι θεραπείες που στοχεύουν στην ενίσχυση της νοητικής ικανότητας επίσης υπόσχονται την μείωση του άγχους σε αυτό τον πληθυσμό (Spek, Van Ham & Nyklíček, 2013).

Μέχρι σήμερα, οι πιθανές θεραπείες για το άγχος που παρουσιάζεται ως συνοδό χαρακτηριστικό στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είναι περιορισμένες αν και παρουσιάζουν βελτίωση. Επιπλέον, τα αντικαταθλιπτικά ως φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση διαταραχών άγχους χρησιμοποιούνται ευρέως σε νέους που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού (Nadeau et al., 2011).

Η γνωστική και συμπεριφορική θεραπεία παρουσιάζει πολλά υποσχόμενα θετικά αποτελέσματα, τα οποία είναι ασφαλή και αποδεκτά από τις οικογένειες των ατόμων αυτών (Wood et al., 2009; Storch et al., 2013),

Μέχρι στιγμής, είναι ασαφές για ποιους οι προσεγγίσεις παρέμβασης λειτουργούν αποτελεσματικότερα. Κατά συνέπεια, η εξατομικευμένη θεραπεία που βασίζεται στην ετερογένεια των κλινικών χαρακτηριστικών των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (π.χ. την σοβαρότητα του αυτισμού, τον βαθμό σοβαρότητας της αγχώδης διαταραχής, το επίπεδο των ελλειμμάτων, το επίπεδο γνώσης και το κίνητρο) μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της θεραπείας (Scarpa & Reyes, 2011; Hintzen, Delespaul, van Os & Myin-Germeys, 2010).

5.3.7 Συννοσηρότητα Διαταραχών Άγχους και Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών

Μπορεί να είναι δύσκολο να πραγματοποιηθεί η διάγνωση της συννοσηρότητας των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών και του άγχους λόγω των περιορισμένων εσωτερικών συναισθημάτων στα άτομα που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού. Τα συμπτώματα του άγχους είναι κοινά στο φάσμα του αυτισμού, αλλά η αγχώδης διαταραχή μπορεί να διαγνωστεί μόνο στη περίπτωση που το άγχος δυσχεραίνει σημαντικά την καθημερινότητα του ατόμου (Trammell, Wilczynski, Dale & McIntosh, 2013).

Οι συνήθεις αγχώδεις διαταραχές που καταγράφηκαν σε παιδιά και εφήβους με αυτισμό περιλαμβάνουν την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, τη διαταραχή άγχους αποχωρισμού, την ειδική φοβία, την κοινωνική φοβία, τη διαταραχή πανικού και τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή (Van Steensel, Bögels & Perrin, 2011; Simonoff et al., 2008; White, Oswald,

Ollendick, & Scahill, 2009; Leyfer et al., 2006; Trammell, Wilczynski, Dale & McIntosh, 2013).

Η συννοσηρότητα ανάμεσα στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και τις αγχώδεις διαταραχές αποτελεί την πιο κοινή διάγνωση με ποσοστό εκδήλωσης 11% - 84%. Συγκεκριμένα, το 44% των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές παρουσιάζουν ειδική φοβία και το 37% ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Simonoff et al., 2008). Συνεπώς, οι αγχώδεις διαταραχές εμφανίζονται συχνότερα στα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές από ό,τι στο γενικό πληθυσμό (Cervantes, Matson, Tureck & Adams, 2013).

Παρόλο που τα ποσοστά συννοσηρότητας ποικίλουν μεταξύ των μελετών, υπερισχύει η άποψη ότι τα ποσοστά συνύπαρξης των διαταραχών άγχους και των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών είναι κατά μέσο όρο 40% (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Μια πρόσφατη ανάλυση 31 μελετών κατέληξε στο συμπέρασμα ότι 39,6% των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είχαν κλινικά αυξημένα επίπεδα άγχους ή τουλάχιστον μία αγχώδη διαταραχή. Με βάση αυτή την ανάλυση η οποία βασίστηκε στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV Όσον αφορά τις αγχώδεις διαταραχές, τα ποσοστά των διαταραχών άγχους στον αυτισμό είναι περισσότερο από δύο φορές υψηλότερα από αυτά των τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών (Costello, Egger & Angold, 2005).

5.3.8 Διαφοροδιάγνωση ανάμεσα στις Αγχώδεις Διαταραχές και τις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές

Καθώς εξετάζουμε την διαφορά ανάμεσα στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και το άγχος, είναι απαραίτητο να μελετήσουμε τις αδυναμίες της κοινωνικής επικοινωνίας και τις περιορισμένες επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές. Ένα άτομο που εμπίπτει στο φάσμα του αυτισμού και δεν παρουσιάζει ταυτόχρονα αγχώδεις διαταραχές, ίσως αποφεύγει κοινωνικές καταστάσεις εξαιτίας της έλλειψης ενδιαφέροντος για κοινωνική αλληλεπίδραση. Ενδέχεται όμως να απολαμβάνει την κοινωνική αλληλεπίδραση με άλλα άτομα, αλλά εξαιτίας των ελλειμμάτων στην κοινωνική επικοινωνία μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά η ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει τις κοινωνικές ενδείξεις, να ερμηνεύει τις σκέψεις των άλλων και να συμμετέχει σε αμοιβαίες κοινωνικές συναλλαγές. Πολλά άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές δεν παρουσιάζουν κάποια συνυπάρχουσα

εκδήλωση άγχους. Το 16% με 89% των ατόμων με αυτισμό δεν πληρούν τα κριτήρια για κάποια αγχώδη διαταραχή (Cervantes, Matson, Tureck & Adams, 2013).

Ένα άτομο που παρουσιάζει αγχώδεις διαταραχές αλλά δεν εμπίπτει στο φάσμα του αυτισμού, είναι πιθανό να εκδηλώνει εντελώς διαφορετική συμπεριφορά στο σπίτι με τους συγγενείς, τα μέλη της οικογένειας, ή με στενούς φίλους από ότι σε άλλους κοινωνικούς φορείς όπως το σχολείο ή σε κάποια άλλη εκδήλωση. Αυτό το άτομο μπορεί να αισθάνεται αμηχανία ή να φοβάται την απόρριψη και να προσπαθεί να αποφύγει κάποιες καταστάσεις και περιβάλλοντα που εντείνουν τα συναισθήματα άγχους τα οποία βιώνει. Εάν βρεθεί σε μία τέτοια κατάσταση, το άτομο είναι πιθανό να προσκολληθεί σε ένα συγγενή, να αποτύχει να επικοινωνήσει ή να έχει έντονα ξεσπάσματα θυμού (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Αντίθετα, ένα άτομο που εμπίπτει στο φάσμα του αυτισμού είναι πιο πιθανό να περιπλανιέται μόνο του, να απορρίπτει τους άλλους, να παίζει ανεξάρτητο ή να αγνοεί τις εξωλεκτικές και κοινωνικές υποδείξεις των άλλων. Τα άτομα αυτά θα παρουσιάσουν ως ένα βαθμό δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία σε διάφορες καταστάσεις, εξ' ορισμού της διαταραχής του φάσματος του αυτισμού, ενώ τα άτομα με αγχώδεις διαταραχές πρέπει να είναι ικανά να επικοινωνήσουν κατάλληλα όταν απουσιάζει το αίσθημα φόβου και άγχους. Στην κλινική εκτίμηση, τα άτομα που παρουσιάζουν μια αξιοσημείωτη αλλαγή στη βλεμματική επαφή, στη συζήτηση και στη συμμετοχή στην κοινωνική επικοινωνία με την πάροδο του χρόνου και κατανόηση του άγχους τους είναι περισσότερο πιθανό να διαγνωστούν με κάποια αγχώδη διαταραχή παρά με αυτισμό (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι πιο δύσκολο να διαφοροποιηθεί και συχνά διαγιγνώσκεται αντί για τον αυτισμό σε άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή χαρακτηρίζεται από ανεπιθύμητες και παρεισφρητικές σκέψεις και εικόνες οι οποίες προκαλούν άγχος που συνοδεύεται από επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, με στόχο την αποτροπή ή τη μείωση του άγχους. Τα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές που έχουν συγκεκριμένα ενδιαφέροντα (π.χ. στους δεινοσαύρους, το ηλιακό σύστημα, τα φορτηγά) και ακολούθως είναι προσκολλημένα σε ρουτίνες που σχετίζονται με τα ενδιαφέροντα τους απολαμβάνουν το να συζητούν για αυτά τα θέματα. Ένα παιδί με αυτισμό που παρατάσσει τα παιχνίδια του σε μία σειρά το κάνει επειδή του αρέσει και όχι για να μειώσει το άγχος του. Ένα παιδί με αυτισμό μπορεί

να θυμώνει όταν το εμποδίζουν να πραγματοποιήσει τις ρουτίνες του, όμως η ανάγκη για εκτέλεση αυτής της δραστηριότητας δεν στοχεύει στην μείωση του άγχους. Αυτό είναι πολύ σημαντικό για τον διαχωρισμό των διαταραχών αυτών κατά την διάρκεια της αξιολόγησης. Ένα άτομο με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές μπορεί να εμφανίσει ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, παρόλα αυτά τα άτομα που ολοκληρώνουν τις επαναλαμβανόμενες ρουτίνες και τελετουργίες επειδή το θέλουν και δεν προσπαθούν να μειώσουν ή να εμποδίσουν την εκδήλωση άγχους, δεν έχουν ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

5.4 Διαταραχές της Διάθεσης

Πολλοί κλινικοί αποτυγχάνουν στην διάγνωση της συννοσηρότητας των διαταραχών της διάθεσης και των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών. Μπορεί να είναι δύσκολος ο αποκλεισμός της διάγνωσης των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών όταν το άτομο παρουσιάζει σοβαρή διαταραχή της διάθεσης (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016). Το 24% των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές εμφανίζουν κατάθλιψη (Simonoff et al., 2008).

Τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές συχνά εμφανίζουν προβλήματα συμπεριφοράς ώστε να αποφύγουν δραστηριότητες που δεν επιθυμούν. Αυτά τα προβλήματα συμπεριφοράς είναι δευτερεύοντα στον αυτισμό, αλλά κάποια άτομα που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού μπορεί να παρουσιάζουν κατάθλιψη σε σημαντικό βαθμό μαζί με επιθετική συμπεριφορά. Σε αυτή την περίπτωση ο κλινικός θα πρέπει να καθορίσει εάν η παθολογική αυτή συμπεριφορά εκδηλώνεται στα πλαίσια του αυτιστικού φάσματος και της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής ή πρόκειται για κάποια διαταραχή της διάθεσης όπως η δυσθυμική διαταραχή. Είναι πιθανή η συννοσηρότητα του αυτισμού και της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής, αλλά δεν είναι δυνατή η ύπαρξη συννοσηρότητας μεταξύ της δυσθυμικής και της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

5.4.1 Συννοσηρότητα Διαταραχών Διάθεσης και Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών

Ενώ η συναισθηματική διαταραχή και η δυσκολία ελέγχου των συναισθημάτων δεν αποτελούν τα βασικά χαρακτηριστικά των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, οι διαταραχές στη διάθεση είναι εντυπωσιακά κοινές στα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Mazefsky et al., 2013). Όταν οι ασθενείς διαγιγνώσκονται ετεροχρονισμένα

με αυτισμό, το 53% από αυτές τις περιπτώσεις διαγιγνώσκεται με καταθλιπτικές διαταραχές (Lehnhardt et al., 2013). Σύμφωνα με το DSM-5 είναι απαραίτητο να καθοριστεί εάν τα συμπτώματα της διάθεσης όπως η ευερεθιστότητα ή τα ξεσπάσματα θυμού συμβαίνουν στα πλαίσια των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών. Ένα παράδειγμα των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών είναι όταν τα ξεσπάσματα αυτά συμβαίνουν ως αντίδραση στην διατάραξη της ρουτίνας. Εναλλακτικά ένα παιδί που πληροί όλα τα κριτήρια μιας διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής και επιπλέον παρουσιάζει συμπτώματα όπως κλάμα, ευερεθιστότητα, αυτοκτονικές τάσεις και έλλειψη φιλικών σχέσεων και αποδοχής μεταξύ των συνομηλίκων του μπορεί να λάβει την διάγνωση κατάθλιψης σε συνδυασμό με τη διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή που παρουσιάζει. Όταν ένα παιδί είναι υπερβολικά δραστήριο έχει καταιγισμό σκέψεων και παρουσιάζει στιγμές αισθήματος μεγαλείου, πληθώρας ιδεών και εκδηλώνει επικίνδυνη συμπεριφορά σε συνδυασμό με την διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή την οποία παρουσιάζει, μπορεί επίσης να παρουσιάζει συννοσηρότητα διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών και διπολικής διαταραχής. Τα άτομα με δυσθυμική διαταραχή συχνά παρουσιάζουν ευερεθιστότητα και ξεσπάσματα που δεν σχετίζονται με τον αυτισμό, αλλά δεν παρουσιάζουν τα συμπτώματα υπερδιέγερσης που εκδηλώνονται στην διπολική διαταραχή (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

5.4.2 Διαφοροδιάγνωση Διαταραχών Διάθεσης και Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών

Είναι δύσκολος ο καθορισμός της επίδρασης των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, των διαταραχών διάθεσης ή και της συννοσηρότητας αυτών των διαταραχών στην κοινωνική επικοινωνία, ιδίως στους εφήβους και στους ενήλικες. Μία διαδικασία αναγνώρισης όλων των παθολογικών συμπτωμάτων και μελέτης αυτών στα πλαίσια των διαταραχών της διάθεσης και του αυτισμού είναι απαραίτητη. Στους ενήλικες, τα διαπροσωπικά ελλείμματα σχετίζονται με τις καταθλιπτικές διαταραχές και τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Trammell, Wilczynski, Dale & Mcintosh, 2013). Είναι δύσκολο να καθοριστεί εάν ένας ενήλικας ή έφηβος με κατάθλιψη εμπίπτει στο φάσμα του αυτισμού. Επίσης, μπορεί να είναι δύσκολος ο διαχωρισμός ανάμεσα στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και στις καταθλιπτικές διαταραχές όσον αφορά τα συμπτώματα απόσυρσης του ατόμου από κάποια κατάσταση, την έλλειψη βλεμματικής επαφής και την απουσία αμοιβαίας επικοινωνίας. Η αξιολόγηση της ύπαρξης των παθολογικών συμπτωμάτων που εκδηλώνονται μόνο στον αυτισμό (στερεοτυπικός λόγος, επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά, περιορισμένα ενδιαφέροντα και έλλειψη

δημιουργικότητας) μπορεί να βοηθήσει στη διαφοροδιάγνωση αυτών των δύο διαταραχών. Ένα άτομο με σοβαρή κατάθλιψη, μπορεί να παρουσιάζει εκτός από ελλείμματα στις δεξιότητες επικοινωνίας, ελλείμματα στη μη λεκτική επικοινωνία καθώς και αδυναμία επίγνωσης των συναισθημάτων (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Ένα άτομο που δεν εμπίπτει στο φάσμα του αυτισμού, θα πρέπει να είναι ικανό να δώσει έναν ορισμό, όπως για παράδειγμα τι σημαίνει ο όρος φίλια ή να συμμετέχει ενεργά σε κάποιο θέμα συζήτησης όπως για παράδειγμα την φύση των κοινωνικών σχέσεων. Αντίθετα, ένα άτομο με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές ενδεχομένως να παρουσιάζει μεγαλύτερη δυσκολία στην διεκπεραίωση αυτών των συζητήσεων ή να ακούγεται σαν να υπαγορεύει αυτούσια τον ορισμό από ένα βιβλίο (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Ο στερεοτυπικός λόγος και οι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές που αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών δεν μπορούν να συμπεριληφθούν στα κλινικά χαρακτηριστικά της καταθλιπτικής διαταραχής ούτε να εξηγηθούν στα πλαίσια με διαταραχής της διάθεσης. Συνεπώς, αυτά τα παθολογικά συμπτώματα θα πρέπει να εξηγηθούν σύμφωνα με άλλη διάγνωση (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Για να τεθεί η διάγνωση αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο αξιολόγησης το **Πρόγραμμα Διαγνωστικής Παρατήρησης του Αυτισμού (Autism Diagnostic Observation Schedule - ADOS-2)**, το οποίο περιλαμβάνει δραστηριότητες όπως η περιγραφή μιας ιστορίας από ένα βιβλίο ή η περιγραφή μιας εικόνας. Το εργαλείο αυτό μπορεί να αποτελέσει ένα βοηθητικό διαγνωστικό μέσο για την εκτίμηση του στερεοτυπικού και επαναλαμβανόμενου λόγου. Τα άτομα που παραθέτουν αυτούσια τις πληροφορίες από ένα βιβλίο και δίνουν έμφαση σε ανούσιες λεπτομέρειες όπως στο μέγεθος του εικονιζόμενου αντικειμένου, παρουσιάζουν παθολογικά συμπτώματα που δεν σχετίζονται με τις καταθλιπτικές διαταραχές. Αντίθετα, τα άτομα που παρουσιάζουν κατάλληλη κοινωνική αμοιβαιότητα μπορούν να διαγνωστούν με διαταραχές διάθεσης και όχι με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Έπειτα από επαρκή θεραπεία της κατάθλιψης ενός ατόμου, θα μπορούσε να προταθεί η επαναξιολόγηση του ατόμου για την πιθανότητα ύπαρξης διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών. Ένα άτομο το οποίο δεν αναφέρει θλίψη, παρουσιάζεται ως ουδέτερο ή ασυμβίβαστο ως προς την διάθεσή του και έχει ελλείμματα στην επικοινωνία και περιορισμένη κοινωνική αμοιβαιότητα, ενδεχομένως να παρουσιάζει μόνο διάχυτες

αναπτυξιακές διαταραχές, δεδομένου του ότι έχει την τάση να είναι κοινωνικά απομονωμένο και να αποφεύγει την κοινωνική αλληλεπίδραση. Στα παιδιά όσον αφορά τις διαταραχές διάθεσης και τον αυτισμό, συχνά οι δραστηριότητες δημιουργικότητας στο παιχνίδι μπορεί να βοηθήσουν στην διαφοροδιάγνωση. Ένα καταθλιπτικό παιδί ενδεχομένως να παρουσιάσει συμπτώματα κατάθλιψης ή να μοιραστεί συναισθήματα κατά την διάρκεια του παιχνιδιού. Τα παιδιά τα οποία παρουσιάζουν την ικανότητα εμπλοκής στο συμβολικό παιχνίδι (δηλαδή να υποδύονται ρόλους), την ικανότητα κατανόησης συναισθημάτων, την ικανότητα κατανόησης της οπτικής γωνίας ενός άλλου ατόμου και την ικανότητα έκφρασης πολύπλοκων συναισθημάτων, δεν πληρούν τα κριτήρια του αυτισμού, αλλά ίσως πάσχουν από κάποια διαταραχή της διάθεσης. Αντίθετα, όταν το άτομο φαίνεται ανώριμο, αδικαιολόγητα βίαιο ή απρόσεκτο, χωρίς κίνητρα και παρουσιάζει ελλείμματα στη λήψη αποφάσεων ενδεχομένως να εμπίπτει στο φάσμα του αυτισμού (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

5.5 Ψυχωτικές και Διάχυτες αναπτυξιακές Διαταραχές

Σύμφωνα με τους Kroncke, Willard και Huckabee, οι ψυχωτικές διαταραχές περιλαμβάνουν την σχιζοφρένεια και την διπολική ή καταθλιπτική διαταραχή με ψυχωτικά χαρακτηριστικά. Τα χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας περιλαμβάνουν: παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένο λόγο, αποδιοργανωμένη ή έντονα κατατονική συμπεριφορά και άλλα αρνητικά συμπτώματα (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας προϋποθέτει την εκδήλωση των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών (APA, 2013). Η διάγνωση της σχιζοφρένειας στα άτομα που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού, προϋποθέτει την εκδήλωση των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών για περισσότερο από ένα μήνα (Kaba, Uran & Aysev, 2017; Kroncke, Willard & Huckabee, 2016). Η συννοσηρότητα των ψυχωτικών διαταραχών (σχιζοφρένεια και διπολική διαταραχή με ψυχωτικά χαρακτηριστικά) και των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών μπορεί να συμβεί, όμως τα συμπτώματα θα πρέπει να μελετηθούν με προσοχή (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

5.5.1 Κοινή Αιτιολογία Σχιζοφρένειας και Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών

Μελέτες υποδεικνύουν πως είναι κοινοί οι γενετικοί παράγοντες που σχετίζονται με την εκδήλωση τόσο των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών όσο και της σχιζοφρένειας αντίστοιχα. Παρόμοιες περιοχές των χρωμοσωμάτων μπορεί να έχουν επηρεαστεί τόσο στον αυτισμό όσο και στη σχιζοφρένεια (Sebat, Levy & McCarthy, 2009). Σε ασθενείς με

σχιζοφρένεια και διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές έχουν αναφερθεί ως κοινοί παράγοντες εκδήλωσης των διαταραχών αυτών, η προχωρημένη πατρική ηλικία και διάφορες μαιευτικές επιπλοκές όπως η προγεννητική αιμορραγία, ο σακχαρώδης διαβήτης κύησης, η χρήση ναρκωτικών ουσιών από την μητέρα, το χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση, οι συγγενείς δυσπλασίες και η υποξία εγκεφάλου κατά την γέννηση (Gardener, Spiegelman & Buka, 2009).

5.5.2 Συννοσηρότητα Ψυχωτικών Διαταραχών και Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών

Τα άτομα που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού και αυτά που παρουσιάζουν σχιζοφρένεια, εμφανίζουν κοινά χαρακτηριστικά ελλείμματα που αφορούν την κοινωνική λειτουργικότητα και την κοινωνική γνώση. Οι διαγνώσεις αυτών των διαταραχών μπορεί να είναι συνυφασμένες και για τον λόγο αυτό απαιτούν εξονυχιστική μελέτη των συμπτωμάτων και των δύο διαταραχών αντίστοιχα με στόχο να γίνει σωστή διάγνωση (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Η επικράτηση της σχιζοφρένειας στα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είναι μικρότερη από 1 στα 10.000 άτομα. Αξίζει να σημειωθεί ότι στο παρελθόν τα άτομα που παρουσίαζαν διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές διαγιγνώσκονταν με σχιζοφρένεια λόγω των παρόμοιων κλινικών χαρακτηριστικών τους (Kaba, Uran & Aysev, 2017).

Τα άτομα που παρουσιάζουν συννοσηρότητα ανάμεσα στη σχιζοφρένεια και τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, εμφανίζουν σημαντικά ελλείμματα στην προσαρμοστική συμπεριφορά, στην εκτελεστική λειτουργικότητα, στους κοινωνικούς τομείς και στην ικανότητα διατήρησης της προσοχής (Wilson et al., 2014). Σύμφωνα με έρευνες, αναφέρεται πως τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας τείνουν να αλληλεπικαλύπτονται με τα συμπτώματα των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, το οποίο δυσχεραίνει την διάγνωση (Trammell, Wilczynski, Dale & Mcintosh, 2013).

Σύμφωνα με την μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τον Toal και τους συνεργάτες του (2009), όπως αναφέρουν οι Kroncke, Willard και Huckabee, με την χρήση της μεθόδου απεικόνισης του εγκεφάλου με μαγνητική τομογραφία (Magnetic Resonance Imaging - MRI) που είχαν ως στόχο την μελέτη των περιοχών του εγκεφάλου που σχετίζονται με την συννοσηρότητα μεταξύ των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών και των ψυχωτικών διαταραχών και την μελέτη των περιοχών που σχετίζονται με τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και τις ψυχωτικές διαταραχές αντίστοιχα, προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα:

Το 7% των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, παρουσίαζαν συννοσηρότητα με την διπολική διαταραχή με ψυχωτικά χαρακτηριστικά και το 7,8% των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές παρουσίαζαν συννοσηρότητα με τη σχιζοφρένεια. Επιπλέον, τα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές αλλά χωρίς την εκδήλωση κάποιας ψυχωτικής διαταραχής, είχαν επηρεαστεί σε διαφορετικές περιοχές του εγκεφάλου από αυτές των ατόμων που παρουσίαζαν συννοσηρότητα των δύο αυτών διαταραχών (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Συννοσηρότητα Σχιζοφρένειας και Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών σε άτομα με Φυσιολογικό δείκτη Νοημοσύνης

Παρά τον διαχωρισμό τους ως ανεξάρτητες διαγνώσεις, οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού και της σχιζοφρένειας, έχουν θεωρηθεί ως αλληλένδετες διαταραχές. Οι ομοιότητες ανάμεσα στις δύο αυτές διαταραχές μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη διάγνωση, κυρίως όταν πρόκειται για ενήλικες με φυσιολογικό δείκτη νοημοσύνης οι οποίοι δεν διαγνώστηκαν στην παιδική τους ηλικία.

Ο Lugo Marín και οι συνεργάτες του, διεξήγαγαν μία έρευνα η οποία βασίστηκε σε 278 αναφορές με στόχο την μελέτη της συννοσηρότητας της σχιζοφρένειας και των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών σε άτομα με φυσιολογικό δείκτη νοημοσύνης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το ποσοστό εκδήλωσης συννοσηρότητας μεταξύ των δύο αυτών διαταραχών ήταν περίπου 6% (Lugo Marín et al., 2018).

Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, σημειώθηκαν σημαντικά στοιχεία που υποδηλώνουν την πιθανότητα εκδήλωσης συννοσηρότητας ανάμεσα στη σχιζοφρένεια και τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές ιδίως κατά την διάρκεια της ενήλικης ζωής του ατόμου (Lugo Marín et al., 2018). Αυτά τα αποτελέσματα είναι σύμφωνα με μελέτες που υποδηλώνουν ότι οι δύο διαταραχές μπορούν να συνυπάρξουν (Konstantareas & Hewitt 2001) και περιλαμβάνουν ορισμένες επικαλυπτόμενες γενετικές προδιαθέσεις (Crespi & Crosts, 2012; Sporn et al. 2004). Σύμφωνα με την Nylander (2014), όπως αναφέρει ο Lugo και οι συνεργάτες του, στην έρευνα που πραγματοποίησε σχετικά με την συννοσηρότητα και την διαφοροδιάγνωση ανάμεσα στη σχιζοφρένεια και στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, δίνει έμφαση στην πιθανότητα της συννοσηρότητας μεταξύ των δύο αυτών διαταραχών, καταλήγοντας στο συμπέρασμα πως εάν συμβεί αυτό, τα συμπτώματα των δύο αυτών διαταραχών θα εκδηλώνονται με ήπιο και αλληλεπικαλυπτόμενο και σταδιακά επιδεινωμένο τρόπο. Θα ήταν σημαντικό για την έρευνα να σημειωθούν τα συμπτώματα

των ψυχωτικών συμπτωμάτων τα οποία είναι όμοια με αυτά των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών όταν το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με αγχώδεις καταστάσεις όπως για παράδειγμα οι αλλαγές στο περιβάλλον και η συναισθηματική υπερδιέγερση όπου υδροδοτούνται αλλαγές στην συμπεριφορά του ατόμου (Lugo et al., 2018).

Όμοια, ο Abell και ο Hare (2005), όπως αναφέρει ο Lugo και οι συνεργάτες του δημιούργησαν ένα γνωστικό μοντέλο για την ανίχνευση των παραληρηματικών ιδεών σε άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν το άτομο σε αδέξια κοινωνική αλληλεπίδραση και συνεπώς σε κοινωνικό αποκλεισμό. Η εκδήλωση των παραπάνω συμπτωμάτων είναι πιθανό να δυσχεραίνουν την αυτοεκτίμηση του ατόμου και έχοντας επίγνωση αυτών των κοινωνικών του ελλειμμάτων ενδέχεται να εκδηλώσει συμπτώματα όπως οι παραληρητικές σκέψεις χρησιμοποιώντας αυτές ως μηχανισμούς άμυνας με στόχο να αποφύγει την συνειδητοποίηση της έλλειψης του αυτοελέγχου του και των κοινωνικών του ελλειμμάτων (Lugo Marín et al., 2018).

Μια σταθερά σε όλες τις μελέτες είναι ο υψηλός επιπολασμός της σχιζοφρένειας σε άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές συγκριτικά με τα άτομα που ανήκουν στον γενικό πληθυσμό (Lugo Marín et al., 2018). Μια πιθανή εξήγηση του αυτού του φαινομένου είναι μια κοινή γενετική προδιάθεση που μοιράζονται και οι δύο διαταραχές (Canitano & Pallagrosi, 2017; Crespi & Crofts 2012; Guilmatre et al., 2009). Η εκδήλωση σημαντικού αριθμού ψυχωτικών συμπτωμάτων στα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές υποδηλώνει μια κοινή βιολογική αιτιολογία και των δύο διαταραχών (Lugo Marín et al., 2018).

5.5.3 Διαφοροδιάγνωση Ψυχωτικών Διαταραχών και Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών

Για να πραγματοποιηθεί η διαφοροδιάγνωση ανάμεσα στις ψυχωτικές διαταραχές και τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, είναι σημαντικό να κατανοηθεί το τι είναι οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες και τι είναι η στερεοτυπική ομιλία και οι επαναλαμβανόμενες στερεοτυπικές συμπεριφορές και ενδιαφέροντα αντίστοιχα. Σύμφωνα με το DSM-5, τα άτομα διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές μπορεί να χαρακτηρίζονται από ψυχωτικά επεισόδια, αλλά τα επεισόδια αυτά διαφοροποιούνται από τα αντίστοιχα ελλείμματα στην κοινωνική αλληλεπίδραση που χαρακτηρίζονται από επαναλαμβανόμενες και περιορισμένες συμπεριφορές και από τα ελλείμματα σε άλλους γνωστικούς και κοινωνικούς τομείς (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Οι ψευδαισθήσεις μπορεί να είναι δύσκολο για ένα άτομο που εμπίπτει στο φάσμα του αυτισμού να διακριθούν από τις σκέψεις του και τον στερεοτυπικά επαναλαμβανόμενο λόγο του. Συχνά τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές εκφράζουν ηχηρά τις σκέψεις τους και περιγράφουν κάποιον εσωτερικό διάλογο που επιτυγχάνεται με τον εαυτό τους, δίνοντας λανθασμένα την εντύπωση πως ακούνε την φωνή κάποιου και απαντούν σε αυτή. Η κατάσταση αυτή αποτελεί την διαδικασία έκφρασης μιας εσωτερικής σκέψης του ατόμου και δεν πρόκειται για ψευδαισθήσεις (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Η αποδιοργανωμένη σκέψη στα άτομα με σχιζοφρένεια, συμπεραίνεται από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο μιλάει, δυσκολεύεται να διατηρήσει το θέμα συζήτησης και το περιεχόμενο της ομιλίας του δεν έχει νόημα. Τα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές παρουσιάζουν στερεοτυπικό λόγο καθώς ακολουθούν τον δικό τους τρόπο σκέψης, συνεχίζουν να διηγούνται κάποια ιστορία τους και δεν δίνουν σημασία στον συνομιλητή τους. Ο στερεοτυπικός λόγος στα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές μπορεί να ακουστεί σαν αποδιοργανωμένος λόγος καθώς το άτομο που εμπίπτει στο φάσμα του αυτισμού μπορεί ξαφνικά να κάνει ένα άσχετο σχόλιο, που αφορά για παράδειγμα τον τίτλο ενός βιβλίου, χωρίς να δίνει σημασία στον συνομιλητή του. Ένας κλινικός, θα μπορούσε να διακρίνει τον αποδιοργανωμένο λόγο από τον στερεοτυπικό λόγο, εξετάζοντας το περιεχόμενο της ομιλίας του ατόμου. Για παράδειγμα θέτοντας ο κλινικός μία σχετική με το θέμα συζήτησης ερώτηση επιτρέπει στον ασθενή να ξεκαθαρίσει την κατάσταση ανάλογα με την απάντηση που θα δώσει. Εάν το άτομο συνεχίζει να διηγείται αυτό που έλεγε προηγουμένως ή απλά αγνοεί τον συνομιλητή του, φαίνεται πως παρουσιάζει συμπτώματα των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών και όχι κάποιας ψύχωσης (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016) .

Δύο επιπλέον χαρακτηριστικά που μπορεί να παρουσιαστούν στις ψυχωτικές διαταραχές είναι τα αρνητικά συμπτώματα όπως η περιορισμένη έκφραση των συναισθημάτων και η αποδιοργανωμένη ή μη φυσιολογική κινητική συμπεριφορά. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να συγχέονται με τις στερεοτυπικές επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και τα ελλείμματα της εξωλεκτικής επικοινωνίας τα οποία αποτελούν κλινικά χαρακτηριστικά των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Όσον αφορά την διαφοροδιάγνωση ανάμεσα στη σχιζοφρένεια και τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, θα ήταν χρήσιμο να εστιάσουμε και στην αναπτυξιακή περίοδο

του ατόμου. Τα άτομα που διαγνώστηκαν αργότερα με σχιζοφρένεια, δεν θα αναμένονταν να παρουσίαζαν σημαντικά ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία ή να χαρακτηρίζονταν από στερεοτυπικές επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (χαρακτηριστικά που εμφανίζονται στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές) κατά την διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Επειδή η έναρξη σχιζοφρένειας πριν την εφηβική ηλικία είναι πολύ σπάνια, η ηλικία έναρξης (της σχιζοφρένειας) μπορεί να είναι ένας πολύ χρήσιμος παράγοντας για την διαφοροδιάγνωση της σχιζοφρένειας από τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (American Psychiatric Association, 2013a; Lehnhardt et al., 2012). Κατά μέσο όρο η σχιζοφρένεια εκδηλώνεται στα τέλη της τρίτης δεκαετίας (20 – 29 ετών) στα αγόρια και περίπου στα μέσα της τρίτης δεκαετίας (20 – 29 ετών) στα κορίτσια. Οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είναι αποδεδειγμένο πως παρουσιάζονται σε πολύ πιο μικρή ηλικία. Η λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού από έναν ενήλικα που πρόκειται να αξιολογηθεί, μπορεί να είναι χρήσιμη ώστε να καθοριστεί το αν τα συμπτώματα ήταν παρόντα σε όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου ή αν παρουσιάστηκαν αργότερα στην διάρκεια αυτής. Λιγότερο από 1% του πληθυσμού θα διαγνωστεί με σχιζοφρένεια (American Psychiatric Association, 2013a).

Καθώς είναι σπάνια η εκδήλωση της σχιζοφρένειας στην παιδική ηλικία, είναι σημαντικό να αναφέρουμε την κατηγορία της παιδικής έναρξης της σχιζοφρένειας (Childhood – Onset – Schizophrenia – COS) και την διαφοροδιάγνωση αυτής από τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Kaba, Uran & Aysev, 2017; Kroncke, Willard & Huckabee, 2016). Οι Reaven, Hepburn και Ross, διεξήγαγαν μία μελέτη σχετικά με δύο διαγνωστικά εργαλεία, το πρόγραμμα διαγνωστικής παρατήρησης του αυτισμού (Autism Diagnostic Observation Schedule - ADOS) και την διαγνωστική συνέντευξη του αυτισμού (Autism Diagnostic Interview – ADI-R) με στόχο την διαφοροδιάγνωση των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών από την παιδική έναρξη της σχιζοφρένειας (Reaven, Hepburn & Ross 2008).

Κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η διαφοροδιάγνωση μεταξύ αυτών των διαταραχών είναι ανεπαρκής με την χρήση μόνο αυτών των διαγνωστικών εργαλείων. Τα παιδιά με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν σημαντικές καθυστερήσεις στην ανάπτυξη ομιλίας, στις κινητικές δεξιότητες και στους κοινωνικούς τομείς. Επιπλέον, τα παιδιά αυτά χαρακτηρίζονται από την αποδιοργανωμένη συμπεριφορά τους, τις ψευδαισθήσεις, τις

παραληρητικές ιδέες και την διαταραγμένη σκέψη τους. Στην περίπτωση όπου η σχιζοφρένεια εκδηλώνεται από την παιδική ηλικία είναι δυνατή η διαφοροδιάγνωση αυτής από τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές με την εξονυχιστική παρατήρηση των παθολογικών συμπτωμάτων που παρουσιάζει το παιδί, τις κλινικές συνεντεύξεις και την προσεκτική μελέτη των επιδόσεων των παιδιών στα διαγνωστικά εργαλεία ADOS και ADI-R (Reaven, Hepburn & Ross 2008).

Παρά την άμεση συσχέτιση μεταξύ της σχιζοφρένειας και των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, η Διεθνής Ταξινόμηση Ψυχικών και Συμπεριφορικών Διαταραχών (ICD-10), στην περιγραφή του συνδρόμου Asperger, αναφέρεται η πιθανότητα συνεκδήλωσης του συνδρόμου και των ψυχωτικών διαταραχών όμως, απέκλεισε την πιθανότητα συνύπαρξης του συνδρόμου Asperger και της παιδικής έναρξης της σχιζοφρένειας (Childhood – Onset – Schizophrenia – COS) (World Health Organization, 1992).

Οι ιδιοσυγκρασιακές πεποιθήσεις και ο στερεοτυπικά επαναλαμβανόμενος λόγος ενός ατόμου που εμπίπτει στο φάσμα του αυτισμού μπορεί να συγχέονται με τις παραληρητικές ιδέες ενός ατόμου που παρουσιάζει κάποια ψυχωτική διαταραχή. Ωστόσο, είναι εφικτό να πραγματοποιηθεί διάκριση μεταξύ των παραληρητικών ιδεών και του στερεοτυπικά επαναλαμβανόμενου καθώς τα άτομα που χαρακτηρίζονται από παραληρητικές ιδέες δεν ακολουθούν καμία απολύτως λογική, ενώ ο λόγος των ατόμων που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού χαρακτηρίζεται από ορθολογική σκέψη σε σχέση με αυτόν των ατόμων με ψυχωτικά χαρακτηριστικά. Επίσης, τα γνωστικά και συμπεριφορικά ελλείμματα των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές μπορεί να συγχέονται με την εκδήλωση των παραληρητικών ιδεών που είναι παρούσες στις ψυχωτικές διαταραχές. Επιπλέον, οι συναισθητικές διαταραχές οι οποίες συχνά συνυπάρχουν στο αυτισμό, μπορεί να μπερδευτούν με τις ψευδαισθήσεις που εμφανίζονται στις ψυχωτικές διαταραχές αντίστοιχα. Τέλος, καθώς η έναρξη της σχιζοφρένειας λαμβάνει χώρα συχνά κατά τη διάρκεια της εφηβείας ή της ενηλικίωσης του ατόμου, θα μπορούσε να υποτεθεί ότι τα άτομα που παρουσίαζαν διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές αλλά δεν είχαν λάβει κάποια διάγνωση κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας, θα μπορούσαν να είχαν διαγνωστεί εσφαλμένα με κάποια ψυχωτική διαταραχή όπως η σχιζοφρένεια και συνεπώς να μην είχαν λάβει την κατάλληλη θεραπεία (Lugo Marín et al., 2018).

5.5.4 Αλληλεπικαλυπτόμενα Συμπτώματα των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών και των Ψυχωτικών Διαταραχών – Σχιζοφρένειας

ΔΙΑΧΥΤΗ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	ΨΥΧΩΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ- ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ
Ελλείμματα στην εξωλεκτική επικοινωνία	Κοινωνική απομόνωση
Έλλειψη κοινωνικής ή συναισθηματικής αμοιβαιότητας	Απουσία έκφρασης συναισθημάτων
Στερεοτυπική χρήση της γλώσσας	Αποδιοργανωμένη ομιλία
Στερεοτυπικοί κινητικοί μανιερισμοί	Αποδιοργανωμένη συμπεριφορά
Γενικά ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία	Αρνητικά συμπτώματα

Πηγή: (Cochran, Dvir & Frazier, 2013).

5.6 Διαταραχές της Συμπεριφοράς

Κάποιοι θεωρούν πως οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές χαρακτηρίζονται από περιορισμένη ομιλία, επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και προβλήματα της συμπεριφοράς. Στην πραγματικότητα τα περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς αποτελούν τα βασικά συμπτώματα των διάχυτων αναπτυξιακών ενώ αντίθετα δεν εντοπίζονται σημαντικά ελλείμματα της συμπεριφοράς. Τα άτομα με αυτισμό, μπορεί να ματαιώνονται σε οποιαδήποτε αλλαγή του προγράμματος ή του περιβάλλοντος καθώς επίσης να παρουσιάζουν ελλείμματα στην επικοινωνία τους γεγονός που επηρεάζει την ικανότητά τους να εκφράσουν τις ανάγκες και τα θέλω τους, άλλα προβλήματα συμπεριφοράς που εκδηλώνονται ως αντίδραση στην αλλαγή του προγράμματος ή λόγω των δυσκολιών στην επικοινωνία τους, δεν αποτελούν τα βασικά χαρακτηριστικά των ατόμων που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Σύμφωνα με τους ερευνητές, τα προβλήματα συμπεριφοράς εκδηλώνονται από τα παιδιά με στόχο την εξυπηρέτηση ενός σκοπού και μπορεί να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά υπό την προϋπόθεση πως ο κλινικός θα αναγνωρίσει την λειτουργία της συμπεριφοράς αυτής (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016). Ο ερευνητής Brian Iwata, όπως αναφέρουν οι Kroncke, Willard και Huckabee, περιέγραψε την διαδικασία της λειτουργικής ανάλυσης ώστε να αναγνωρίσει την λειτουργία της εκδήλωσης κάποιας αποκλίνουσας συμπεριφοράς. Ανέφερε πως τα προβλήματα συμπεριφοράς μπορεί να εκδηλώνεται από

ένα άτομο με στόχο να αποφύγει κάποια κατάσταση ή ερέθισμα, να έρθει σε επαφή με κάποιο απτικό ερέθισμα (συνήθως κάποιο παιχνίδι), να προσελκύσει την προσοχή κάποιου ή να ικανοποιήσει κάποια εσωτερική του ανάγκη (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016). Μία λειτουργική ανάλυση είναι αναγκαία για την εκτίμηση της λειτουργίας μιας αποκλίνουσας συμπεριφοράς καθώς παρέχει την δυνατότητα εκτίμησης της λειτουργικότητας της συμπεριφοράς (Trammell, Wilczynski, Dale & McIntosh, 2013).

Τα άτομα που emπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν διαταραχές της συμπεριφοράς σε σχέση με τους συνομηλίκους τους εξαιτίας των ελλειμμάτων τους στην επικοινωνία γεγονός που δυσχεραίνει την έκφραση των αναγκών τους λεκτικά και εξαιτίας της προσκόλλησης τους στην ρουτίνα και στην ομοιότητα με αποτέλεσμα να εκφράζουν θυμό σε απρόσμενες αλλαγές του προγράμματος και του περιβάλλοντός τους (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

5.6.1 Αξιολόγηση Συμπεριφοράς

Η εκτίμηση της συμπεριφοράς είναι ιδιαίτερα σημαντική σε αρκετές διαγνωστικές εκτιμήσεις των ατόμων που emπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού. Η εκτίμηση της συμπεριφοράς αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο για μία ολοκληρωμένη και πλήρη αξιολόγηση ενός ατόμου με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Τα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές ενδεχομένως να χρήζουν περαιτέρω αξιολόγησης σε συγκεκριμένους τομείς όπως το συναίσθημα, η διάθεση και η συμπεριφορά. Είναι σημαντικό να αξιολογήσουμε την συμπεριφορά σε ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων καθώς τα παιδιά συμπεριφέρονται με διαφορετικό τρόπο σε διαφορετικές καταστάσεις. Κατά την εκτίμηση των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, συχνά τα παιδιά προτιμούν πιο συγκεκριμένες δραστηριότητες. Η εκτίμηση της συμπεριφοράς στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές πραγματοποιείται τόσο μέσω ερωτηματολογίων που χορηγούνται στους γονείς, τους δασκάλους και τους θεραπευτές όσο και από αυτό-αναφερόμενα ερωτηματολόγια (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Το σύστημα αξιολόγησης της συμπεριφοράς για τα παιδιά (Behavior Assessment System for Children BASC-2) απαρτίζεται από φόρμες για τους γονείς, τους δασκάλους και τα παιδιά ηλικίας 6 ετών και άνω, το οποίο αξιολογεί την συμπεριφορά, τα συναισθήματα και τους προσαρμοστικούς τομείς. Το διαγνωστικό εργαλείο της μεταβλητότητας της προσαρμοστικής συμπεριφοράς στον αυτισμό (Variability in Adaptive Behavior in Autism VABS-II) το οποίο συλλέγει πληροφορίες μέσω συνεντεύξεων από τους γονείς των

ατόμων που emπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού, περιλαμβάνει επίσης τομείς που επιτρέπουν στους φροντιστές να εκτιμήσουν την συμπεριφορά των παιδιών. Τέλος, οι κλίμακες ανεξάρτητες της αναθεωρημένης συμπεριφοράς (Scales of independent Behavior – Revised SIB-R) διερευνά προβλήματα συμπεριφοράς συμπεριλαμβανομένης της διάρκειας, της συχνότητας και το επίπεδο της αδυναμίας. Σε κάποιες περιπτώσεις η παρατήρηση στο σπίτι ή στο σχολείο διευκολύνει την εκτίμηση της συμπεριφοράς των ατόμων σε διαφορετικές συνθήκες, ανεξάρτητα από τους γονείς, τους δασκάλους, τις αναφορές των θεραπευτών ή τις κλίμακες αξιολόγησης. Η αξιολόγηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς με την κλίμακα αξιολόγησης της μεταβλητότητας της προσαρμοστικής συμπεριφοράς στον αυτισμό (VABS- II) και με την κλίμακα ανεξάρτητης αναθεώρησης συμπεριφοράς (SIB-R), επιτρέπουν στους γονείς και τους φροντιστές να καταγράψουν δεξιότητες σχετικά με την επικοινωνία, τις δεξιότητες της καθημερινής διαβίωσης, τους κοινωνικούς τομείς και τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών τους (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Η αξιολόγηση συμπεριφορικής λειτουργικότητας (Functional Behavior Assessment FBA), αποτελείται από τρεις δοκιμασίες, την περιγραφική αξιολόγηση, την έμμεση αξιολόγηση και την ανάλυση της λειτουργικότητας (FA). Η περιγραφική και η έμμεση αξιολόγηση εντοπίζουν την δομή της συμπεριφοράς ή με τι μοιάζει η συμπεριφορά (π.χ. χτυπάει, σπρώχνει, δαγκώνει). Αυτό συμβαίνει με την διαδικασία άμεσης παρατήρησης, μέσω καταγραφής, μέσω σταθμισμένων ερωτηματολογίων και μέσω συνεντεύξεων από τους γονείς ή τους ασθενείς. Τα στοιχεία που συλλέγονται με τον τρόπο αυτό παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τις συνθήκες στις οποίες εκδηλώνονται οι συμπεριφορές, τις συνέπειες αυτών των συμπεριφορών, την συχνότητα εμφάνισής τους και άλλα ποιοτικά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς. Η ανάλυση της λειτουργικότητας εκτιμάει την λειτουργικότητα μιας συμπεριφοράς και χρησιμοποιείται κυρίως όταν η ασυνήθιστη συμπεριφορά είναι σοβαρή ή όταν η λειτουργικότητα της συμπεριφοράς δεν μπορεί να αξιολογηθεί μέσω συνεντεύξεων και παρατηρήσεων. Η ανάλυση της λειτουργικότητας της συμπεριφοράς είναι υψίστης σημασίας για την διάγνωση και την θεραπεία των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και άλλων αυτών με άλλες νευροαναπτυξιακές διαταραχές. Η λειτουργική ανάλυση είναι μία συστηματική συμπεριφορική αξιολόγηση για την ανίχνευση της λειτουργίας και τον σκοπό μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Αρχικά εντοπίζεται η συμπεριφορά που χρήζει ανάλυσης και έπειτα ακολουθεί μία σειρά

συνθηκών ώστε να καθοριστεί η λειτουργία της συμπεριφοράς αυτής (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Ένα τυπικό πρότυπο της προσαρμοστικής συμπεριφοράς των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές περιλαμβάνει σημαντικά ελλείμματα στην κοινωνικοποίησή τους, λιγότερο σοβαρά ελλείμματα στην επικοινωνία τους με τους άλλους και σχετικά καλή ανταπόκριση στις δεξιότητες της καθημερινής τους διαβίωσης (Carter et al., 1998; Klin et al., 2007). Στην πραγματικότητα οι γνωστικές δεξιότητες είναι σημαντικά καλύτερες από τις προσαρμοστικές στα άτομα που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού (Klin et al., 2007). Επιπλέον, τα ελλείμματα της προσαρμοστικότητας των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές επιδεινώνονται κατά την διάρκεια της παιδικής και της εφηβικής τους ηλικίας σε σύγκριση με τους συνομήλικους τους κατά την (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Η αξιολόγηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς είναι απαραίτητη για μία συλλογική αξιολόγηση των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών επειδή οι πληροφορίες σχετικά με τις προσαρμοστικές δεξιότητες και τα ελλείμματα μπορεί να είναι απαραίτητα για την θεραπεία των ατόμων που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού. Μια προσαρμοστική αξιολόγηση είναι ιδιαίτερα σημαντική για την συλλογή δεδομένων σχετικά με την διανοητική λειτουργικότητα των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Επίσης η αξιολόγηση των προσαρμοστικών δεξιοτήτων είναι σημαντική για τον καθορισμό της πρόγνωσης και της θεραπείας των ατόμων αυτών. εν μέρει λαμβάνοντας υπόψη τα ελλείμματα της προσαρμοστικής λειτουργικότητας (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

5.6.2 Θεραπευτικές Προσεγγίσεις

Η συμπεριφορική ανάλυση, η ψυχοθεραπεία και κάποια φαρμακευτική αγωγή μπορεί να χρησιμοποιηθούν για την θεραπεία των ελλειμμάτων ως προς τα συναισθήματα, την συμπεριφορά, την διάθεση και την προσαρμοστική λειτουργικότητα των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές που παρουσιάζουν αυτά τα συνοδά ελλείμματα. Θεραπεύοντας τα κύρια συμπτώματα του αυτισμού χωρίς να δοθεί έμφαση στα παραπάνω ελλείμματα ενδεχομένως να μην είναι αποτελεσματική και ολοκληρωμένη η θεραπεία του ατόμου. (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

5.6.3 Συννοσηρότητα Διαταραχών της Συμπεριφοράς και Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών

Η συννοσηρότητα ανάμεσα στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και τις διαταραχές της συμπεριφοράς μπορεί να συμβεί υπό τρεις προϋποθέσεις. Πρώτον, να υπάρχει διάγνωση διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, δεύτερον, να μην υπάρχει κάποια άλλη διαταραχή διάθεσης, και τα συμπτώματα της συμπεριφοράς να πληρούν τα κριτήρια για την διάγνωση της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής, διαταραχή της συμπεριφοράς ή διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016). Ο Simonoff και οι συνεργάτες του δημοσίευσαν μια έρευνα σύμφωνα με την οποία το 28% των ατόμων που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού παρουσιάζουν συννοσηρότητα με εναντιωματική προκλητική διαταραχή. Σε μία άλλη έρευνα η οποία διεξήχθη με την χρήση ερωτηματολογίου, η συννοσηρότητα των διαταραχών αυτών κυμάνθηκε από 7 έως 25% ενώ η συννοσηρότητα με τη διαταραχή της συμπεριφοράς παρουσιάστηκε στο 3,2%. (Simonoff et al., 2008).

5.6.4 Διαφοροδιάγνωση Διαταραχών της Συμπεριφοράς και Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών

Τα άτομα που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού ενδέχεται να παρουσιάσουν προβλήματα συμπεριφοράς που προκύπτουν λόγω των περιορισμένων και επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών τους και λόγω των ελλειμμάτων τους ως προς την κοινωνική τους επικοινωνία. Οι συμπεριφορές αυτές δεν είναι απαραίτητο να πληρούν τα κριτήρια διάγνωσης για κάποια διαταραχή της συμπεριφοράς. Κατά την προσπάθεια διαφοροδιάγνωσης των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών και των διαταραχών της συμπεριφοράς, είναι σημαντικό να εκτιμηθεί διεξοδικά η παρουσία των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών. Τα άτομα που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού, παρουσιάζουν σημαντικά ελλείμματα ως προς την κοινωνική αμοιβαιότητα, αδυνατούν να λάβουν υπόψη τους άλλους, παρουσιάζουν δυσκολίες στην επίλυση προβλημάτων και χαρακτηρίζονται από παρορμητική συμπεριφορά στις κοινωνικές καταστάσεις. Επίσης μπορεί να αποφεύγουν έντονα κάποιες καταστάσεις ή περιβάλλοντα που είναι απρόβλεπτα ή υπάρχει πολυκοσμία. Τα άτομα αυτά δεν είναι εκδικητικά ούτε τείνουν να χειραγωγούν τους άλλους με την συμπεριφορά τους (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Η εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς απέναντι στα κατοικίδια και τα μικρότερα αδέρφια τους και η αδυναμία τους να ελέγξουν την επιθετικότητά τους δεν αποτελούν από μόνα τους κριτήρια διάγνωσης της προκλητικής εναντιωματικής διαταραχής. Αντίθετα, ένα

άτομο που έχει κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά σε κάποιες καταστάσεις, παίζει αμοιβαία με τους άλλους και ακολουθεί τους κανόνες στο σχολείο, όμως εμπλέκεται σε καυγάδες, παραβιάζει τους κανόνες, ενοχλεί τους άλλους, και κατηγορεί τους άλλους για δικά του λάθη, είναι πιθανότερο να παρουσιάζει εναντιωματική προκλητική διαταραχή παρά να εμπίπτει στο φάσμα του αυτισμού. Κατά την αντιμετώπιση της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής, η τροποποίηση της συμπεριφοράς και η εκπαίδευση των γονιών είναι αποτελεσματικά καθώς οι γονείς τροφοδοτούν την συμπεριφορά αυτή επιτρέποντας στα παιδιά να έχουν πρόσβαση σε αυτό που επιθυμούν. Εάν ο γονιός ενισχύει μία αρνητική συμπεριφορά τότε η συμπεριφορά αυτή εγκαθίσταται (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Τα συμπτώματα των ατόμων που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού είναι εμφανή σε όλες τις καταστάσεις όμως τα συμπτώματα στην εναντιωματική προκλητική διαταραχή ενδεχομένως να εκδηλώνονται όταν το άτομο βρίσκεται σε μία συγκεκριμένη κατάσταση αλλά όχι πάντα (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

5.7 Διαταραχές της Προσωπικότητας

Η διαταραχή της προσωπικότητας περιλαμβάνει τους τομείς της γνωστικής λειτουργικότητας, της ευαισθησίας, της διαπροσωπικής λειτουργικότητας και του ελέγχου των παρορμήσεων. Το πρότυπο συμπεριφοράς είναι άκαμπτο, διάχυτο και οδηγεί σε κλινικά σημαντικό άγχος και κοινωνικά ελλείμματα ή αδυναμίες σε άλλες περιοχές της λειτουργικότητας. Το πρότυπο της αποκλίνουσας συμπεριφοράς θα πρέπει να είναι σταθερό και να ανιχνεύεται κατά την εφηβεία ή την πρώιμη ενήλικη ζωή (APA, 2013). Οι διαταραχές προσωπικότητας είναι οι εξής: 1. παράξενη – εκκεντρική συμπεριφορά, 2. δραματική – ασταθή συμπεριφορά, 3. αγχώδη – φοβισμένη συμπεριφορά. Κάποιες φορές, ένα άτομο μπορεί να διαγιγνώσκεται με τη διαταραχή της προσωπικότητας χωρίς να έχει προηγηθεί διεξοδική αναπτυξιακή αξιολόγηση με αποτέλεσμα να παραβλέπεται κάποια άλλη διάγνωση νευροαναπτυξιακής διαταραχής (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

5.7.1 Διαφοροδιάγνωση Διαταραχών Προσωπικότητας και Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών

Σύμφωνα με τον Ozonoff και τους συνεργάτες του (2005) όπως αναφέρουν οι Kroncke, Willard και Huckabee,, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας στα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, παρουσιάζουν φαινοτυπικά πολλές ομοιότητες με τα κλινικά χαρακτηριστικά της σχιζοειδούς διαταραχής της προσωπικότητας (αποστασιοποιούνται

από τις κοινωνικές σχέσεις και εκδηλώνουν περιορισμένη έκφραση των συναισθημάτων τους) καθώς επίσης και με τα κλινικά χαρακτηριστικά της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής της προσωπικότητας (ένα πρότυπο εντατικής ενασχόλησης με την τάξη, την τελειομανία και την αδυναμία ελέγχου των παρορμήσεων). Σύμφωνα με τον Baron – Cohen, τα άτομα που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού παρουσιάζουν ένα προφίλ προσωπικότητας που χαρακτηρίζεται από την τάση των ατόμων αυτών να ασχολούνται με τις λεπτομέρειες και με την υπερανάλυση καταστάσεων. Αυτά τα συμπτώματα των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών μπορεί να είναι σχετικά με τα χαρακτηριστικά της διαταραχής της προσωπικότητας που αφορούν την αποστασιοποίηση των ατόμων από την κοινωνική αλληλεπίδραση με άλλα άτομα και την εντατική ενασχόληση με την τάξη (Baron-Cohen, & Belmonte, 2005).

Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα πως το διαγνωστικό εργαλείο (Minnesota Multiphasic Personality Inventory – MMPI-2) είναι χρήσιμο για την αξιολόγηση της ψυχοπαθολογίας και άλλων σχετικών τομέων που μπορεί να αλληλοεπιδρούν στα άτομα που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού, σημειώνοντας ότι τα άτομα αυτά παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά κοινωνικής απομόνωσης, δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις, καταθλιπτική διάθεση και σχετικά ελλείμματα καθώς επίσης χαρακτηρίζονται από συστολή, κοινωνικό άγχος και ακαμψία της συμπεριφοράς τους (Ozonoff, Garcia, Clark & Lainhart, 2005).

Ο Lugnegård, Hallerbäck, και ο Gillberg, ανέφεραν πως μία ξεκάθαρη διάγνωση της σχιζοειδούς διαταραχής της προσωπικότητας δεν μπορεί να υπάρξει χωρίς την εκδήλωση κάποιας διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής (Lugnegård, Hallerbäck & Gillberg, 2012). Η σχιζοειδής διαταραχή προσωπικότητας μπορεί να αποτελέσει τον ίδιο τον αυτισμό όταν δεν μπορεί να προσδιοριστεί το αναπτυξιακό στάδιο του ατόμου λόγω έλλειψης δεδομένων ή λόγω της αδυναμίας αναγνώρισης των πρώιμων συμπτωμάτων του ατόμου. Η έρευνα αυτή αναφέρει πως η σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας (δυσφορία στις στενές σχέσεις, γνωστικές στρεβλώσεις και εκκεντρική συμπεριφορά) αποτελεί την επιπρόσθετη διάγνωση κάποιας ψύχωσης αλλά αποτελεί ξεχωριστή περίπτωση σχετικά με την σχιζοειδή και την διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή. Ο Lugnegård, Hallerbäck, και ο Gillberg, αναφέρουν πως η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας μπορεί επίσης να σχετίζεται με την έναρξη των προβληματικών συμπεριφορών του ατόμου (Lugnegård, Hallerbäck & Gillberg, 2012). Ένας κλινικός μπορεί να πραγματοποιήσει την διάγνωση μιας διαταραχής προσωπικότητας και να παραβλέψει την αντίστοιχη διάγνωση

κάποιας διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής. Σύμφωνα με μία άλλη μελέτη του Hofvander, αναφέρεται πως η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας, η αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας και η σχιζοειδής διαταραχή της προσωπικότητας είναι πιο κοινές στα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές από ό,τι στον γενικό πληθυσμό (Hofvander et al., 2009). Είναι σημαντικό για τους κλινικούς να θυμούνται πως οι διαταραχές της προσωπικότητας εκδηλώνονται κατά την εφηβεία ή την ενήλικη ζωή του ατόμου, ενώ ο αυτισμός είναι έκδηλος πολύ νωρίς κατά την αναπτυξιακή πορεία του παιδιού (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

5.8 Διαταραχές που σχετίζονται με κάποιο Τραυματικό Γεγονός: Διαταραχή μετά από Ψυχοτραυματικό στρες και Διαταραχές Προσαρμοστικότητας

Φανταστείτε ένα παιδί, ηλικίας έξι ετών, που κατά διαστήματα δεν μιλάει σε άλλα παιδιά ή ενήλικες για ώρες ή μέρες. Κοιτάει κάτω ή κάπου αλλού όταν του μιλάνε και αρνείται να συμμετάσχει σε οποιαδήποτε δραστηριότητα, πέρα του να οργανώνει τα Lego του. Όταν ο μπαμπάς του φεύγει από το σπίτι, κλαίει και στο σχολείο αρνείται να ακολουθήσει εντολές και παρουσιάζει συχνά ξεσπάσματα. Ένα παιδί που εκδηλώνει αυτά τα συμπτώματα είναι πιθανό να παραπεμφθεί για μια αξιολόγηση με σκοπό να προσδιοριστεί αν εμφανίζει κάποια διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή. Τα αποτελέσματα του ίδιου παιδιού στην κλίμακα ADOS-2 είναι τα εξής : περιορισμένη έκφραση του προσώπου, περιορισμένη χρήση χειρονομιών, περιορισμένη βλεμματική επαφή και έλλειψη αμοιβαίας ευχαρίστησης κατά την αλληλεπίδραση . Κάνει επαναλήψεις κατά την ομιλία του (όταν ξεκινάει να μιλάει) και βάζει στη σειρά και ταξινομεί τα παιχνίδια κατά την διάρκεια του ADOS-2 (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Μια πιο εξονυχιστική ανάλυση των δεδομένων υποδεικνύει κατάλληλη ικανότητα περιγραφής και κατανόησης των συναισθημάτων των άλλων καθώς και διορατικότητα όσον αφορά τις σχέσεις. Κατά την διάρκεια παιχνιδιού όπου το παιδί καλείται να υποδυθεί ένα χαρακτήρα, δημιουργεί μία πολύπλοκη αλληλουχία παιχνιδιού η οποία περιλαμβάνει πυροσβέστες και ένα φλεγόμενο κτίριο. Τοποθετεί στη σειρά τους χαρακτήρες του παιχνιδιού με σκοπό να παρευρεθούν σε μία κηδεία και να θρηνήσουν το θύμα της φωτιάς. Οι επαναλαμβανόμενες ιστορίες τις οποίες περιγράφει σχετίζονται με τη μητέρα, η οποία ήταν εθισμένη στα ναρκωτικά και παρουσιαζόταν στη ζωή του παιδιού κατά διαστήματα και μετά εξαφανιζόταν. Υποδεικνύουν αυτά τα συμπτώματα αυτισμό; Ο

αλγόριθμος του ADOS – 2 είναι αυξημένος. Ωστόσο, τα υψηλά αυτά αποτελέσματα στο ADOS – 2 δεν είναι επαρκή ώστε να τεθεί η διάγνωση. Αντιθέτως, το παιδί αυτό πληροί τα κριτήρια για διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες. Το πλήρες οικογενειακό ιστορικό και η προσεκτική αξιολόγηση της κλινικής εικόνας και των συμπτωμάτων του παιδιού, οδήγησαν τους εξεταστές να θεωρήσουν τον εθισμό του γονέα στα ναρκωτικά και η νοσηλεία του στο νοσοκομείο ως τραυματικό γεγονός, το οποίο οδήγησε στην εκδήλωση των υποκείμενων συμπτωμάτων τα οποία άλλοι εξεταστές πρότειναν πως μπορεί να σχετίζονται με το αυτιστικό φάσμα (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Οι διαταραχές που σχετίζονται με κάποιο τραυματικό γεγονός περιλαμβάνουν τις διαταραχές προσκόλλησης, τη διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες, τη διαταραχή μετά από οξύ στρες και τις διαταραχές προσαρμοστικότητας. Πιο συχνά σε άτομα που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού, συνεκδηλώνονται η διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες και οι διαταραχές προσκόλλησης. Οι διαταραχές προσκόλλησης σχετίζονται με την πρώιμη φροντίδα του παιδιού, που αν χαρακτηρίζεται από παραμέληση και κακομεταχείριση τα οποία επηρεάζουν αρνητικά την προσκόλληση του παιδιού στον βασικό φροντιστή του. Η διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες σχετίζεται με την έκθεση σε κάποιο τραυματικό γεγονός συμπεριλαμβανομένων του θανάτου, κάποιου σοβαρού τραυματισμού ή περιστατικών σεξουαλικής βίας. Μπορεί να εκδηλωθεί σε νεαρά παιδιά αλλά δε σχετίζεται άμεσα με τη δημιουργία μιας σχέσης προσκόλλησης με τους φροντιστές (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Η διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες έχει κάπως διαφορετικά διαγνωστικά κριτήρια για τα παιδιά και τους ενήλικες μεγαλύτερα των 6 ετών. Για τον πληθυσμό αυτό, τα άτομα θα πρέπει να έχουν βιώσει τα ίδια το τραυματικό γεγονός, να έχουν γίνει μάρτυρες σε αυτό, να έχουν μάθει πως το τραυματικό γεγονός συνέβη σε κάποιο κοντινό τους άτομο ή να έχουν βιώσει επανειλημμένη ή ακραία έκθεση σε λεπτομέρειες του τραυματικού γεγονότος. Μετά το γεγονός, το άτομο θα πρέπει να βιώνει ένα σύμπτωμα εισβολής, ένα σύμπτωμα αποφυγής, εναλλαγές στη γνωστική λειτουργία και στη διάθεση, συμπεριφορές εξέγερσης και αντιδραστικότητας και τα συμπτώματα θα πρέπει να έχουν διάρκεια παραπάνω από έναν μήνα (APA, 2013a). Σε ένα νεαρό παιδί είτε η αποφυγή είτε η εναλλαγή στη cognition και στη διάθεση πρέπει να είναι παρόντα, αλλά δεν είναι απαραίτητο να είναι παρόντα και τα δύο. Η διαταραχή μετά από οξύ στρες περιλαμβάνει συμπτώματα της διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες τα οποία εκδηλώνονται μεταξύ 3 ημερών έως 1 μήνα μετά από το τραυματικό γεγονός. Οι διαταραχές

προσαρμοστικότητα είναι μια λιγότερο σοβαρή αντίδραση σε ένα στρεσογόνο γεγονός, αλλά σε ακραίο βαθμό (APA, 2013a). Ειδικά στα νεαρά παιδιά, η διαφοροδιάγνωση των συναισθηματικών συμπτωμάτων που σχετίζονται με κάποιο τραυματικό γεγονός ή με κάποιους στρεσογόνους παράγοντες από τα ελλείμματα κοινωνικής επικοινωνίας και των περιορισμένων επαναληπτικών μοτίβων συμπεριφοράς μπορεί να αποτελέσει σημαντική πρόκληση για τους ειδικούς (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

5.8.1 Διαφοροδιάγνωση Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών και Διαταραχών που σχετίζονται με κάποιο Τραυματικό Γεγονός

Οι Mehtar και Mukaddes (2011) δημοσίευσαν μια έρευνα σχετικά με τη διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες και τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Κατέγραψαν τα παρακάτω συμπτώματα σε ένα παιδί προσχολικής ηλικίας που βίωνε διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες: παλινδρόμηση, αντικοινωνική, επιθετική και καταστροφική συμπεριφορά. Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας μπορεί να έχουν έντονους φόβους, εφιάλτες και άγχος αποχωρισμού από τους κύριους φροντιστές τους. Στα πιο μεγάλα παιδιά και εφήβους, υπάρχει μια αύξηση στην φυσιολογική κινητοποίηση. Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά ξαναβιώνουν το τραυματικό γεγονός και τείνουν να αποφεύγουν τα συναισθήματα. Επιφανειακά, κάποια συμπτώματα της διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες, της διαταραχής μετά από οξύ στρες ή ακόμα και μιας διαταραχής προσαρμοστικότητας μοιάζουν με τα συμπτώματα που εκδηλώνονται στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Πολύ χρήσιμη, είναι η λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού της ανάπτυξης του πελάτη, της οικογενειακής του κατάστασης και των εμπειριών ζωής, με σκοπό να προσδιοριστεί αν τα συμπτώματα εκδηλώθηκαν για πρώτη φορά κατά την αναπτυξιακή περίοδο ή αν εκδηλώθηκαν για πρώτη φορά μετά από έκθεση του ατόμου σε κάποιο τραυματικό γεγονός. Τα συμπτώματα διάθεσης και άγχους, σίγουρα μπορεί να αναπτυχθούν σε άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, αλλά μια κλινική εικόνα που παρουσιάζει ως επί το πλείστον συμπτώματα διάθεσης και άγχους είναι λιγότερο πιθανό να παραπέμπει σε διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Κατά την εξέταση των βασικών χαρακτηριστικών των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, είναι πιθανό να καθοριστούν ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία έναντι των διακοπτόμενων δεξιοτήτων ή δεξιοτήτων που υπήρχαν αλλά εξαφανίστηκαν μετά το τραυματικό γεγονός. Τα παιδιά με διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες μπορεί να παρουσιάζουν επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού ή της ομιλίας, καθώς σχετίζονται με τραυματικά γεγονότα. Οι ενήλικες ή οι έφηβοι δεν θα παρουσιάσουν σημαντικές περιορισμένες,

επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές αν έχουν μόνο διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες (Mehtar & Mukaddes, 2011).

Στη διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες και στις διαταραχές προσκόλλησης, είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη ο στρεσογόνος παράγοντας ή το τραυματικό γεγονός. Σύμφωνα με μια έρευνα των Mehtar και Mukaddes (2011), μια τραυματική εμπειρία στα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές σχετίζεται συχνά με το ότι τα άτομα αυτά υπήρξαν μάρτυρες ή ήταν θύματα σε κάποιο ατύχημα, καταστροφή ή βίαιου περιστατικού. Η σεξουαλική κακοποίηση είναι λιγότερο συχνή στην ομάδα των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό (Mehtar & Mukaddes, 2011).

Κατά τη διαφοροδιάγνωση, οι κλινικοί θα πρέπει να λάβουν σοβαρά υπόψη τα συμπτώματα άγχους, τη συμπεριφορική αλλαγή κατά τη διάρκεια της εξέτασης και το πολύπλοκο παιχνίδι ρόλων. Το συγκεκριμένο παιδί ήταν αρκετά φιλικό προς τους εξεταστές κατά τη διάρκεια της εξέτασης, και χρησιμοποιούσε άπταιστα τη γλώσσα, παρά το ότι παρουσίαζε επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, τη δεύτερη μέρα. Το παραπάνω, σε συνδυασμό με το ανεπτυγμένο συμβολικό και αφηρημένο παιχνίδι, οδήγησε τους εξεταστές να προσδιορίσουν πως το σημαντικό άγχος αντιπροσωπεύονταν από πολλά από τα συμπτώματα της παραπομπής. Η σημείωση του άγχους, της φυσιολογικής κινητοποίησης, των διακοπτόμενων γλωσσικών προκλήσεων και της αλλαγής της διάθεσης ως κύρια συμπτώματα που σχετίζονται με μία τραυματική εμπειρία οδήγησε στη διάγνωση του εξάχρονου αυτού παιδιού με διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες. Αν ήταν παρόντες οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και όχι η διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες, η γλώσσα και η κοινωνική σχετικότητα θα ήταν πιο σταθερά κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης. Επιπλέον, η συναισθηματική επίγνωση, η ενσυναίσθηση και το συμβολικό παιχνίδι θα παρουσίαζαν ελλείμματα. Τα νεαρά παιδιά, συχνά επιδεικνύουν και ξεκινούν να επεξεργάζονται το τραυματικό γεγονός που βίωσαν μέσα από το παιχνίδι. Αυτή η αλληλουχία παιχνιδιού του νεαρού παιδιού αποτέλεσε μια νύξη για τους κλινικούς για να ερευνήσουν σε βάθος το οικογενειακό ιστορικό και την πιθανότητα το παιδί να είχε βιώσει τη διάσταση ή το διαζύγιο των γονέων του. Στην περίπτωση αυτή, η διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες ήταν η μόνη διάγνωση που τέθηκε και οι κλινικοί προσδιόρισαν πως το παιδί δεν πληρούσε τα κριτήρια για συνυπάρχουσα διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή. Σε άλλες περιπτώσεις, οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές μπορεί να συνυπάρχουν με μια διαταραχή που σχετίζεται με κάποιο τραυματικό γεγονός,

δεδομένου του ότι τα προβλήματα αμοιβαιότητας είναι επίμονα κατά τη διάρκεια του χρόνου και σε διάφορα πλαίσια (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

5.8.2 Συννοσηρότητα Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών και Διαταραχών που σχετίζονται με κάποιο Τραυματικό Γεγονός

Πολλά άτομα μπορεί να υποθέσουν πως τα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, βιώνουν περισσότερα τραυματικά γεγονότα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό εξαιτίας του βαθμού των γνωστικών και κοινωνικών ελλειμμάτων, που μπορεί να είναι παρόντα. Οι Mehtar και Mukaddes (2011), αναφέρονται στα ποσοστά συννοσηρότητας μεταξύ των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών και του τραυματικού γεγονότος. Η έρευνα αυτή έδειξε πως 26% του δείγματος των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είχε βιώσει κατά τη διάρκεια της ζωής του ένα γεγονός που ταξινομήθηκε ως τραυματικό. Το 17% των ατόμων αυτών πληρούσε τα κριτήρια για διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες εκτός από διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Οι Mehtar και Mukaddes αναφέρουν πως στο γενικό πληθυσμό 25% - 45% των ατόμων εκτίθενται σε κάποιο τραυματικό γεγονός, αλλά 6% - 8% είναι η συχνότητα εκδήλωσης διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες κατά τη διάρκεια της ζωής των ατόμων αυτών. Τα στατιστικά αυτά αποτελέσματα υποδεικνύουν πως ενώ η συχνότητα εμφάνισης είναι συγκρίσιμη μεταξύ των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και των ατόμων χωρίς, τα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές μπορεί να είναι πιο πιθανό να εκδηλώσουν διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες αφού βιώσουν κάποιο τραυματικό γεγονός σε σύγκριση με τα άλλα άτομα. Οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές μπορεί επίσης να συνεκδηλωθούν μαζί με κάποια διαταραχή προσαρμοστικότητας, εφόσον το πρόβλημα προσαρμοστικότητας δεν αποτελεί επιδείνωση των συμπτωμάτων των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών. Αν οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές δεν μπορούν να εξηγήσουν τα συμπτώματα ως απάντηση στο στρεσογόνο παράγοντα, το άτομο μπορεί να έχει συνυπάρχουσα διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες και διαταραχή αυτιστικού φάσματος ή κάποια συνυπάρχουσα διαταραχή προσαρμοστικότητας και διαταραχή αυτιστικού φάσματος (Mehtar & Mukaddes, 2011).

Οι διαταραχές προσαρμοστικότητας περιλαμβάνουν τις συναισθηματικές ή συμπεριφορικές αντιδράσεις που σχετίζονται σε κάποιο στρεσογόνο παράγοντα. Για παράδειγμα, αν ένα παιδί με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές που παρουσιάζει ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία τοποθετείται σε μια σχολική τάξη η οποία περιλαμβάνει ορισμένους στρεσογόνους παράγοντες, το παιδί μπορεί να αναπτύξει μια

διαταραχή προσαρμοστικότητας, εκτός από τη διαταραχή αυτιστικού φάσματος. Ένας τέτοιος στρεσογόνος παράγοντας μπορεί να περιλαμβάνει μια τάξη που δεν αποδέχεται το παιδί, ένα μη δομημένο ή χαοτικό περιβάλλον ή έναν δάσκαλο χωρίς κατανόηση. Τα συμπτώματα της επιθετικότητας, του άγχους ή της κατάθλιψης ως αντίδραση στον στρεσογόνο παράγοντα μπορεί στη συνέχεια συμβάλλει στη δημιουργία μιας διαταραχής προσαρμοστικότητας. Όμοια, οι ξαφνικές αλλαγές στη δομή της οικογένειας των ατόμων αυτών, οι συχνές μετακομίσεις ή ο πρόσφατος αποχωρισμός από έναν σημαντικό φίλο ή από ένα άτομο για το οποίο είχαν αναπτύξει συναισθήματα αγάπης, μπορούν να προκαλέσουν διαταραχές προσαρμοστικότητας (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Στις περιπτώσεις όπου υπήρχε διπλή διάγνωση, διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών και διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες, τα άτομα παρουσίασαν μια αξιοσημείωτη αύξηση των στερεοτυπικών συμπεριφορών, μια γλωσσική έκπτωση και μια έκπτωση στις κοινωνικές δεξιότητες και αυξημένη επιθετικότητα, διάσπαση προσοχής, διαταραχές του ύπνου, ευερεθιστότητα, υπερδραστηριότητα και συμπεριφορές αυτοτραυματισμού (Mehtar & Mukaddes, 2011). Κατά την αξιολόγηση της παρουσίας τραυματικών ή στρεσογόνων παραγόντων σε παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, ο κλινικός θα πρέπει να λάβει προσεκτικά ένα ιστορικό των εμπειριών του παιδιού έτσι ώστε να καθορίσει αν είχε προκύψει κάποιο τραυματικό ή στρεσογόνο γεγονός στη ζωή του. Αν το παραπάνω ισχύει, ο κλινικός θα πρέπει να λάβει υπόψη τα συμπτώματα του πελάτη του με σκοπό να καθορίσει αν έχει υπάρξει κάποια αξιοσημείωτη αλλαγή ή αύξηση των συμπτωμάτων που θα μπορούσαν να συνεισφέρουν ώστε να τεθεί η διάγνωση της διαταραχής που σχετίζεται με κάποιο τραυματικό γεγονός (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

5.8.3 Διαταραχές Προσκόλλησης

Σύμφωνα με την Ainsworth και τους συνεργάτες της (1997), όπως αναφέρουν ο Kroncke και οι συνεργάτες του, η θεωρία της προσκόλλησης υποθέτει πως η γονική συνέπεια, αξιοπιστία και ευαισθησία επηρεάζουν το αίσθημα ασφάλειας που παρουσιάζει το παιδί τους. Επειδή τα ελλείμματα στην κοινή προσοχή και στην επεξεργασία των κοινωνικών πληροφοριών είναι βιολογικά παρόντα στα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, η ανάπτυξη προσκολλημένων μπορεί να είναι κάπως τροποποιημένη. Σύμφωνα με τον Van Ijzendoorn και τους συνεργάτες του (2007), όπως αναφέρουν οι Kroncke, Willard και Huckabee, ένας ασφαλής ή ένας ανασφαλής δεσμός σίγουρα μπορεί να προκύψει, αλλά μπορεί να εκδηλωθεί αργότερα στη ζωή του ατόμου ή να παρουσιάζει μια διαφορετική σχέση ως προς τη γονική ευαισθησία. Όταν αναπτύσσεται ανασφαλής ή αποδιοργανωμένος

δεσμός ως αποτέλεσμα απύσας, μη συνεπούς, καταχρηστικής ή αμελούς φροντίδας, ένα παιδί μπορεί να διαγνωστεί με διαταραχή προσκόλλησης. Όταν οι δεσμοί μεταξύ του γονέα και του παιδιού είναι δύσκολο να σχηματιστούν εξαιτίας της απόστασης και μερικές φορές του άκαμπτου αποκομμένου τρόπου των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, δεν υπάρχουν ενδείξεις για παρουσία διαταραχής προσκόλλησης. Δεδομένης αυτής της διακριτικής διαφοράς, είναι σημαντικό οι κλινικοί να είναι εξοικειωμένοι με τις διαφοροποιήσεις οι οποίες μπορεί να εμφανιστούν όταν τα παιδιά παρουσιάζουν σημάδια δυσκολίας σχηματισμού δεσμών με τους φροντιστές τους (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Η αντιδραστική διαταραχή προσκόλλησης και η διαταραχή αποδυναμωμένης κοινωνικής εμπλοκής είναι διαγνώσεις του DSM – 5, οι οποίες υπάγονται στις διαταραχές προσκόλλησης. Για να τεθεί η διάγνωση, η παραμέληση ή η κακομεταχείριση θα πρέπει να προκύπτουν μεταξύ της γέννησης και της ηλικίας των δύο ετών και το παιδί θα πρέπει να έχει αναπτυξιακή ηλικία τουλάχιστον 9 μηνών. Η μη επαρκής φροντίδα καθορίζεται από παραμέληση ή από έλλειψη των βασικών αναγκών για στοργή, επανειλημμένες αλλαγές στους κύριους φροντιστές που δεν ευνοούν τη δημιουργία δεσμών και η ανατροφή του παιδιού σε πλαίσια που περιορίζουν τις ευκαιρίες για ανάπτυξη δεσμών. Η αντιδραστική διαταραχή προσκόλλησης, που παλαιότερα ήταν ο όρος που περιέγραφε και τις δύο διαταραχές προσκόλλησης, περιλαμβάνει ένα συνεπές μοτίβο αποδυναμωμένης και συναισθηματικά αποτραβηγμένης συμπεριφοράς. Το παιδί, σπάνια αναζητεί ή ανταποκρίνεται στην παρηγοριά όταν είναι αγχωμένο, παρουσιάζει ελάχιστη κοινωνική και συναισθηματική ανταπόκριση, έχει περιορισμένα θετικά αποτελέσματα και επιδεικνύει ανεξήγητη ευερεθιστότητα, θλίψη ή ανεξήγητο φόβο. Τα συμπτώματα θα πρέπει να είναι παρόντα πριν την ηλικία των πέντε ετών και το παιδί δεν θα πρέπει να πληροί τα κριτήρια του αυτισμού σύμφωνα με το DSM – 5. Τα συμπτώματα της διαταραχής αποδυναμωμένης κοινωνικής εμπλοκής περιλαμβάνουν υπερβολικά κοινωνικές συμπεριφορές αντί για αποτραβηγμένες συμπεριφορές. Η αποδυναμωμένη εμπλοκή καταγράφεται στη μειωμένη επικοινωνία του ατόμου με τον φροντιστή του, καθώς και στη μειωμένη εχεμύθεια κατά την αλληλεπίδραση, ελλιπή όρια και προθυμία του ατόμου να βγει με άγνωστους σε αυτό ενήλικες (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

5.8.4 Διαφοροδιάγνωση Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών και Διαταραχών Προσκόλλησης

Όπως και στις άλλες διαταραχές μετά από κάποιο τραυματικό γεγονός, η ειδική προσοχή στην πρώιμη αναπτυξιακή ιστορία είναι καθοριστική για τη διαφοροδιάγνωση της προσκόλλησης από τον αυτισμό. Το DSM – 5 προτείνει πως η διαφοροδιάγνωση βασίζεται στην παρουσία ή στην απουσία σοβαρής κοινωνικής παραμέλησης, περιορισμένων ενδιαφερόντων και τελετουργικών συμπεριφορών και συμπεριφορών προσκόλλησης. Τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές γενικά παρουσιάζουν συμπεριφορά προσκόλλησης η οποία είναι τυπική για το αναπτυξιακό τους επίπεδο και δεν αποτελεί διαταραχή προσκόλλησης (APA, 2013). Τα παιδιά με διαταραχή προσκόλλησης μπορεί να μιλούν ασταμάτητα, να αγνοούν τον εξεταστή και να παρουσιάζουν αποδιοργανωμένους τρόπους. Η συνολική κλινική εικόνα είναι διαφορετική καθώς απουσιάζουν τα συμπτώματα περιορισμένων και επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών και ενδιαφερόντων. Τα παιδιά με αντιδραστική διαταραχή προσκόλλησης μπορεί να προτιμούν μια δομημένη, ξεκάθαρη ρουτίνα, κάτι που υποδεικνύει πως αυτό μειώνει το άγχος τους και δεν αποτελεί απλά μια επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά. Ένα παιδί με διαταραχή αποδυναμωμένης κοινωνικής εμπλοκής έκανε συνεχώς ερωτήσεις κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης του και συχνά δεν περίμενε τον εξεταστή να απαντήσει. Αυτό υποδείκνυε ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες. Το ίδιο παιδί εξέφραζε συνεχόμενο ενδιαφέρον για το που βρίσκεται ένας συγκεκριμένος εξεταστής και γρήγορα και αδιακρίτως, σχημάτιζε μια προσκόλληση στο συγκεκριμένο άτομο. Η συμπεριφορά αυτή ερχόταν σε συμφωνία με το μοτίβο αλληλεπίδρασης του παιδιού αυτού με άλλους ενήλικες. Ακόμα και αν τα αποτελέσματα του ADOS – 2 ήταν υψηλά και το παιχνίδι ήταν αυταρχικό και ελεγκτικό, οι διαγνωστικές εντυπώσεις περιέλαβαν προσκόλληση και όχι αυτισμό. Σύμφωνα με την έρευνα του Sadiq και των συνεργατών του (2012), όπως αναφέρουν οι Kroncke, Willard και Huckabee, η οποία αναφέρει πως τα παιδιά με εναντιωματική διαταραχή προσκόλλησης φαίνεται πως είναι τουλάχιστον όσο ελλειμματικά είναι και τα παιδιά με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές σε συγκεκριμένους τομείς της κοινωνικής σχετικότητας. Το πρώιμο ιστορικό παραμέλησης και κακοποίησης πριν την υιοθεσία του παιδιού στους 11 μήνες σε συνδυασμό με τη υπερβολικά γνώριμη συμπεριφορά με τους ενήλικους και οι προκλήσεις για σχηματισμό ουσιαστικών φιλικών σχέσεων με διάρκεια υπέδειξαν στη διάγνωση της διαταραχής προσκόλλησης. Ένα άλλο πολύ νεαρό παιδί παραπέμφθηκε για επιθετική συμπεριφορά, ξεσπάσματα και χτύπημα του κεφαλιού, περίπου 2 ετών, παρουσίαζε ελάχιστη επικοινωνία με τη μητέρα του ως προς το που

βρίσκεται. Είχε ένα ιστορικό συχνής αλλαγής φροντιστών και κανέναν από τους δύο γονείς δεν ήταν συναισθηματικά διαθέσιμος για αυτό κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής του. Αυτό το λαμπρό δίχρονο παιδί σύντομα έμαθε τα ονόματα των εξεταστών του και παρουσίαζε σημάδια ανησυχίας όποτε ένα από τους δύο έβγαινε από το δωμάτιο. Παρουσίαζε βλεμματική επαφή, κοινή προσοχή και χρησιμοποιούσε κοινωνικές αναφορές με άγνωστους ενήλικους. Μπορούσε να γίνει πολύ επιθετικό, με λίγα σημάδια προκλητικής συμπεριφοράς. Αυτό που πολύ ειδικοί θεώρησαν πως μπορεί να είναι αυτισμός, ήταν τελικά ένα πρόβλημα προσκόλλησης (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

5.8.5 Συννοσηρότητα Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών και Διαταραχών Προσκόλλησης

Υπάρχει περιορισμένη έρευνα σχετικά με τη συννοσηρότητα διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών και προσκόλλησης. Οι έρευνες σχετικά με τη συννοσηρότητα αυτή δεν έχουν συμπεριλάβει τις διαταραχές προσκόλλησης στις ψυχικές διαταραχές προς συζήτηση. Η εναντιωματική διαταραχή προσκόλλησης μπορεί να διαγνωστεί με ΔΕΠΥ –Y, για παράδειγμα αλλά το DSM – 5 δεν εκφράζει μια άποψη ως προς τη συννοσηρότητα των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών και της προσκόλλησης (APA, 2013). Στο DSM – 5 τα κριτήρια για την εναντιωματική διαταραχή προσκόλλησης, αναφέρεται πως για να τεθεί η διάγνωση μια διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μπορεί να μην είναι παρούσα. Οι προκλήσεις που σχετίζονται με την προσκόλληση που μπορεί να επηρεάζονται με τον αυτισμό δεν πρόκειται να καταλήξουν απαραίτητα σε φροντίδα που ανταποκρίνεται στη σοβαρότητα της δυσπροσαρμοστικής φροντίδας που σχετίζεται με την εναντιωματική διαταραχή προσκόλλησης, αλλά παρόλα αυτά η προσκόλληση που σχηματίζεται μπορεί να έχει έναν ισχυρό αντίκτυπο στο παιδί και στο οικογενειακό σύστημα (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Για τον ασφαλή δεσμό, η φροντίδα θα πρέπει να παρουσιάζει ανταπόκριση, ευαισθησία, εμπιστοσύνη και αναλογία. Φυσιολογικά με μια διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή, ένας γονέας θα αντιμετωπίσει μεγαλύτερες προκλήσεις στην καθιέρωση αυτού του δεσμού. Οι γονείς θέλουν να κάνουν τα παιδιά τους χαρούμενα και τα παιδιά με αυτισμό μπορεί να είναι πιο χαρούμενα όταν παίζουν μόνα τους και ασχολούνται με αντικείμενα και όχι με ανθρώπους. Τα παιδιά με αυτισμό μπορεί να έχουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις στις αλλαγές και στις μεταβάσεις οι οποίες με τη σειρά τους επηρεάζουν το γονέα και το είδος του δεσμού που αναπτύσσεται μεταξύ τους. Όταν ένα παιδί νηπιακής ηλικίας

εμπίπτει στο φάσμα του αυτισμού, μπορεί να είναι χαρούμενο όταν παίζει μόνο του, όταν στριφογυρίζει αντικείμενα ή βηματίζει στο δωμάτιο και όταν αποσύρεται από τις αλληλεπιδράσεις. Λαμβάνοντας υπόψη την κοινή προσοχή και την κοινή αναφορά, το μοίρασμα και την εκδήλωση, που αξιολογήθηκαν με το ADOS – 2, ένας έμπειρος κλινικός θα αξιολογήσει το αν το παιδί ενδιαφέρεται ή όχι για το αν ο γονέας το παρακολουθεί, απαντάει και δείχνει ή μοιράζεται μαζί του παιχνίδια (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Τα παιδιά θα πρέπει να μάθουν, είτε έχουν αυτισμό είτε όχι, πως κάποιος θα τα φροντίσει, πως ο κόσμος είναι ασφαλής και καλλιεργημένος και πως οι γονείς και οι φροντιστές είναι ιδιαίτεροι άνθρωποι. Όταν κάποιος δουλεύει με ένα παιδί είτε είναι τυπικής ανάπτυξης είτε όχι, είναι σημαντικό για ένα γονέα να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του παιδιού του. Αυτό περιλαμβάνει να φροντίζει να μην είναι το παιδί πεινασμένο, βρεγμένο, μόνο ή τραυματισμένο. Καθώς ο γονέας ανταποκρίνεται στις ανάγκες και μιλάει στο παιδί, ένα πιο ισχυρό λεξιλόγιο μπορεί να αναπτυχθεί, το οποίο μπορεί να βοηθήσει ένα αυτιστικό ή ένα τυπικής ανάπτυξης παιδί (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Όταν ένα πρώιμο τραυματικό γεγονός και η παραμέληση από τους γονείς είναι παρόντα σε ένα νεαρό παιδί και οι συμπεριφορές τις οποίες εκδηλώνει πληρούν τα κριτήρια για μια διαταραχή προσκόλλησης, είναι σημαντικό να αξιολογηθούν οι συμπεριφορές προσκόλλησης του παιδιού. Κατά τη διαδικασία αξιολόγησης με σκοπό να τεθεί η διάγνωση της εναντιωτικής διαταραχής προσκόλλησης, τα παιδιά με ξεκάθαρη ανασφάλεια που προκαλεί προσκόλληση καθώς και με ελλειμματικό αμοιβαίο παιχνίδι, κοινή προσοχή, ικανότητα του να μοιράζεται και ελλειμματική ικανότητα εκδήλωσης, μπορεί να έχουν τόσο διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές όσο και μια διαταραχή προσκόλλησης. Παρόλο που το DSM – 5 δεν αναγνωρίζει ειδικά τη συννοσηρότητα μεταξύ των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών και των διαταραχών προσκόλλησης, σε κλινικό επίπεδο οι καταστάσεις αυτές συνυπάρχουν. Ο αυτισμός είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή ενώ οι διαταραχές προσωπικότητας οφείλονται σε περιβαλλοντικού παράγοντες. Ένα παιδί με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές το οποίο βιώνει ελλειμματική φροντίδα, παραμέληση και κακοποίηση μπορεί να πληροί τα κριτήρια και για τις δύο διαταραχές. Η θεραπεία μπορεί να είναι πολύ διαφορετική και αυτό εξαρτάται από το ποια διάγνωση έχει τεθεί ή από το αν και οι δύο διαταραχές είναι παρούσες. Για αυτό το λόγο μια ακριβής διάγνωση είναι κρίσιμη (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

5.8.6 Διαφοροδιάγνωση και Διάγνωση Συννοσηρότητας των Διαταραχών Προσκόλλησης και των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών σε Παιδιά Νηπιακής Ηλικίας

Η διαφοροδιάγνωση και η διάγνωση συννοσηρότητας των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών και των διαταραχών προσκόλλησης περιλαμβάνουν μια κοντινή ματιά στις συμπεριφορές των παιδιών κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού. Παρακάτω αναφέρονται στοιχεία για την εκδήλωση των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, της εναντιωματικής (για παιδιά που παρουσιάζουν μόνο μία από τις διαταραχές αυτές), που μπορεί να βοηθήσουν στη διαδικασία της διαφοροδιάγνωσης τους:

- **Παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές:**

Το πρωταρχικό διαφοροποιητικό χαρακτηριστικό για τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές σε παιδιά νηπιακής ηλικίας είναι η έλλειψη του αμοιβαίου παιχνιδιού. Τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές στις μικρές ηλικίες τείνουν να έχουν έλλειψη αμοιβαίου παιχνιδιού ενώ τα παιδιά με διαταραχές προσκόλλησης μπορεί να παρουσιάζουν κατά διαστήματα αμοιβαίο παιχνίδι. Ο αυτισμός σίγουρα μπορεί να επηρεάσει την προσκόλληση η οποία σχηματίζεται μεταξύ του γονέα και του παιδιού ακόμα και όταν οι γονείς του παιδιού αυτού είναι ευχάριστοι, του παρέχουν μια σωστή ανατροφή και ασχολούνται μαζί του. Οι γονείς μπορεί να δίνουν χώρο στο παιδί καθώς τα νεαρά παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές προτιμούν να παίζουν μόνα τους. Τα παιδιά νηπιακής ηλικίας με αυτισμό μπορεί να εστιάζουν την προσοχή τους σε αντικείμενα και όχι σε ανθρώπους, μπορεί να παρουσιάζουν ξεσπάσματα ή να βηματίζουν γύρω από το δωμάτιο και μπορεί να χρησιμοποιούν το χέρι του εξεταστή ως εργαλείο. Επιπλέον, τείνουν να παρουσιάζουν λιγότερο συμβολικό παιχνίδι, χωρίς ιδιαίτερη φαντασία και δημιουργικότητα. Γενικά δεν συμμετέχουν ούτε συνεχίζουν τις αλληλουχίες παιχνιδιών που έχει ξεκινήσει κάποιος άλλος (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

- **Παιδιά με εναντιωματική διαταραχή προσκόλλησης:**

Τα παιδιά με ανασφαλή δεσμό αλλά έχουν την ικανότητα να παίζουν μαζί με άλλα άτομα. Τα παιδιά με τη διαταραχή αυτή είναι συνεσταλμένα και παρουσιάζουν μια συναισθηματική απόσυρση, αλλά όχι επειδή προτιμούν να ασχολούνται με αντικείμενα και όχι με άλλους ανθρώπους, όπως συμβαίνει σε νεαρά παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Για να τεθεί η διάγνωση θα πρέπει να υπάρχει μια περίοδος

παραμέλησης ή κακομεταχείρισης μεταξύ της γέννησης και της ηλικίας των 2 ετών. Τα παιδιά με διαταραχές προσκόλλησης σπάνια αναζητούν παρηγοριά από τους γονείς τους, εκδηλώνουν επίμονα λυπημένες συμπεριφορές ή συμπεριφορές ευερεθιστότητας και ελάχιστα δραστικά αλλαγμένη συναισθηματική ανταπόκριση. Σε αντίθεση με τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, τα παιδιά με εναντιωτική διαταραχή προσκόλλησης ή η διαταραχή αποδυναμωμένης κοινωνικής εμπλοκής μπορεί να μοιράζονται τον ενθουσιασμό των άλλων ατόμων κατά την αλληλεπίδραση μαζί τους και μπορεί να παρουσιάζουν σχέσεις με ενηλίκους χωρίς διάκριση ως προς το αν τους είναι γνωστοί ή όχι. Ένα παιδί νηπιακής ηλικίας με εναντιωτική διαταραχή προσκόλλησης ή η διαταραχή αποδυναμωμένης κοινωνικής εμπλοκής μπορεί να κυκλοφορεί με αγνώστους. Τα παιδιά με διαταραχές προσκόλλησης τείνουν να παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα συμπεριφοράς (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

- **Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και εναντιωτική διαταραχή προσκόλλησης:**

Τα παιδιά με ανασφαλή δεσμό και ελλειμματικό αμοιβαίο παιχνίδι μπορεί να παρουσιάζουν και διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και εναντιωτική διαταραχή προσκόλλησης. Παρά το γεγονός πως η διάγνωση συννοσηρότητας των δύο αυτών διαταραχών έχει μέχρι στιγμής απορριφθεί στο DSM – 5, από κλινική άποψη αν υπάρχει ένα μοτίβο συμπτωμάτων, μια ξεκάθαρη ανασφάλεια που οδηγεί σε προσκόλληση και σημαντικά μοτίβα ελλειμματικής αμοιβαιότητας, το παιδί μπορεί να πληροί τα κριτήρια και για τις δύο διαταραχές. Τα παιδιά που έχουν ανασφαλή δεσμό με τους φροντιστές τους και ελλειμματική κοινή προσοχή, ελλειμματική ικανότητα να μοιράζεται συναισθήματα και να εκδηλώνεται μπορεί να παρουσιάζουν και διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και κάποια διαταραχή προσκόλλησης. Κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού, το παιδί μπορεί να προτιμά να παίζει μόνο του, μπορεί να αγνοεί τον εξεταστή, δεν συμμετέχουν ενεργά κατά τις αλληλουχίες παιχνιδιού που δημιουργεί ο εξεταστής και μπορεί να παρουσιάσει προσκόλληση ή εμπλοκή με άτομα αδιακρίτως (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

6. Νοητική Υστέρηση και Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές

6.1 Εισαγωγή

Μία από τις πιο κοινές συνυπάρχουσες διαγνώσεις με τη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος είναι η νοητική υστέρηση (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016). Σύμφωνα με το Κέντρο για τον Έλεγχο και την Πρόληψη Ασθενειών (CDC), 35% των ατόμων με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος παρουσιάζουν ταυτόχρονα και νοητική υστέρηση. Το παραπάνω ποσοστό είναι σημαντικά χαμηλότερο από προηγούμενες αναφορές το 2001 σύμφωνα με τις οποίες ένα 70% των ατόμων με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος παρουσίαζε και νοητική υστέρηση (Tramell, Wilczynski, Dale & McIntosh, 2013). Το Κέντρο για τον Έλεγχο και την Πρόληψη Ασθενειών (CDC) αναφέρει πως 1 στα 68 παιδιά λαμβάνουν τη διάγνωση του αυτισμού και σύμφωνα με τα τωρινά δεδομένα είναι πιθανό πως ένα μεγαλύτερο ποσοστό από τα άτομα αυτά έχουν μέτρια ή καλύτερη διανοητική κλινική εικόνα. Πιο συγκεκριμένα, τα υψηλά γνωστικά αποτελέσματα είναι πιο συνηθισμένα στους τομείς της κατανόησης του προφορικού λόγου και της αντιληπτικής συλλογιστικής συγκριτικά με τους τομείς της εργαζόμενης μνήμης και της ταχύτητας επεξεργασίας (Foley – Nicron, Assouline & Stinson, 2012).

6.2 Διαφοροδιάγνωση Νοητικής Υστέρησης και Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών

Παρά το ότι το 35% των περιπτώσεων ατόμων με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος παρουσιάζουν και νοητική υστέρηση είναι σημαντικό για τους κλινικούς να μπορούν να αποκλείσουν τη διάγνωση της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος όταν αξιολογούν ένα παιδί με νοητική υστέρηση. Καθώς η διάγνωση της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος βασίζεται στην κοινωνική επικοινωνία και αμοιβαιότητα και στις περιορισμένες επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές ή μοτίβα συμπεριφορών, είναι σημαντική η διερεύνηση των τομέων αυτών στο πλαίσιο της νοητικής υστέρησης. Η νοητική υστέρηση θεωρείται πως περιλαμβάνει ελλείμματα στον αντιληπτικό, κοινωνικό και πρακτικό τομέα (American Psychiatric Association, 2013a; Trammell, Wilczynski, Dale & McIntosh, 2013). Τα ελλείμματα αυτά περιλαμβάνουν δυσκολίες στις γλωσσικές, συλλογιστικές, γνωστικές, διαπροσωπικές και προσαρμοστικές δεξιότητες. Ένα άτομο με νοητική υστέρηση είναι πιθανό να παρουσιάζει ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες και στην επικοινωνία και μπορεί να υπάρχει επαναλαμβανόμενος λόγος ή περιορισμένα ενδιαφέροντα. Είναι αναγκαίο να γίνει διάκριση του πότε τα χαρακτηριστικά αυτά

παραπέμπουν στον αυτισμό. Κατά τη διαφοροδιάγνωση του αυτισμού και της νοητικής υστέρησης ο κλινικός θα πρέπει να λάβει υπόψη χαρακτηριστικά του αυτισμού συμπεριλαμβανομένων της κοινωνικής αμοιβαιότητας, των χειρονομιών και των δεξιοτήτων κατά το παιχνίδι. Τα άτομα που έχουν περιορισμένες αντιληπτικές δεξιότητες όπως η γλώσσα και η λεκτική επικοινωνία, αλλά δεν έχουν Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, μπορεί να χρησιμοποιούν χειρονομίες και μη λεκτική επικοινωνία, ακόμα πιο συχνά σε σχέση με ένα παιδί τυπικής ανάπτυξης. Τα παιδιά με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος μπορεί να μην κάνουν προσπάθειες να επικοινωνήσουν ακόμα και όταν έχουν την απαιτούμενη νοητική ικανότητα. Ένα παιδί με νοητική υστέρηση μπορεί να κάνει επαναλήψεις και να είναι συγκεκριμένο κατά τη δημιουργία μιας αλληλουχίας παιχνιδιού αλλά είναι πιο πιθανό να έχει βλεμματική επαφή, να παρακολουθεί την αντίδραση του εξεταστή στο παιχνίδι, να μοιράζεται τον ενθουσιασμό και να δουλέψει ώστε να καταφέρει να συνδεθεί μέχρι ένα επίπεδο με τον εξεταστή. Έτσι οι χειρονομίες, η βλεμματική επαφή, η μη λεκτική παρακολούθηση, σύνδεση και επικοινωνία μπορεί να είναι ξεκάθαροι διαφοροποιητικοί παράγοντες οι οποίοι αποκλείουν τη διάγνωση της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος σε παιδιά με πιθανή νοητική υστέρηση. Ο Trammell και οι συνεργάτες του (2013) αναφέρουν πως τα ελλείμματα στην προσαρμοστική δεξιότητα μπορεί να είναι πιο σαφή σε ένα άτομο με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος και συνυπάρχουσας νοητικής υστέρησης παρά σε ένα άτομο μόνο με νοητική υστέρηση. Έτσι οι προσαρμοστικές δεξιότητες μπορεί να συγκριθούν με τις γνωστικές ικανότητες για να παρέχουν επιπλέον πληροφορίες κατά τη διαφοροδιάγνωση του αυτισμού και της νοητικής υστέρησης (Matson & Shoemaker, 2009; Trammell, Wilczynski, Dale & McIntosh, 2013).

6.3 Συννοσηρότητα Νοητικής Υστέρησης και Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών

Η νοητική υστέρηση παρουσιάζει υψηλό ποσοστό συννοσηρότητας με τη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως το 35% των ατόμων με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος έχουν Νοητική Υστέρηση. Αυτό σημαίνει πως εκτός από τη νοητική υστέρηση τα άτομα αυτά παρουσιάζουν επίσης σημαντικές αδυναμίες στην κοινωνική επικοινωνία και περιορισμένες και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως είναι πιθανό πως η συνολική προσαρμοστική λειτουργία είναι χαμηλότερη όταν οι Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος και η νοητική υστέρηση συνυπάρχουν. Κατά την εξέταση της συννοσηρότητας της νοητικής υστέρησης και της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος ένα σημαντικό σημείο είναι η επαναξιολόγηση των

γνωστικών δεξιοτήτων συχνά καθώς η γνωστική ικανότητα είναι πιο πιθανό να αλλάξει στα άτομα με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος και είναι ιδιαίτερος ασταθής στη νεαρή ηλικία (American Psychiatric Association, 2013a, σ. 40).

Στα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά, τα αποτελέσματα του Δείκτη Νοημοσύνης αναφέρεται πως σταθεροποιούνται γύρω στην ηλικία των επτά ετών, αλλά μπορεί να υπάρξει μεγαλύτερη μεταβλητότητα στα άτομα με αυτισμό. Όπως αναφέρουν οι Kroncke, Willard & Huckabee, σύμφωνα με μια έρευνα των Mayes και Calhoun το 1999 (2003), πρότειναν πως το 33% των νεαρών παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος των οποίων ο Δείκτης Νοημοσύνης εκτιμήθηκε ένα χρόνο μετά, παρουσίασαν σημαντική αλλαγή στο Δείκτη Νοημοσύνης με το πέρασμα του χρόνου (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016). Μια δεύτερη έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2013 βρήκε παρόμοια αποτελέσματα υποδεικνύοντας πως το 32% των παιδιών με Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή είχε μια σημαντική αλλαγή στο Δείκτη Νοημοσύνης των 15 ή παραπάνω μονάδων, κατά προσέγγιση από την ηλικία των τεσσάρων έως την ηλικία των επτά ετών (Barry, Moran, Anglim, Conway & Guerin, 2013). Στην έρευνα αυτή οι ερευνητές δεν έλεγξαν την παρέμβαση που λάμβανε κάθε παιδί. Ωστόσο, κατά το δεύτερο χρόνο 68% των παιδιών λάμβαναν ειδική εκπαιδευτική υποστήριξη για Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος που μπορεί να επηρέασαν το Δείκτη Νοημοσύνης τους (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Η έρευνα παρουσιάζει με συνέπεια πως η υψηλή γνωστική ικανότητα έχει άριστα αποτελέσματα στα άτομα με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος. Ωστόσο ο Δείκτης Νοημοσύνης δεν επηρεάζει απαραίτητα τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Όπως αναφέρουν οι Kroncke, Willard και Huckabee, σύμφωνα με τους Ben – Itzhak, Watson και Zachor (2014), οι ερευνητές ανακάλυψαν πως δύο χρόνια πρώιμης εντατικής συμπεριφορικής παρέμβασης μείωσε τη σοβαρότητα του αυτισμού τόσο στις ομάδες των ατόμων με νοητική υστέρηση όσο και στις ομάδες των ατόμων χωρίς νοητική υστέρηση (46 συμμετέχοντες, μέση ηλικία 2 ετών). Η διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων (ομάδα με νοητική υστέρηση και ομάδα χωρίς νοητική υστέρηση) ήταν οι προσαρμοστικές, οι κοινωνικές και οι επικοινωνιακές τους δεξιότητες. Η μελέτη επίσης ανακάλυψε πως η βελτίωση στις προσαρμοστικές δεξιότητες συνέβαινε μόνο έπειτα από δύο χρόνια παρέμβασης υποδηλώνοντας πως η εφαρμογή των δεξιοτήτων απαιτούσε εκτεταμένη εξάσκηση πριν να είναι σε θέση τα παιδιά να μεταφερθούν σε καθημερινά πλαίσια. Συνοψίζοντας, τα παιδιά τα οποία έχουν συνυπάρχουσα νοητική υστέρηση και αυτισμό

παρουσιάζουν σημαντικά μεγαλύτερη δυσκολία στον προσαρμοστικό, κοινωνικό και επικοινωνιακό τομέα (Kroncke, Willard & Huckabee, 2016).

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

Heward, W. L. (2011). *Παιδιά με ειδικές ανάγκες: Μία εισαγωγή στην Ειδική Εκπαίδευση*. Μτφρ. Χ. Λυμπεροπούλου. Δαβάζογλου Α., Κόκκινος Κ. (επιμ.). Αθήνα: Εκδόσεις ΤΟΠΟΣ.

Kring, A.M., Davison, G.C., Neale, J.M. & Johnson, S.L. (2010). *Ψυχοπαθολογία*. Μτφρ. Θ. Καραμπά. Αυδή Ε., Ρούσση Π. (επιμ.). Αθήνα: GUTENBERG.

Schacter, D.L., Gilbert, D.T. & Wegner D.M. (2012). *Ψυχολογία*. Μτφρ. Ε. Κοππάση. Βοσνιάδου Σ. (επιμ.). ΑΘΗΝΑ: GUTENBERG.

Αρμπουνιώτη, Β., Κουτσοκλένη, Ι., & Μαρνελάκης, Μ. (2007). *Νοητική υστέρηση*.

Μαδιανός, Μ. (2004). *Κλινική ψυχιατρική*. Αθήνα: Καστανιώτη.

Παπαδάτος, Γ. (2010). *Ψυχικές Διαταραχές και Μαθησιακές Δυσκολίες Παιδιών και Εφήβων*. GUTENBERG.

Πολεμικός Ν., Καΐλα Μ., Θεοδοροπούλου Ε., Στρογγυλός Β. (επιμ.) (2010). *Εκπαίδευση παιδιών με ειδικές ανάγκες: Μια πολυπρισματική προσέγγιση*. Αθήνα: ΠΕΔΙΟ.

Στασινός, Δ. (2016). *Η ειδική εκπαίδευση 2020 plus: Για μια Συμπεριληπτική ή Ολική Εκπαίδευση στο Νέο-ψηφιακό Σχολείο με Ψηφιακούς Πρωταθλητές*. Αθήνα: Παπαζήση

Συριοπούλου- Δελλή, Χ. (2016). *Εκπαίδευση και Ειδική Αγωγή Ατόμων με Διαταραχή Φάσματος Αυτισμού*. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

Φρανσίσ, Κ. (2007). *Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές ή Διαταραχές του Αυτιστικού Φάσματος*. Διαναπηρικός Οδηγός Εξειδίκευσης (ΕΠΕΑΕΚ).

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Akshoomoff, N. (2000). *Neurological underpinnings of autism*. In A. M. Wetherby & B. M. Prizant (Eds.), *Autism spectrum disorders: A transactional developmental perspective*.

American Psychiatric Association, Committee on Nomenclature and Statistics, American Psychiatric Association, & Committee on Nomenclature and Statistics. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Assn., Mental Hospital Service.

American Psychiatric Association. (2013a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

American Psychiatric Association. (2013b). *DSM-5 intellectual disability fact sheet*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Ashwin, C., Chapman, E., Colle, L., & Baron-Cohen, S. (2006). Impaired recognition of negative basic emotions in autism: A test of the amygdala theory. *Social neuroscience, 1*(3-4), 349-363.

Bagnell, K. B. (2019). Diagnostic Criteria, Treatment and Long-Term Considerations for Individuals with Autism: Foundation for the Life Care Plan. *Journal of Life Care Planning, 17*(2).

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Cox, A., Baird, G., Charman, T., Swettenham, J., Drew, A. & Doehring, P. (2000). Early identification of autism by the Checklist for Autism in Toddlers (CHAT). *Journal of the royal society of medicine, 93*(10), 521-525.

Baudewijns, L., Ronsse, E., Verstraete, V., Sabbe, B., Morrens, M., & Bertelli, M. O. (2018). *Problem behaviours and major depressive disorder in adults with intellectual disability and autism*. *Psychiatry research, 270*, 769-774.

Beavers, G. A., Iwata, B. A., & Lerman, D. C. (2013). Thirty years of research on the functional analysis of problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis, 46*(1), 1-21.

Bellini, S. (2004). Social skill deficits and anxiety in high-functioning adolescents with autism spectrum disorders. *Focus on autism and other developmental disabilities, 19*(2), 78-86.

- Berthoz, S., & Hill, E. L. (2005). The validity of using self-reports to assess emotion regulation abilities in adults with autism spectrum disorder. *European psychiatry*, 20(3), 291-298.
- Bisconer, S.W. & Ahsan, S.Z. (2017). *Intellectual Disability*.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox: oder Gruppe der Schizophrenien*. F. Deuticke.
- Boutot, E. A., & Bryant, D. P. (2005). Social integration of students with autism in inclusive settings. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 40(1), 14-23.
- Boyle, C. A., Boulet, S., Schieve, L. A., Cohen, R. A., Blumberg, S. J., Yeargin-Allsopp, M., Visser, S., & Kogan, M. D. (2011). Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997–2008. *Pediatrics*, 127(6), 1034-1042.
- Burner, K. M., Sterling, L. J., Munson, J., Estes, A. M., Dawson, G., & Webb, S. J. (2014). *A longitudinal study of emotion processing in ASD and the relation with other clinical symptoms: The Cpea early development study of autism*. In *13th Annual International Meeting for Autism Research, Atlanta, GA*.
- Camras, L. A., & Shutter, J. M. (2010). Emotional facial expressions in infancy. *Emotion review*, 2(2), 120-129.
- Canitano, R., & Pallagrosi, M. (2017). *Autism spectrum disorders and schizophrenia spectrum disorders: excitation/inhibition imbalance and developmental trajectories*. *Frontiers in psychiatry*, 8, 69.
- Carter, A. S., Volkmar, F. R., Sparrow, S. S., Wang, J. J., Lord, C., Dawson, G., ... & Schopler, E. (1998). The Vineland Adaptive Behavior Scales: supplementary norms for individuals with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 28(4), 287-302.
- Cervantes, P., Matson, J. L., Tureck, K., & Adams, H. L. (2013). The relationship of comorbid anxiety symptom severity and challenging behaviors in infants and toddlers with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(12), 1528-1534.
- Chang, Y. C., Quan, J., & Wood, J. J. (2012). Effects of anxiety disorder severity on social functioning in children with autism spectrum disorders. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 24(3), 235-245.

- Charman, T., & Gotham, K. (2013). Measurement Issues: Screening and diagnostic instruments for autism spectrum disorders—lessons from research and practise. *Child and adolescent mental health, 18*(1), 52-63.
- Chlebowski, C., Green, J. A., Barton, M. L., & Fein, D. (2010). Using the childhood autism rating scale to diagnose autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders, 40*(7), 787-799.
- Cochran, D. M., Dvir, Y., & Frazier, J. A. (2013). “Autism-plus” spectrum disorders: intersection with psychosis and the schizophrenia spectrum. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 22*(4), 609-627.
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2007). *Applied behavior analysis*.
- Corden, B., Chilvers, R., & Skuse, D. (2008). Avoidance of emotionally arousing stimuli predicts social–perceptual impairment in Asperger's syndrome. *Neuropsychologia, 46*(1), 137-147.
- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 14*(4), 631-648.
- Crespi, B. J., & Crofts, H. J. (2012). Association testing of copy number variants in schizophrenia and autism spectrum disorders. *Journal of neurodevelopmental disorders, 4*(1), 15
- D’ Amelio, M., Ricci, I., Sacco, R., Liu, X., Arguma, L., Musarella, L. Persico, A. M. (2005). *Paraoxonase gene variants associated with autism in North America but not in Italy: Possible regional specificity in gene- environment interactions*. *Molecular Psychiatry*.
- Demark, J. L., Feldman, M. A., & Holden, J. J. (2003). Behavioral relationship between autism and fragile X syndrome. *American Journal on Mental Retardation, 108*(5), 314-326.
- Dubin, A. H., Lieberman-Betz, R., & Lease, A. M. (2015). Investigation of individual factors associated with anxiety in youth with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders, 45*(9), 2947-2960.

- Einfeld, S. L., Ellis, L. A., & Emerson, E. (2011). Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: A systematic review. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 36*(2), 137-143.
- Eussen, M. L., de Bruin, E. I., Van Gool, A. R., Louwse, A., van der Ende, J., Verheij, F., & Greaves-Lord, K. (2015). Formal thought disorder in autism spectrum disorder predicts future symptom severity, but not psychosis prodrome. *European child & adolescent psychiatry, 24*(2), 163-172.
- Fletcher, R. J., & Robertson, B. (2011). *The adaptation and application of mindfulness-based psychotherapeutic practices for individuals with intellectual disabilities*. Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities.
- Foley-Nicpon, M., Assouline, S. G., & Stinson, R. D. (2012). Cognitive and academic distinctions between gifted students with autism and Asperger syndrome. *Gifted Child Quarterly, 56*(2), 77-89.
- Folstein, S. & Rutter, M. (1978). *A twin study of individuals with infantile autism*. In M. Rutter & E. Schopler (Eds), *Autism: A reappraisal of concepts and treatment*. New York: Plenum Press.
- Fombonne, E. (2003). Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. *Journal of autism and developmental disorders, 33*(4), 365-382.
- Gadow, K. D., Devincent, C. J., Pomeroy, J., & Azizian, A. (2005). Comparison of DSM-IV symptoms in elementary school-age children with PDD versus clinic and community samples. *Autism, 9*(4), 392-415.
- 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.
- Gaus, V. L. (2011). Adult Asperger syndrome and the utility of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 41*(1), 47-56.
- Gentile, J. P., & Gillig, P. M. M. (Eds.). (2012). *Psychiatry of intellectual disability*. Blackwell Publishing.
- Goin, R. P., & Myers, B. J. (2004). Characteristics of infantile autism: Moving toward earlier detection. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 19*(1), 5-12.

- Grandin, T. (1996). *Thinking In Pictures: and Other Reports from My Life with Autism*. Vintage.
- Griffin, M. M., Burke, M. M., & Hodapp, R. M. (2012). *Intellectual Disabilities*. In *Encyclopedia of Human Behavior: Second Edition* (pp. 444-451). Elsevier Inc..
- Guilmatre, A., Dubourg, C., Mosca, A. L., Legallic, S., Goldenberg, A., Drouin-Garraud, V., & Laumonnier, F. (2009). Recurrent rearrangements in synaptic and neurodevelopmental genes and shared biologic pathways in schizophrenia, autism, and mental retardation. *Archives of general psychiatry*, *66*(9), 947-956.
- Hallerbäck, M. U., Lugnegård, T., & Gillberg, C. (2012). Is autism spectrum disorder common in schizophrenia?. *Psychiatry Research*, *198*(1), 12-17.
- Hallett, V., Lecavalier, L., Sukhodolsky, D. G., Cipriano, N., Aman, M. G., McCracken, J. T., & Sikich, L. (2013). Exploring the manifestations of anxiety in children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, *43*(10), 2341-2352.
- Harris, J. C. (2010). *Intellectual disability: A guide for families and professionals*. Oxford University Press.
- Hassiotis, A., Serfaty, M., Azam, K., Strydom, A., Martin, S., Parkes, C., Blizard, R. & King, M. (2011). *Cognitive behaviour therapy (CBT) for anxiety and depression in adults with mild intellectual disabilities (ID): a pilot randomised controlled trial*. *Trials*, *12*(1), 95.
- Hill, E., Berthoz, S., & Frith, U. (2004). Brief report: Cognitive processing of own emotions in individuals with autistic spectrum disorder and in their relatives. *Journal of autism and developmental disorders*, *34*(2), 229-235.
- Hill, T. L., Gray, S. A., Baker, C. N., Boggs, K., Carey, E., Johnson, C., & Varela, R. E. (2017). A pilot study examining the effectiveness of the PEERS program on social skills and anxiety in adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of developmental and physical disabilities*, *29*(5), 797-808.
- Hintzen, A., Delespaul, P., van Os, J., & Myin-Germeys, I. (2010). Social needs in daily life in adults with pervasive developmental disorders. *Psychiatry research*, *179*(1), 75-80.
- Hobson, R. P. (1986). The autistic child's appraisal of expressions of emotion. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *27*(3), 321-342.

- Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., Nydén, A., Wentz, E., Ståhlberg, O., & Råstam, M. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC psychiatry*, *9*(1), 35.
- Humphreys, K., Minshew, N., Leonard, G. L., & Behrmann, M. (2007). A fine-grained analysis of facial expression processing in high-functioning adults with autism. *Neuropsychologia*, *45*(4), 685-695.
- Idusohan-Moizer, H., Sawicka, A., Dendle, J., & Albany, M. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy for adults with intellectual disabilities: an evaluation of the effectiveness of mindfulness in reducing symptoms of depression and anxiety. *Journal of Intellectual Disability Research*, *59*(2), 93-104.
- Kaba, D., Uran, P., & Aysev, A. S. (2017). Co-Occurrence of Autism Spectrum Disorder and Very Early Onset Schizophrenia: a Case Report. *Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*, *30*(1).
- Kanne, S. M., Randolph, J. K., & Farmer, J. E. (2008). Diagnostic and assessment findings: A bridge to academic planning for children with autism spectrum disorders. *Neuropsychology review*, *18*(4), 367-384.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child*, *2*(3), 217-250.
- Kearney, D. S., & Healy, O. (2011). Investigating the relationship between challenging behavior, co-morbid psychopathology and social skills in adults with moderate to severe intellectual disabilities in Ireland. *Research in Developmental Disabilities*, *32*(5), 1556-1563.
- Kelly, A. B., Garnett, M. S., Attwood, T., & Peterson, C. (2008). Autism spectrum symptomatology in children: The impact of family and peer relationships. *Journal of abnormal child psychology*, *36*(7), 1069.
- Kenworthy, L., Anthony, L. G., Naiman, D. Q., Cannon, L., Wills, M. C., Luong-Tran, C., & Sokoloff, J. L. (2014). Randomized controlled effectiveness trial of executive function intervention for children on the autism spectrum. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *55*(4), 374-383.

- Kerns, C. M., Kendall, P. C., Zickgraf, H., Franklin, M. E., Miller, J., & Herrington, J. (2015). Not to be overshadowed or overlooked: Functional impairments associated with comorbid anxiety disorders in youth with ASD. *Behavior therapy*, *46*(1), 29-39.
- Klin, A., Saulnier, C. A., Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., Volkmar, F. R., & Lord, C. (2007). Social and communication abilities and disabilities in higher functioning individuals with autism spectrum disorders: The Vineland and the ADOS. *Journal of autism and developmental disorders*, *37*(4), 748-759.
- Konstantareas, M. M., & Hewitt, T. (2001). Autistic disorder and schizophrenia: Diagnostic overlaps. *Journal of autism and developmental disorders*, *31*(1), 19-28.
- Kroncke, A. P., Willard, M., & Huckabee, H. (2016). *Assessment of autism spectrum disorder*. Springer International Publishing.
- La Malfa, G., Lassi, S., Bertelli, M., Salvini, R., & Placidi, G. F. (2004). Autism and intellectual disability: a study of prevalence on a sample of the Italian population. *Journal of intellectual disability research*, *48*(3), 262-267.
- Lacroix, A., Guidetti, M., Rogé, B., & Reilly, J. (2009). Recognition of emotional and nonemotional facial expressions: A comparison between Williams syndrome and autism. *Research in developmental disabilities*, *30*(5), 976-985.
- Landa, R. (2007). Early communication development and intervention for children with autism. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, *13*(1), 16-25.
- Lecavalier, L., Wood, J. J., Halladay, A. K., Jones, N. E., Aman, M. G., Cook, E. H., ... & Sullivan, K. A. (2014). Measuring anxiety as a treatment endpoint in youth with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, *44*(5), 1128-1143.
- Lehnhardt, F. G., Gawronski, A., Pfeiffer, K., Kockler, H., Schilbach, L., & Vogeley, K. (2013). The investigation and differential diagnosis of Asperger syndrome in adults. *Deutsches Ärzteblatt International*, *110*(45), 755.
- Lehnhardt, F. G., Gawronski, A., Volpert, K., Schilbach, L., Tepest, R., & Vogeley, K. (2012). Psychosocial functioning of adults with late diagnosed autism spectrum disorders--a retrospective study. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, *80*(2), 88-97.
- Leyfer, O. T., Folstein, S. E., Bacalman, S., Davis, N. O., Dinh, E., Morgan, J., ... & Lainhart, J. E. (2006). Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview

development and rates of disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 36(7), 849-861.

Lopata, C., Fox, J. D., Thomeer, M. L., Smith, R. A., Volker, M. A., Kessel, C. M., ... & Lee, G. K. (2012). ABAS-II ratings and correlates of adaptive behavior in children with HFASDs. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 24(4), 391-402.

Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P., Risi, S., Gotham, K., & Bishop, S. (2012). *Autism diagnostic observation schedule—2nd edition (ADOS-2)*. Los Angeles, CA: Western Psychological Corporation.

Loveland, K. A., Bachevalier, J., Pearson, D. A., & Lane, D. M. (2008). Fronto-limbic functioning in children and adolescents with and without autism. *Neuropsychologia*, 46(1), 49-62.

Lugnegård, T., Hallerbäck, M. U., & Gillberg, C. (2012). Personality disorders and autism spectrum disorders: what are the connections?. *Comprehensive Psychiatry*, 53(4), 333-340.

Lugo Marín, J., Rodríguez-Franco, M. A., Mahtani Chugani, V., Magán Maganto, M., Díez Villoria, E., & Canal Bedia, R. (2018). Prevalence of Schizophrenia Spectrum Disorders in Average-IQ Adults with Autism Spectrum Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(1), 239–250.

Magiati, I., Ozsivadjian, A., & Kerns, C. M. (2017). *Phenomenology and presentation of anxiety in Autism Spectrum Disorder*. In *Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorder* (pp. 33-54). Academic Press.

Maiano, C., Coutu, S., Tracey, D., Bouchard, S., Lepage, G., Morin, A. J., & Moullec, G. (2018). *Prevalence of anxiety and depressive disorders among youth with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis*. *Journal of affective disorders*, 236, 230-242.

Marrus, N., & Hall, L. (2017). Intellectual disability and language disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 26(3), 539-554.

Matson, J. L., & Cervantes, P. E. (2013). Comorbidity among persons with intellectual disabilities. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(11), 1318-1322.

- Matson, J. L., & Shoemaker, M. (2009). Intellectual disability and its relationship to autism spectrum disorders. *Research in developmental disabilities, 30*(6), 1107-1114.
- Matson, J. L., Belva, B. C., Hattier, M. A., & Matson, M. L. (2012). Scaling methods to measure psychopathology in persons with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities, 33*(2), 549-562.
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Murray, M. J., & Zahid, J. (2011). Variables associated with anxiety and depression in children with autism. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 23*(4), 325-337.
- Mazefsky, C. A., Herrington, J., Siegel, M., Scarpa, A., Maddox, B. B., Scahill, L., & White, S. W. (2013). *The role of emotion regulation in autism spectrum disorder. Journal of the American*
- Mazurek, M. O., & Kanne, S. M. (2010). Friendship and internalizing symptoms among children and adolescents with ASD. *Journal of autism and developmental disorders, 40*(12), 1512-1520. *Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 52*(7), 679-688.
- Mazzone, L., & Vitiello, B. (Eds.). (2016). *Psychiatric symptoms and comorbidities in autism spectrum disorder*. Springer International Publishing.
- Mazzone, L., Ruta, L., & Reale, L. (2012). Psychiatric comorbidities in asperger syndrome and high functioning autism: diagnostic challenges. *Annals of general psychiatry, 11*(1), 16.
- Mehtar, M., & Mukaddes, N. M. (2011). Posttraumatic stress disorder in individuals with diagnosis of autistic spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders, 5*(1), 539-546.
- Melville, C. A., Johnson, P. C. D., Smiley, E., Simpson, N., McConnachie, A., Purves, D., & Cooper, S. A. (2016). *Statistical modelling studies examining the dimensional structure of psychopathology experienced by adults with intellectual disabilities: Systematic review. Research in developmental disabilities, 53*, 1-10.
- Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in clinical neuroscience, 11*(1), 7.

- Moree, B. N., & Davis III, T. E. (2010). Cognitive-behavioral therapy for anxiety in children diagnosed with autism spectrum disorders: Modification trends. *Research in Autism Spectrum Disorders, 4*(3), 346-354.
- Myles, B. S., & Simpson, R. L. (1998). *Asperger syndrome: A guide for educators and parents*. Pro-Ed, 8700 Shoal Creek Boulevard, Austin, TX 78757-6897
- Nadeau, J., Sulkowski, M. L., Ung, D., Wood, J. J., Lewin, A. B., Murphy, T. K., ... & Storch, E. A. (2011). Treatment of comorbid anxiety and autism spectrum disorders. *Neuropsychiatry, 1*(6), 567.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2015). *Mental disorders and disabilities among low-income children*. National Academies Press.
- Niditch, L. A., Varela, R. E., Kamps, J. L., & Hill, T. (2012). Exploring the association between cognitive functioning and anxiety in children with autism spectrum disorders: the role of social understanding and aggression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 41*(2), 127-137.
- Oeseburg, B., Dijkstra, G. J., Groothoff, J. W., Reijneveld, S. A., & Jansen, D. E. C. (2011). Prevalence of chronic health conditions in children with intellectual disability: a systematic literature review. *Intellectual and developmental disabilities, 49*(2), 59-85.
- Ozonoff, S., Garcia, N., Clark, E., & Lainhart, J. E. (2005). MMPI-2 personality profiles of high-functioning adults with autism spectrum disorders. *Assessment, 12*(1), 86-95.
- Parker, S. E., Mai, C. T., Canfield, M. A., Rickard, R., Wang, Y., Meyer, R. E., Anderson, P., Mason, C.A., Collins, J.S., Kirby, S. & Correa, A. (2010). Updated national birth prevalence estimates for selected birth defects in the United States, 2004–2006. *Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology, 88*(12), 1008-1016.
- Pelphrey, K. A., Sasson, N. J., Reznick, J. S., Paul, G., Goldman, B. D., & Piven, J. (2002). Visual scanning of faces in autism. *Journal of autism and developmental disorders, 32*(4), 249-261.
- Piggot, J., Kwon, H., Mobbs, D., Blasey, C., Lotspeich, L., Menon, V., & Reiss, A. L. (2004). Emotional attribution in high-functioning individuals with autistic spectrum disorder: a functional imaging study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43*(4), 473-480.

- Reaven, J. A., Hepburn, S. L., & Ross, R. G. (2008). Use of the ADOS and ADI-R in children with psychosis: importance of clinical judgment. *Clinical child psychology and psychiatry*, *13*(1), 81-94.
- Rellini, E., Tortolani, D., Trillo, S., Carbone, S., & Montecchi, F. (2004). Childhood Autism Rating Scale (CARS) and Autism Behavior Checklist (ABC) correspondence and conflicts with DSM-IV criteria in diagnosis of autism. *Journal of autism and developmental disorders*, *34*(6), 703-708.
- Ritvo, E. R., Freeman, B. J., Mason-Brothers, A., Mo, A., & Ritvo, A. M. (1985). Concordance for the syndrome of autism in 40 pairs of afflicted twins. *The American journal of psychiatry*.
- Rosen, T. E., Connell, J. E., & Kerns, C. M. (2016). A review of behavioral interventions for anxiety-related behaviors in lower-functioning individuals with autism. *Behavioral Interventions*, *31*(2), 120-143.
- Rosenberg, R. E., Kaufmann, W. E., Law, J. K., & Law, P. A. (2011). Parent report of community psychiatric comorbid diagnoses in autism spectrum disorders. *Autism Research and Treatment*, 2011.
- Prizant, B. M., Wetherby, A. M., Rubin, E., Laurent, A. C., & Rydell, P. J. (2006). *The SCERTS® Model: Volume I Assessment; Volume II Program Planning and Intervention*.
- Sappok, T., Bergmann, T., Kaiser, H., & Diefenbacher, A. (2010). Autism in adults with intellectual disabilities. *Der Nervenarzt*, *81*(11), 1333-1345.
- Scarpa, A., & Reyes, N. M. (2011). Improving emotion regulation with CBT in young children with high functioning autism spectrum disorders: A pilot study. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, *39*(4), 495-500.
- Schohl, K. A., Van Hecke, A. V., Carson, A. M., Dolan, B., Karst, J., & Stevens, S. (2014). A replication and extension of the PEERS intervention: Examining effects on social skills and social anxiety in adolescents with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, *44*(3), 532-545.
- Sebat, J., Levy, D. L., & McCarthy, S. E. (2009). Rare structural variants in schizophrenia: one disorder, multiple mutations; one mutation, multiple disorders. *Trends in Genetics*, *25*(12), 528-535.

Siaperas, P., & Higgins, S. (2009). Diagnosing possible mental health problems in pervasive disorders: A case report. *Hellenic Journal of Psychology*, 6, 51-65.

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 in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921-929.

Snow, A. V., & Lecavalier, L. (2011). Comparing autism, PDD-NOS, and other developmental disabilities on parent-reported behavior problems: little evidence for ASD subtype validity. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(3), 302-310.

Spek, A. A., Van Ham, N. C., & Nyklíček, I. (2013). Mindfulness-based therapy in adults with an autism spectrum disorder: a randomized controlled trial. *Research in developmental disabilities*, 34(1), 246-253.

Sporn, A. L., Addington, A. M., Gogtay, N., Ordoñez, A. E., Gornick, M., Clasen, L., & Sharp, W. S. (2004). Pervasive developmental disorder and childhood-onset schizophrenia: comorbid disorder or a phenotypic variant of a very early onset illness?. *Biological psychiatry*, 55(10), 989-994.

Storch, E. A., Arnold, E. B., Lewin, A. B., Nadeau, J. M., Jones, A. M., De Nadai, A. S., & Murphy, T. K. (2013). The effect of cognitive-behavioral therapy versus treatment as usual for anxiety in children with autism spectrum disorders: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(2), 132-142.

Strang, J. F., Kenworthy, L., Daniolos, P., Case, L., Wills, M. C., Martin, A., & Wallace, G. L. (2012). Depression and anxiety symptoms in children and adolescents with autism spectrum disorders without intellectual disability. *Research in autism spectrum disorders*, 6(1), 406-412.

Sukhodolsky, D. G., Bloch, M. H., Panza, K. E., & Reichow, B. (2013). *Cognitive-behavioral therapy for anxiety in children with high-functioning autism: a meta-analysis*. *Pediatrics*, 132(5), e1341-e1350.

Sukhodolsky, D. G., Scahill, L., Gadow, K. D., Arnold, L. E., Aman, M. G., McDougle, C. J. & Vitiello, B. (2008). Parent-rated anxiety symptoms in children with pervasive

- developmental disorders: Frequency and association with core autism symptoms and cognitive functioning. *Journal of abnormal child psychology*, 36(1), 117-128
- Taylor, B. A., DeQuinzio, J. A., & Stine, J. (2012). Increasing observational learning of children with autism: A preliminary analysis. *Journal of applied behavior analysis*, 45(4), 815-820.
- Thede, L. L., & Coolidge, F. L. (2007). Psychological and neurobehavioral comparisons of children with Asperger's disorder versus high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(5), 847-854.
- Tomanik, S. S., Pearson, D. A., Loveland, K. A., Lane, D. M., & Shaw, J. B. (2007). Improving the reliability of autism diagnoses: Examining the utility of adaptive behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(5), 921-928.
- Torras-Mañá, M., Gómez-Morales, A., González-Gimeno, I., Fornieles-Deu, A., & Brun-Gasca, C. (2016). Assessment of cognition and language in the early diagnosis of autism spectrum disorder: usefulness of the Bayley Scales of infant and toddler development. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(5), 502-511.
- Trammell, B., Wilczynski, S. M., Dale, B., & Mcintosh, D. E. (2013). Assessment and differential diagnosis of comorbid conditions in adolescents and adults with autism spectrum disorders. *Psychology in the Schools*, 50(9), 936-946.
- Uljarevic, M., & Hamilton, A. (2013). Recognition of emotions in autism: a formal meta-analysis. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(7), 1517-1526.
- Ung, D., Wood, J. J., Ehrenreich-May, J., Arnold, E. B., Fuji, C., Renno, P., Murphy, T.K., Lewin A.B., Mutch P.J., Storch, E. A. (2013). Clinical characteristics of high-functioning youth with autism spectrum disorder and anxiety. *Neuropsychiatry*, 3(2).
- Unwin, G., Tsimopoulou, I., Kroese, B. S., & Azmi, S. (2016). *Effectiveness of cognitive behavioural therapy (CBT) programmes for anxiety or depression in adults with intellectual disabilities: A review of the literature*. *Research in developmental disabilities*, 51, 60-75.
- Van Steensel, F. J., Bögels, S. M., & Perrin, S. (2011). Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: a meta-analysis. *Clinical child and family psychology review*, 14(3), 302.

- Vasa, R. A., Carroll, L. M., Nozzolillo, A. A., Mahajan, R., Mazurek, M. O., Bennett, A. E., & Bernal, M. P. (2014). A systematic review of treatments for anxiety in youth with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, *44*(12), 3215-3229.
- Veenstra-VanderWeele, J., Christian, S. L., & Cook, Jr, E. H. (2004). *Autism as a paradigmatic complex genetic disorder*. *Annu. Rev. Genomics Hum. Genet.*, *5*, 379-405.
- Volkmar, F., Klin, A. & Schultz, R. (2005). *Pervasive Developmental Disorder in Comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed.) Philadelphia, USA.
- Wallace, G. L., Kenworthy, L., Pugliese, C. E., Popal, H. S., White, E. I., Brodsky, E., & Martin, A. (2016). Real-world executive functions in adults with autism spectrum disorder: Profiles of impairment and associations with adaptive functioning and co-morbid anxiety and depression. *Journal of autism and developmental disorders*, *46*(3), 1071-1083.
- Watson, J. E., Aman, M. G., & Singh, N. N. (1988). The Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults: Psychometric characteristics, factor structure, and relationship to subject characteristics. *Research in developmental disabilities*, *9*(3), 277-290.
- Weisbrot, D. M., Gadow, K. D., DeVincent, C. J., & Pomeroy, J. (2005). The presentation of anxiety in children with pervasive developmental disorders. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, *15*(3), 477-496.
- Whitaker, S., & Read, S. (2006). The prevalence of psychiatric disorders among people with intellectual disabilities: An analysis of the literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *19*(4), 330-345.
- White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T., & Scahill, L. (2009). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clinical psychology review*, *29*(3), 216-229.
- Williams, J. H., Waiter, G. D., Gilchrist, A., Perrett, D. I., Murray, A. D., & Whiten, A. (2006). Neural mechanisms of imitation and 'mirror neuron' functioning in autistic spectrum disorder. *Neuropsychologia*, *44*(4), 610-621.
- Wilson, C., Kenworthy, L., Anthony, L., Eisenberg, I. W., Orionzi, B., Martin, A., & Wallace, G. L. (2014). *Exploratory profile of high functioning adolescents and young adults with autism spectrum disorders experiencing subthreshold psychotic symptoms*.

In Poster presented at the 13th Annual International Meeting for Autism Research, Atlanta, GA.

Wood, J. J., Drahota, A., Sze, K., Har, K., Chiu, A., & Langer, D. A. (2009). Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: A randomized, controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(3), 224-234.

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

Yoo, J. H., Valdovinos, M. G., & Schroeder, S. R. (2012). *The epidemiology of psychopathology in people with intellectual disability: A forty-year review*. In *International Review of Research in Developmental Disabilities* (Vol. 42, pp. 31-56). Academic Press.

Πηγές από το Διαδίκτυο

American Speech-Language-Hearing Association. (χ.χ.). *Intellectual Disability*. (Practice Portal). Τελευταία πρόσβαση 22/08/2019. Ανακτήθηκε από www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Intellectual-Disability/.

Autism Speaks, (2014). *Autism and the Gluten/Casein-Free Diet: When Can We Stop?*. Τελευταία πρόσβαση 08/09/2019. Ανακτήθηκε από <https://www.autismspeaks.org/expert-opinion/autism-and-glutencasein-free-diet-when-can-we-stop>

Autism Speaks, (χ.χ.a). *Learn the signs*. Τελευταία πρόσβαση 07/09/2019. Ανακτήθηκε από <https://www.autismspeaks.org/learn-signs-autism>

Autism Speaks, (χ.χ.b). *Applied Behavior Analysis (ABA)*. Τελευταία πρόσβαση 07/09/2019. Ανακτήθηκε από <https://www.autismspeaks.org/applied-behavior-analysis-aba-0>

Autism Speaks, (χ.χ.c). *What is TEACCH*. Τελευταία πρόσβαση 08/09/2019. Ανακτήθηκε από <https://www.autismspeaks.org/teacch-0>

Autism Speaks, (χ.χ.d). *Speech Therapy*. Τελευταία πρόσβαση 08/09/2019. Ανακτήθηκε από <https://www.autismspeaks.org/speech-therapy>

Broad Institute of MIT & Harvard. (2012). *DNA sequencing consortium unveils patterns of mutations in autism*. Science Daily. Τελευταία πρόσβαση 03/08/2019. Ανακτήθηκε από <http://www.sciencedaily.com/releases/2012/04/120404133658.htm>.

Gorrindo, T., & Parekh, R. (2017). *What Is Obsessive - Compulsive Disorder?* (The American Psychiatric Association). Τελευταία πρόσβαση 27/08/2019. Ανακτήθηκε από <https://www.psychiatry.org/patients-families/ocd/what-is-obsessive-compulsive-disorder>

Parekh, R. (2017a). *What Are Anxiety Disorders?* (The American Psychiatric Association). Τελευταία πρόσβαση 23/08/2019. Ανακτήθηκε από <https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>

Parekh, R. (2017b). *What Is Posttraumatic Stress Disorder?* (The American Psychiatric Association). Τελευταία πρόσβαση 23/08/2019. Ανακτήθηκε από <https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd>

Parekh, R. (2017c). *What Is Depression?* (The American Psychiatric Association). 29/08/2019. Ανακτήθηκε από <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>

Parekh, R. (2017d). *What Are Bipolar Disorders?* (The American Psychiatric Association). Τελευταία πρόσβαση 29/08/2019. Ανακτήθηκε από <https://www.psychiatry.org/patients-families/bipolar-disorders/what-are-bipolar-disorders>

Parekh, R. (2017e). *What Are Eating Disorders?* (The American Psychiatric Association). Τελευταία πρόσβαση 29/08/2019. Ανακτήθηκε από <https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders>

Parekh, R. (2017f). *What Is Schizophrenia?* (The American Psychiatric Association). Τελευταία πρόσβαση 29/08/2019. Ανακτήθηκε από <https://www.psychiatry.org/patients-families/schizophrenia/what-is-schizophrenia>

Parekh, R. (2018). *What Are Disruptive, Impulse – Control and Conduct Disorders?* (The American Psychiatric Association). Τελευταία πρόσβαση 29/08/2019. Ανακτήθηκε από <https://www.psychiatry.org/patients-families/disruptive-impulse-control-and-conduct-disorders/what-are-disruptive-impulse-control-and-conduct-disorders>

Robitz, R. (2018). *What are Personality Disorders?* (The American Psychiatric Association). Τελευταία πρόσβαση 29/08/2019. Ανακτήθηκε από <https://www.psychiatry.org/patients-families/personality-disorders/what-are-personality-disorders>

Αρναούτογλου, Ν. (χ.χ.). *Ψυχωσική Διαταραχή*. Τελευταία πρόσβαση 09/09/2019. Ανακτήθηκε από <https://www.psyxiatros.gr/%CF%88%CF%85%CF%87%CF%89%CF%83%CE%B9%CE%BA%CE%AD%CF%82-%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF%84%CE%B1%CF%81%CE%B1%CF%87%CE%AD%CF%82/>

Γκίκας, Π. (χ.χ.). *Ψυχωτικές Διαταραχές*. Τελευταία πρόσβαση 09/09/2019. Ανακτήθηκε από <https://psyxiatros-petralona.gr/psyxotikes-diataraxes/>

Κιλαμπέρια, Β. (2013). *Ενήλικες με Νοητική Υστέρηση: Η συνύπαρξη ψυχικών διαταραχών & και νοητικής υστέρησης*. Τελευταία πρόσβαση 03/08/2019. Ανακτήθηκε από

<https://psychologe.in.dagorastos.net/2013/10/21/%CE%B5%CE%BD%CE%AE%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CF%82-%CE%BC%CE%B5-%CE%BD%CE%BF%CE%B7%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CF%83%CF%84%CE%AD%CF%81%CE%B7%CF%83%CE%B7-%CE%B7-%CF%83%CF%85%CE%BD%CF%8D%CF%80%CE%B1%CF%81/>