



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**<< Διάγνωση διαταραχών αυτιστικού φάσματος : διαγνωστικά
ζητήματα και πολυπλοκότητα >>**

Νταή Θεοδώρα

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Χαρίτου Σοφία

06/2024

Περίληψη

Η παρούσα βιβλιογραφική εργασία εξετάζει τον αυτισμό σε παιδιά και εφήβους, εστιάζοντας στις διαγνωστικές προκλήσεις και τις μεθόδους αξιολόγησης, καθώς και στη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και παρέμβασης.

Αρχικά, η εργασία παρέχει έναν ορισμό της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος (ASD) και περιγράφει τα κύρια χαρακτηριστικά των παιδιών με αυτισμό, όπως οι δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση και η παρουσία περιορισμένων, επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών. Στη συνέχεια, αναλύεται η πολυπλοκότητα της διαγνωστικής διαδικασίας, επισημαίνοντας θέματα όπως το Σύνδρομο Asperger, οι διαφορές ηλικίας στη διάγνωση και τα ζητήματα φύλου.

Η εργασία προχωρά στην ανασκόπηση των διαγνωστικών εργαλείων και των κριτηρίων αξιολόγησης, υπογραμμίζοντας τη σημασία της διαφορικής διάγνωσης για την ακριβή αναγνώριση των συμπτωμάτων του αυτισμού. Εξετάζονται οι διαφορές στην εκδήλωση των συμπτωμάτων σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες και οι προκλήσεις που προκύπτουν από αυτές.

Επιπλέον, η εργασία αναφέρεται στην κλινική εφαρμογή των διαγνωστικών εργαλείων και την ανάγκη για πολυεπιστημονική προσέγγιση στην αξιολόγηση των παιδιών με αυτισμό. Τονίζεται η σημασία της συμβουλευτικής και της υποστήριξης των φροντιστών και των γονέων, οι οποίοι παίζουν κρίσιμο ρόλο στην αποτελεσματική διαχείριση και υποστήριξη των παιδιών με αυτισμό.

Τέλος, η εργασία καταλήγει στα συμπεράσματα, επισημαίνοντας την αναγκαιότητα για συνεχή έρευνα και βελτίωση των διαγνωστικών μεθόδων και των προγραμμάτων παρέμβασης, ώστε να ανταποκρίνονται στις ποικίλες ανάγκες των παιδιών και των εφήβων με αυτισμό. Μέσω της ανάλυσης αυτής, η εργασία συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση και διαχείριση της διαταραχής, προάγοντας την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική παρέμβαση.

Περιεχόμενα

Περίληψη	2
Abstract.....	Error! Bookmark not defined.
Περιεχόμενα.....	3
1. Εισαγωγή.....	5
2. Το φάσμα του Αυτισμού	8
2.1 Ορισμός της ASD	10
2.2 Χαρακτηριστικά παιδιών με ASD	17
3. Διαγνωστικά ζητήματα και πολυπλοκότητα	21
3.1 Τομείς Διαγνωστικής πολυπλοκότητα	21
3.1.1 Το πρόβλημα του Asperger και του ευρύτερου φαινοτύπου του αυτισμού	21
3.1.2 Ζητήματα που σχετίζονται με την ηλικία στη διάγνωση του αυτισμού σε βρέφη και μικρά παιδιά.....	22
4. Ενδείξεις για Αξιολόγηση.....	29
4.1 Διαφορική Διάγνωση.....	31
4.1.1 Νοσολογία	31
4.1.1.1 Διαφοροποίηση συμπτωμάτων διαταραχής του βασικού φάσματος αυτισμού από άλλες ψυχοπαθολογίες	32
4.1.1.2 Μέτρηση.....	33
4.1.1.3 Εξωτερίκευση της Συμπτωματολογίας.....	34
4.1.1.4 Γνωστική Λειτουργία και Ηλικία	35
4.1.1.5 Γονικές αντιλήψεις και δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	36
4.1.1.6 Ψυχιατρικό Προφίλ Ατόμων με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος.....	38
4.2 Διαγνώσεις εκτός από τον αυτισμό	40
4.3 Διαγνωστική Ομάδα.....	41
4.5 Εργαλεία Αξιολόγησης.....	45
4.5.1 Αξιολογήσεις Αυτισμού	45
4.5.2 Ολιστική Τυπική Αξιολόγηση.....	46
4.5.3 Άτυπη Αξιολόγηση.....	48
4.6 Κλινική Εφαρμογή.....	49
4.7 Συμβουλευτική Φροντιστή.....	51

5. Σύνοψη - Συμπεράσματα	52
Βιβλιογραφία.....	55

1. Εισαγωγή

Η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ASD) είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή που χαρακτηρίζεται από δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση και επικοινωνία, καθώς και από περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων ή δραστηριοτήτων. Οι πρώτες αναφορές για τον αυτισμό εμφανίστηκαν τον 20ο αιώνα, με τις εργασίες του Leo Kanner και του Hans Asperger, οι οποίες έθεσαν τις βάσεις για την κατανόηση αυτής της περίπλοκης διαταραχής. Σήμερα, το φάσμα του αυτισμού αναγνωρίζεται ως ένα συνεχές με διαφορετικά επίπεδα σοβαρότητας και ποικιλία εκδηλώσεων, γεγονός που καθιστά την διάγνωση και την αντιμετώπιση του ιδιαίτερα πολυσύνθετη.

Σημασία της Μελέτης

Η αυξανόμενη επίπτωση του αυτισμού και η αναγνώριση της σημασίας της έγκαιρης διάγνωσης και παρέμβασης έχουν καταστήσει την έρευνα στον τομέα αυτό κρίσιμη. Σύμφωνα με πρόσφατες στατιστικές, ένα στα 54 παιδιά διαγιγνώσκεται με αυτισμό, ποσοστό που δείχνει την ανάγκη για αποτελεσματικότερες διαγνωστικές μεθόδους και προγράμματα παρέμβασης. Η κατανόηση των χαρακτηριστικών και των αναγκών των παιδιών και των εφήβων με αυτισμό είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη στρατηγικών που θα βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους και θα ενισχύσουν τις αναπτυξιακές τους δυνατότητες.

Σκοπός και Στόχοι της Εργασίας

Η παρούσα βιβλιογραφική εργασία έχει ως στόχο να εξετάσει τις διαγνωστικές προκλήσεις και τις μεθόδους αξιολόγησης για τον αυτισμό σε παιδιά και εφήβους, αναδεικνύοντας τη σημασία της έγκαιρης και ακριβούς διάγνωσης. Επιπλέον, αποσκοπεί να αναλύσει τα χαρακτηριστικά του φάσματος του αυτισμού και να παράσχει μια ολοκληρωμένη εικόνα των διαθέσιμων διαγνωστικών εργαλείων και παρεμβάσεων. Μέσω της ανάλυσης αυτής, η εργασία επιδιώκει να συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση και διαχείριση της διαταραχής, υποστηρίζοντας την ανάγκη για ολοκληρωμένες και εξατομικευμένες προσεγγίσεις.

Δομή της Εργασίας

Η εργασία είναι οργανωμένη σε πέντε κύρια κεφάλαια, τα οποία παρουσιάζουν μια λεπτομερή ανάλυση του φάσματος του αυτισμού, των διαγνωστικών ζητημάτων και της αξιολόγησης, καθώς και των προτεινόμενων παρεμβάσεων και των συμβουλευτικών στρατηγικών για τους φροντιστές.

1. **Το Φάσμα του Αυτισμού:** Το κεφάλαιο αυτό παρέχει μια γενική επισκόπηση του αυτισμού, περιγράφοντας τον ορισμό της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος (ASD) και τα κύρια χαρακτηριστικά των παιδιών που διαγιγνώσκονται με αυτήν. Η ανάλυση επικεντρώνεται στις διαφορές μεταξύ των παιδιών με υψηλή και χαμηλή λειτουργικότητα, καθώς και στα κοινά σημεία που παρουσιάζονται στο φάσμα.
2. **Διαγνωστικά Ζητήματα και Πολυπλοκότητα:** Το δεύτερο κεφάλαιο αναλύει τις προκλήσεις και την πολυπλοκότητα της διαγνωστικής διαδικασίας για τον αυτισμό. Εξετάζονται ειδικά θέματα όπως το πρόβλημα του Συνδρόμου Asperger, οι δυσκολίες στη διάγνωση σε διαφορετικές ηλικίες (βρέφη, παιδιά, έφηβοι, ενήλικες) και οι διαφορές που σχετίζονται με το φύλο. Η ανάλυση αυτή βοηθά στην κατανόηση των διαφορών και των δυσκολιών που παρουσιάζονται σε κάθε στάδιο της διάγνωσης.
3. **Ενδείξεις για Αξιολόγηση:** Το τρίτο κεφάλαιο επικεντρώνεται στα διαγνωστικά κριτήρια και τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του αυτισμού. Περιλαμβάνει την ανάλυση της διαφορικής διάγνωσης, την αναγνώριση και διαφοροποίηση των συμπτωμάτων του αυτισμού από άλλες ψυχοπαθολογίες, και τη σημασία της μέτρησης και εξωτερίκευσης της συμπτωματολογίας. Επιπλέον, εξετάζονται τα ψυχιατρικά προφίλ των ατόμων με ASD και οι γονικές αντιλήψεις.
4. **Κλινική Εφαρμογή και Συμβουλευτική Φροντιστή:** Το τέταρτο κεφάλαιο ασχολείται με την πρακτική εφαρμογή των διαγνωστικών και αξιολογητικών εργαλείων, προτείνοντας ολιστικές και τυπικές αξιολογήσεις, καθώς και άτυπες μεθόδους. Επιπλέον, συζητά τη σημασία της συμβουλευτικής των φροντιστών και των γονέων, αναδεικνύοντας τη συμβολή τους στην αποτελεσματική αντιμετώπιση και υποστήριξη των παιδιών με αυτισμό.
5. **Συμπεράσματα:** Το τελευταίο κεφάλαιο συνοψίζει τα κύρια ευρήματα της εργασίας, αναδεικνύοντας τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και της εφαρμογής

εξατομικευμένων παρεμβάσεων. Επισημαίνεται η ανάγκη για συνεχή έρευνα και βελτίωση των διαγνωστικών και αξιολογητικών μεθόδων, καθώς και για την ανάπτυξη ολοκληρωμένων προγραμμάτων που να ανταποκρίνονται στις ποικίλες ανάγκες των παιδιών και των εφήβων με αυτισμό.

2. Το φάσμα του Αυτισμού

Ο «αυτισμός» προέρχεται από την ελληνική λέξη «αυτός», που σημαίνει «εαυτός». Ο Eugen Bleuler, ένας Ελβετός ψυχίατρος, επινόησε αρχικά αυτόν τον όρο το 1908 για να περιγράψει την απόσυρση από την πραγματικότητα σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Το 1943, ο Leo Kanner επαναπροσδιόρισε τον όρο για να περιγράψει συμπτώματα κοινωνικής απομόνωσης και γλωσσικών διαταραχών σε παιδιά χωρίς σχιζοφρένεια ή άλλες γνωστές ψυχιατρικές διαταραχές. Αυτά τα παιδιά είχαν δυσκολία στην επικοινωνία και την αλληλεπίδραση με τους άλλους και εμφάνιζαν επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και απώλεια ενδιαφέροντος για κοινωνικές δραστηριότητες (Kanner, 1943). Χρησιμοποίησε τον όρο «πρώιμος βρεφικός αυτισμός» για 11 παιδιά (8 αγόρια και 3 κορίτσια) μεταξύ 2 και 8 ετών των οποίων η κατάσταση χαρακτηριζόταν από κοινωνικά ελλείμματα, αποκλίνουσα ποιότητα επικοινωνίας και περιορισμένα και επαναλαμβανόμενα ενδιαφέροντα και συμπεριφορές (Rutter et al., 1999, ICD-10, 1998, DSM-IV, 1994).

Το 1944, ο Hans Asperger εντόπισε παιδιά με κοινωνική απομόνωση που δεν είχαν τις τυπικές γλωσσικές ανωμαλίες των αυτιστικών παιδιών (Asperger, 1944). Αυτό οδήγησε στη διάγνωση μιας νέας διαταραχής που μοιάζει με αυτισμό, η οποία έγινε γνωστή ως «Σύνδρομο Άσπεργκερ» (Hippler & Klicpera, 2003). Ο Asperger (1944) περιέγραψε τα παιδιά με «αυτιστική ψυχοπαθολογία» ως εκείνα με ποιοτική έκπτωση στην κοινωνική αλληλεπίδραση, περιοριστικά, επαναλαμβανόμενα και στερεότυπα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων, κλινικά σημαντική έκπτωση σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργικότητας. Αυτά τα παιδιά δεν είχαν κλινικά σημαντική γενική καθυστέρηση στη γλωσσική και γνωστική ανάπτυξη ή στην ανάπτυξη κατάλληλων για την ηλικία δεξιοτήτων αυτοβοήθειας, προσαρμοστικής συμπεριφοράς και περιέργειας για το περιβάλλον στην παιδική ηλικία (DSM-IV 299.80, 1994). Προφανώς, τόσο ο Kanner όσο και ο Asperger περιέγραψαν τα παιδιά με αυτισμό ως με δυσκολίες στην επικοινωνία, την κοινωνική αλληλεπίδραση και τη συμπεριφορά.

Ο Andreas Rett ήταν Αυστριακός νευρολόγος (1924-1997) που περιέγραψε 22 κορίτσια που παρουσίαζαν φυσιολογική λειτουργία και ψυχοκινητική ανάπτυξη μετά τη γέννηση και κατά

τους πρώτους 5 μήνες, καθώς και μια φυσιολογική προγεννητική και περιγεννητική περίοδο. Στους 5 μήνες, παρατηρήθηκε παλινδρόμηση των δεξιοτήτων που είχαν αποκτηθεί προηγουμένως, επιβραδύνθηκε η ανάπτυξη του κεφαλιού, αναπτύχθηκε απώλεια ορισμένων λεπτών κινητικών δεξιοτήτων και στερεοτυπικές κινήσεις των χεριών, μειώθηκε το ενδιαφέρον για το κοινωνικό περιβάλλον και εμφανίστηκαν προβλήματα με τον συντονισμό του βαδίσματος και των κινήσεων του κορμού. καθώς και σοβαρές βλάβες στην εκφραστική και δεκτική γλώσσα και σοβαρή ψυχοκινητική καθυστέρηση (DSM-IV 299.80, 1994).

Ωστόσο, μόλις το 1971 ο όρος αυτισμός διακρίθηκε από τη σχιζοφρένεια (Kolvin, 1971). Οι ομοιότητες και οι διαφορές μεταξύ αυτισμού και σχιζοφρένειας έχουν συζητηθεί στη βιβλιογραφία από την πρώτη έκδοση του Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) το 1952. Ωστόσο, επί του παρόντος, η σχιζοφρένεια θεωρείται μια διάγνωση διαφορετική από τον αυτισμό, αν και η διπλή διάγνωση προσδιορίζεται σε ορισμένες περιπτώσεις (DSM – IV-TR, 1994)

Έκτοτε έχει συσσωρευτεί ένα ευρύ σώμα βιβλιογραφίας σχετικά με τη διάγνωση και την επιστημονική παρέμβαση για παιδιά με αυτισμό και τις οικογένειές τους. Η Πέμπτη Έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5) κυκλοφόρησε τον Μάιο του 2013. Αυτή η έκδοση περιλαμβάνει μόνο τη διαταραχή του φάσματος του αυτισμού (299.00) στην ενότητα των νευροαναπτυξιακών διαταραχών. Η PDD αντικαταστάθηκε από τη διαταραχή του φάσματος του αυτισμού (ASD). Ο όρος σύνδρομο Asperger δεν χρησιμοποιείται πλέον στο DSM5 και αντ' αυτού το ASD ορίζεται σε τρία επίπεδα σοβαρότητας: Επίπεδο 1 – που απαιτεί υποστήριξη. Επίπεδο 2 – Απαιτείται ουσιαστική υποστήριξη. Επίπεδο 3 – απαιτεί πολύ ουσιαστική υποστήριξη.

Ωστόσο, δεδομένου ότι η επιτόπια εργασία που αναφέρεται σε αυτή τη διατριβή διεξήχθη πριν από τη δημοσίευση του DSM5, για το πλαίσιο αυτής της διατριβής, χρησιμοποιούνται οι ορισμοί του DSM-IV σε όλη την έκταση.

Ο όρος διαταραχή του φάσματος του αυτισμού (autismspectrumdisorder- ASD) χρησιμοποιείται για να απεικονίσει τα διάχυτα και ποικίλα χαρακτηριστικά αυτών των αναπτυξιακών διαταραχών. Η ASD περιγράφεται τόσο στο Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4th Edition (DSM-IV, 1994) όσο και στο International Classification of Diseases-10th

Revision (ICD-10, 1998) χαρακτηριζόμενη από ανωμαλίες σε: κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, επικοινωνία και στερεότυπα ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων. Ωστόσο, υπάρχουν κάποιες διαφορές στην κατηγοριοποίηση μεταξύ των δύο εγχειριδίων.

Ενώ ο ορισμός του DSM-IV (1994) περιλάμβανε την αποσυνθετική διαταραχή της παιδικής ηλικίας, τη Διαταραχή Rett, την αυτιστική διαταραχή, την διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή-που δεν προσδιορίζεται διαφορετικά· και τη διαταραχή Asperger, η ταξινόμηση ICD-10 (1998) περιλαμβάνει διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, το παιδικό αυτισμό, τον άτυπο αυτισμό, το σύνδρομο Rett, άλλες αποσυνθετικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας, την διαταραχή υπερδραστηριότητας που σχετίζεται με νοητική υστέρηση και στερεότυπες κινήσεις, το Σύνδρομο Ασπεργκερ, άλλες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και τη διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή.

2.1 Ορισμός της ASD

Ο όρος διαταραχή του φάσματος του αυτισμού (ASD) περιγράφεται στο Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM, χρησιμοποιείται στις ΗΠΑ και διεθνώς) και στην τρέχουσα Διεθνή Ταξινόμηση Νοσημάτων (ICD, που χρησιμοποιείται κυρίως σε όλη την Ευρώπη) ως χαρακτηριζόμενη από ανωμαλίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση, στην επικοινωνία και με εμφάνιση στερεότυπων σε ενδιαφέροντα και δραστηριότητες. Οι εκδηλώσεις αυτών των τριών κατηγοριών δυσκολιών θεωρήθηκαν τα κύρια κριτήρια διάγνωσης.

Το ιστορικό της αλλαγής στην κατηγοριοποίηση αυτής της πολύπλοκης διαταραχής συνεχίστηκε στο DSM 5 (2013). Το DSM5 περιλαμβάνει μόνο μία κατηγορία (διαταραχές του φάσματος του αυτισμού) και έτσι διακόπτει τη χρήση υποκατηγοριών προς όφελος της περιγραφής των διαστάσεων και της σοβαρότητας των συμπτωμάτων.

Οι προσδιορισμοί για τη σοβαρότητα είναι:

- Βλάβη κοινωνικής επικοινωνίας (επίπεδο 1, 2, 3)
- Περιορισμένα ενδιαφέροντα/επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (επίπεδο 1, 2, 3)
 - Επίπεδο 1 – Απαιτείται υποστήριξη
 - Επίπεδο 2 – Απαιτείται ουσιαστική υποστήριξη

- Επίπεδο 3 – Απαιτείται πολύ ουσιαστική υποστήριξη

Αυτά τα επίπεδα περιγράφουν ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και περιορισμένες ή/και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές. Έτσι, οι τρεις διαγνωστικοί τομείς από το DSM-IV έγιναν δύο (κοινωνική επικοινωνία και περιορισμένες, επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές). Η διαταραχή του Rett και άλλες υποκατηγορίες ορίζονται χρησιμοποιώντας έναν προσδιοριστή που σχετίζεται με γνωστή ιατρική ή γενετική κατάσταση ή περιβαλλοντικό παράγοντα.

Το DSM 5 έφερε μια νέα προσέγγιση στη διάγνωση της ASD και αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε καλύτερη κατανόηση της διάγνωσης και διαφάνειας της ASD, προκειμένου να αποφευχθεί οποιαδήποτε διαγνωστική σύγχυση. Το DSM5 απέκλεισε τον όρο «διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές», καθώς τα αυτιστικά συμπτώματα είναι συγκεκριμένα σε δύο ρητούς τομείς και επομένως δεν θεωρούνται διάχυτα.

Είναι σημαντικό να αναγνωριστεί ότι υπάρχουν ορισμένες διαφορές στην κατηγοριοποίηση μεταξύ των δύο διαγνωστικών εγχειριδίων. Το DSM 5 έφερε αλλαγές στη συμπτωματολογία. Στο DSM-IV, τα συμπτώματα πρέπει να είναι εμφανή πριν από την ηλικία των 3 ετών. Το DSM 5 διευκρινίζει ότι τα συμπτώματα ξεκινούν στην πρώιμη παιδική ηλικία, αλλά τα συμπτώματα μπορεί να μην εκδηλωθούν πλήρως έως ότου οι κοινωνικές απαιτήσεις υπερβούν την ικανότητα (π.χ. κατά τη διάρκεια του γυμνασίου, ή αργότερα της εφηβείας ή της νεαρής ενηλικίωσης).

Τα κριτήρια ASD του DSM5 (2013) περιλαμβάνουν:

A. Επίμονα ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και την κοινωνική αλληλεπίδραση σε πολλαπλά πλαίσια, όπως εκδηλώνονται από τα ακόλουθα, επί του παρόντος ή από την ιστορία:

1. Ελλείμματα στην κοινωνικό-συναισθηματική αμοιβαιότητα, που κυμαίνονται για παράδειγμα, από μη φυσιολογικές κοινωνικές προσέγγιση και αποτυχία της κανονικής συνομιλίας, σε μειωμένο μοίρασμα ενδιαφερόντων ή συναισθημάτων, στην αποτυχία έναρξης ή ανταπόκρισης σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις.
2. Ελλείμματα στις μη λεκτικές επικοινωνιακές συμπεριφορές που χρησιμοποιούνται για την κοινωνική αλληλεπίδραση, που κυμαίνονται για παράδειγμα, από κακώς ολοκληρωμένη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, σε ανωμαλίες στην οπτική επαφή και τη γλώσσα του

σώματος ή ελλείψεις στην κατανόηση και τη χρήση χειρονομιών, σε πλήρη έλλειψη εκφράσεων προσώπου και μη λεκτικής επικοινωνίας.

3. Ελλείμματα στην ανάπτυξη, διατήρηση και κατανόηση σχέσεων, που κυμαίνονται, για παράδειγμα, από δυσκολίες προσαρμογής της συμπεριφοράς ώστε να ταιριάζουν σε διάφορα κοινωνικά πλαίσια, σε δυσκολίες στο να μοιράζονται ρόλους σε ευφάνταστα παιχνίδια ή να κάνουν φίλους, στην απουσία ενδιαφέροντος για τους συνομηλίκους.

Β. Περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα μοτίβα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων ή δραστηριοτήτων, όπως εκδηλώνονται με τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα, επί του παρόντος ή από το ιστορικό (τα παραδείγματα είναι ενδεικτικά και όχι εξαντλητικά):

1. Στερεότυπες ή επαναλαμβανόμενες κινήσεις, χρήση αντικειμένων , ή ομιλία (π.χ. απλές κινητικές στερεοτυπίες, παρατάξεις παιχνιδιών ή ανατροπή πιάτων, ηχολαλία, ιδιότυπες φράσεις).
2. Επιμονή στην ομοιότητα, άκαμπτη προσκόλληση σε ρουτίνες ή τελετουργικά πρότυπα λεκτικής ή μη λεκτικής συμπεριφοράς (π.χ. ακραία αγωνία σε μικρές αλλαγές, δυσκολίες με μεταβάσεις, άκαμπτα μοτίβα σκέψης, τελετουργίες χαιρετισμού, ανάγκη να ακολουθήσουν την ίδια διαδρομή ή να φάνε το ίδιο φαγητό κάθε μέρα).
3. Ιδιαίτερα περιορισμένα, σταθερά ενδιαφέροντα που είναι μη φυσιολογικά σε ένταση ή εστίαση (π.χ. έντονη προσκόλληση ή ενασχόληση με ασυνήθιστα αντικείμενα, υπερβολικά περιορισμένα ή επίμονα ενδιαφέροντα).
4. Υπερ- ή υπο-αντιδραστικότητα σε αισθητηριακές εισροές ή ασυνήθιστο ενδιαφέρον για αισθητηριακές πτυχές του περιβάλλοντος (π.χ. εμφανής αδιαφορία για τον πόνο/θερμοκρασία, δυσμενή απόκριση σε συγκεκριμένους ήχους ή υφές, υπερβολική οσμή ή άγγιγμα αντικειμένων, οπτική γοητεία με φώτα ή κίνηση).

Γ. Τα συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα στην πρώιμη αναπτυξιακή περίοδο (αλλά μπορεί να μην εκδηλωθούν πλήρως έως ότου οι κοινωνικές απαιτήσεις ξεπεράσουν τις περιορισμένες ικανότητες ή μπορεί να καλυφθούν από μαθημένες στρατηγικές στη μετέπειτα ζωή).

Δ. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική έκπτωση σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς της τρέχουσας λειτουργικότητας.

Ε. Αυτές οι διαταραχές δεν εξηγούνται καλύτερα από τη διανοητική αναπηρία ή τις καθολικές αναπτυξιακές καθυστερήσεις. Οι διανοητικές αναπηρίες και η διαταραχή του φάσματος του αυτισμού συνυπάρχουν συχνά. Για να γίνουν συννοσηρικές διαγνώσεις διαταραχής του φάσματος του αυτισμού και διανοητικής αναπηρίας, η κοινωνική επικοινωνία θα πρέπει να είναι χαμηλότερη από την αναμενόμενη για το γενικό αναπτυξιακό επίπεδο

Ο ορισμός του DSM-IV (1994) περιλάμβανε τα κάτωθι:

Αποσυνθετική διαταραχή της παιδικής ηλικίας (299.10), που χαρακτηρίζεται από φαινομενικά φυσιολογική ανάπτυξη για τουλάχιστον τα πρώτα 2 χρόνια μετά τη γέννηση και σημαντική απώλεια δεξιοτήτων που είχαν αποκτήσει προηγουμένως (πριν από την ηλικία των 10 ετών), έκπτωση στην κοινωνική αλληλεπίδραση, επικοινωνία, περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα και στερεότυπα μοτίβα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων, συμπεριλαμβανομένων κινητικών στερεοτύπων και τρόπων συμπεριφοράς.

Διαταραχή Rett (299,80), που χαρακτηρίζεται από φυσιολογική προγεννητική και περιγεννητική ανάπτυξη, φυσιολογική ψυχοκινητική ανάπτυξη κατά τους πρώτους 5 μήνες μετά τη γέννηση, κανονική περιφέρεια κεφαλής κατά τη γέννηση, επιβράδυνση της ανάπτυξης της κεφαλής μεταξύ 5 και 48 μηνών, απώλεια προηγουμένως αποκτημένων στοχευμένων δεξιοτήτων χεριών μεταξύ ηλικίας 5 και 30 μηνών με επακόλουθη ανάπτυξη στερεοτύπων κινήσεων των χεριών, απώλεια κοινωνικής δέσμευσης, εμφάνιση κακώς συντονισμένου βαδίσματος ή κινήσεων κορμού, σοβαρή διαταραχή της εκφραστικής και δεκτικής ανάπτυξης της γλώσσας με σοβαρή ψυχοκινητική καθυστέρηση. Η διαταραχή του Rett έχει αναφερθεί μόνο σε γυναίκες.

Αυτιστική διαταραχή (299,00), που χαρακτηρίζεται από βλάβες στην κοινωνική αλληλεπίδραση, την επικοινωνία, το συμβολικό ή φανταστικό παιχνίδι και περιορισμένα επαναλαμβανόμενα και στερεότυπα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων πριν από την ηλικία των 3 ετών.

Διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή - που δεν προσδιορίζεται διαφορετικά (συμπεριλαμβανομένου του άτυπου αυτισμού) (299.80), που χαρακτηρίζεται από σοβαρή και διάχυτη βλάβη στην ανάπτυξη αμοιβαίας κοινωνικής αλληλεπίδρασης, δεξιοτήτων λεκτικής ή

μη λεκτικής επικοινωνίας και παρουσία στερεότυπης συμπεριφοράς, ενδιαφέροντος και δραστηριοτήτων.

Διαταραχή Asperger (299,80), που χαρακτηρίζεται από ποιοτικές διαταραχές στην κοινωνική αλληλεπίδραση, περιορισμένα επαναλαμβανόμενα και στερεότυπα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων, σημαντική έκπτωση σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργικότητας, καμία σημαντική γενική καθυστέρηση στη γλώσσα και τη γνωστική ανάπτυξη ή στην ανάπτυξη δεξιοτήτων κατάλληλων για την ηλικία, αυτοβοήθειας, προσαρμοστικής συμπεριφοράς και περιέργειας για το περιβάλλον στην παιδική ηλικία

Η ταξινόμηση ICD-10 (1998) των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών (F 84) περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

Παιδικό αυτισμό (F84.0), που χαρακτηρίζεται από μη φυσιολογική και/ή διαταραγμένη ανάπτυξη που εκδηλώνεται πριν από την ηλικία των 3 ετών και από του χαρακτηριστικούς τύπους μη φυσιολογικής λειτουργίας και στους τρεις τομείς της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, της επικοινωνίας και της περιορισμένης, επαναλαμβανόμενης συμπεριφοράς.

Ο **άτυπος αυτισμός** (F84.1) διαφέρει από τον παιδικό αυτισμό όσον αφορά είτε στην ηλικία έναρξης είτε την αποτυχία εκπλήρωσης και των τριών σειρών διαγνωστικών κριτηρίων.

Σύνδρομο Rett (F84.2), που χαρακτηρίζεται από φαινομενικά φυσιολογική ή σχεδόν φυσιολογική πρόωμη ανάπτυξη, ακολουθούμενη από μερική ή πλήρη απώλεια των επίκτητων δεξιοτήτων των χεριών και της ομιλίας, μαζί με επιβράδυνση στην ανάπτυξη της κεφαλής, συνήθως με έναρξη μεταξύ ηλικίας 7 και 24 μηνών. Η κοινωνική ανάπτυξη και η ανάπτυξη του παιχνιδιού διακόπτονται τα πρώτα 2 ή 3 χρόνια, αλλά το κοινωνικό ενδιαφέρον τείνει να διατηρείται. Αναφέρεται μόνο σε κορίτσια.

Άλλη αποσυνθετική διαταραχή της παιδικής ηλικίας (F 84.3), που χαρακτηρίζεται από μια περίοδο φυσιολογικής ανάπτυξης πριν από την έναρξη και από οριστική απώλεια, κατά τη διάρκεια μερικών μηνών, προηγουμένως αποκτημένων δεξιοτήτων σε τουλάχιστον αρκετούς τομείς ανάπτυξης, μαζί με την έναρξη χαρακτηριστικές ανωμαλίες της κοινωνικής, επικοινωνιακής και συμπεριφορικής λειτουργικότητας.

Υπερκινητική διαταραχή που σχετίζεται με νοητική υστέρηση και στερεότυπες κινήσεις (F 84.4), που χαρακτηρίζεται από σοβαρή υπερβολική δραστηριότητα, κινητικές στερεοτυπίες και μέτρια έως σοβαρή νοητική υστέρηση.

Σύνδρομο Asperger (F 84.5) που χαρακτηρίζεται από ποιοτικές ανωμαλίες της αμοιβαίας κοινωνικής αλληλεπίδρασης, περιορισμένο, στερεότυπο, επαναλαμβανόμενο ρεπερτόριο ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων, χωρίς καθυστέρηση στη γλώσσα ή στη γνωστική ανάπτυξη.

Άλλες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (F 84.8) και

Διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή, μη καθορισμένη (F 84.9), μια υπολειπόμενη διαγνωστική κατηγορία που πρέπει να χρησιμοποιείται για διαταραχές που ταιριάζουν στη γενική περιγραφή για διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω, η κατηγοριοποίηση της ASD είναι δύσκολη και ασυνεπής. Για να γίνουν τα πράγματα χειρότερα, ο αυτισμός περιγράφηκε σε όλες τις εκδόσεις του DSM με διαφορετικές ετικέτες. Έτσι, για κατανοηθούν οι ορισμοί του αυτισμού και η ορολογία που χρησιμοποιούνται, είναι χρήσιμο να υπάρχει μια σύντομη επισκόπηση όλων των εκδόσεων του DSM (DSM I, 1952; DSM II, 1968; DSM III, 1980; και DSM IV, 1994).

Για να κατανοηθεί η ανάπτυξη των διαγνωστικών κριτηρίων, είναι σημαντικό επίσης να εξεταστεί το ιστορικό της ανάπτυξής τους. Το DSM I κυκλοφόρησε το 1952 και δεν περιλάμβανε τον αυτισμό ως συγκεκριμένη διάγνωση. Ο αυτισμός ταξινομήθηκε στις σχιζοφρενικές αντιδράσεις κωδικός 000-x20, και ο παιδικός τύπος στο κωδικό 000-x28 ως «ψυχωτικές αντιδράσεις στα παιδιά, που εκδηλώνουν κυρίως αυτισμό» (DSM I, 1952, σ. 28).

Η δεύτερη έκδοση του The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DCM II) κυκλοφόρησε το 1968 και, παρόμοια με την πρώτη έκδοση, ο αυτισμός δεν συμπεριλήφθηκε σε αυτό ως ειδική διάγνωση. Ο αυτισμός εμφανίστηκε κάτω από το κωδικό 295,8 σχιζοφρένεια, τύπος παιδικής ηλικίας σε αυτήν την έκδοση: *«Αυτή η κατηγορία είναι για περιπτώσεις στις οποίες τα συμπτώματα σχιζοφρένειας εμφανίζονται πριν από την εφηβεία. Η πάθηση μπορεί να εκδηλωθεί με αυτιστική, άτυπη και συμπεριφορά απόσυρσης, αποτυχία ανάπτυξης ταυτότητας ξεχωριστά από την ταυτότητα της μητέρας και γενική ανομοιομορφία, βαριά ανοριμότητα και*

ανεπάρκεια στην ανάπτυξη. Αυτά τα αναπτυξιακά ελαττώματα μπορεί να οδηγήσουν σε νοητική υστέρηση». (DSM II, 1968, σελ.35).

Η διάγνωση του αυτισμού συμπεριλήφθηκε για πρώτη φορά στο DSM III (1980) ως ειδική διάγνωση στην κατηγορία των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών: 299,0x βρεφικός αυτισμός. Τα διαγνωστικά κριτήρια για τον παιδικό αυτισμό περιελάμβαναν έξι συμπτώματα:

- έναρξη πριν από την ηλικία των 30 μηνών
- διάχυτη έλλειψη ανταπόκρισης σε άλλα άτομα (αυτισμός)
- μεγάλα ελλείμματα στη γλωσσική ανάπτυξη
- εάν υπάρχει ομιλία, περίεργα σχήματα ομιλίας όπως άμεση και καθυστερημένη ηχολαλία, μεταφορική γλώσσα, αντωνυμική αντιστροφή
- περίεργες αντιδράσεις σε διάφορες πτυχές του περιβάλλοντος, π.χ. αντίσταση στην αλλαγή, ιδιαίτερο ενδιαφέρον ή προσκολλήσεις σε έμψυχα ή άψυχα αντικείμενα
- απουσία παραληρημάτων, ψευδαισθήσεων, χαλάρωση των συσχετισμών και ασυνέπεια όπως φαίνεται στη σχιζοφρένεια (σελ. 35).

Εκτός από τον παιδικό αυτισμό 299,0x, η διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή στο DSMIII περιελάμβανε τα: 299,00 παιδικό αυτισμό, πλήρη δυσαρέσκεια για το σύνδρομο, 299.01 βρεφικός αυτισμός, υπολειπόμενη κατάσταση, 299,9x έναρξη παιδικής ηλικίας διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή, 299,90 έναρξη παιδικής ηλικίας διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή, παρόν πλήρες σύνδρομο, 299,91 έναρξη παιδικής ηλικίας διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή, υπολειπόμενη κατάσταση, 299,8x άτυπη διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή. Όπως περιγράφηκε παραπάνω, το DSMIV και η αναθεώρηση κειμένου του DSMIV-TR διατήρησαν ορισμένες από αυτές τις διακρίσεις και συμπεριέλαβαν τη διαταραχή Asperger ως ξεχωριστή κατηγορία.

Ένα άλλο θέμα έντονης συζήτησης μεταξύ των ειδικών είναι ο όρος «δια βίου» σε πολλές περιγραφές της ASD. Η πρώτη πρόταση για την εισαγωγή του αυτισμού ως φάσματος και δια βίου διαταραχής εισήχθη από τους Wing και Gould (1979). Η ανάπτυξη αποτελεσματικών πρώιμων παρεμβάσεων που βασίζονται σε τεκμήρια έχει αμφισβητήσει την υπόθεση ότι η ASD είναι αναγκαστικά δια βίου για όλα τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με ASD στην πρώιμη παιδική ηλικία (Dillenburger, 2011). Ωστόσο, πολλοί συγγραφείς και επαγγελματίες

εξακολουθούν να θεωρούν ότι είναι μια δια βίου κατάσταση, αν και όλο και περισσότερες μελέτες έχουν προτείνει την άρση της υπόθεσης. Οι Helt et al. (2008) θεώρησαν ότι μεταξύ 3% και 25% των παιδιών με ASD χάνουν τη διάγνωσή τους και εισέρχονται σε ένα φυσιολογικό εύρος γνωστικών, προσαρμοστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων. Οι προγνωστικοί παράγοντες της ανάκαμψης περιλαμβάνουν την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία (δηλαδή τεχνικές ανάλυσης συμπεριφοράς), τη διάγνωση διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής - που δεν προσδιορίζεται διαφορετικά, και υψηλά επίπεδα βασικής ευφυΐας, κινητικών και λεκτικών δεξιοτήτων.

Συνοψίζοντας, από τότε που ο Kanner (1943) εισήγαγε για πρώτη φορά τον όρο του πρώιμου βρεφικού αυτισμού, η ορολογία του αυτισμού ήταν ασυνεπής διαχρονικά, επηρεασμένη από τις θεωρητικές υποθέσεις εκείνης της εποχής, π.χ. η υπόθεση του Bettelheim (1967) ότι ο αυτισμός προκαλείται από την έλλειψη συναισθηματικού δεσμού, δηλαδή τις «μητέρες-ψυγεία». Η έλλειψη αναγνώρισης ως ξεχωριστή διάγνωση, π.χ. ομαδοποιήθηκε με την «παιδική σχιζοφρένεια» (Bender, 1956) και η θεώρηση ότι αποτελεί εκδήλωση της πιο πρώιμης μορφής σχιζοφρένειας των ενηλίκων θεωρείται ότι είναι ένα βασικό γνωστικό έλλειμμα (Rutter, 2000). Σήμερα, τα άτομα με ASD λαμβάνουν διπλή διάγνωση εάν έχουν επίσης διανοητική αναπηρία (Hill, 2004). Οι εργασίες και η έρευνα για τον συγχρονισμό των εγχειριδίων DSM5 και ICD ξεκίνησαν το 2010 και συνεχίζονται.

2.2 Χαρακτηριστικά παιδιών με ASD

Είναι σημαντικό να διευκρινιστεί ότι τα άτομα με διαταραχή του φάσματος του αυτισμού (ASD) παρουσιάζουν μια σύνθετη κλινική εικόνα που μπορεί να δημιουργήσει σύγχυση στους κλινικούς γιατρούς. Τα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν δυσκολίες σε πολλούς τομείς ανάπτυξης, όπως επικοινωνία, συμπεριφορά, κοινωνική αλληλεπίδραση, συγκεκριμένα ενδιαφέροντα, φαγητό και ύπνο, εκπαίδευση στην τουαλέτα, αισθητηριακά ζητήματα, κινητικές δεξιότητες, αναγνώριση συναισθημάτων. Μπορεί επίσης να παρουσιάζουν κάποια συναφή προβλήματα (συννοσηρότητες ή συνυπάρχοντα) όπως ΔΕΠΥ (διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας) άγχος ή επιληψία. Τα βασικά ελλείμματα σε παιδιά με ΔΑΦ περιγράφηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο. Άλλες κοινές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ASD είναι: σωματικά χαρακτηριστικά, διατροφικό πρότυπο, μοτίβο ύπνου, εκπαίδευση

στην τουαλέτα, αισθητηριακή ολοκλήρωση, κινητικές δεξιότητες και συννοσηρότητα ψυχικής υγείας.

Φυσικά χαρακτηριστικά: Οι Happe και Frith (1996) περιέγραψαν τον αυτισμό ως «*διαταραχή χωρίς σωματικά στίγματα. Πράγματι η φυσιολογική ή ελκυστική εμφάνιση των παιδιών με αυτισμό έρχεται σε πλήρη αντίθεση με άλλες μορφές νοητικής αναπηρίας*» (σελ. 1380). Ωστόσο, πρόσφατη έρευνα βρήκε μικρές σωματικές ανωμαλίες (δυσμορφολογία). Χρησιμοποιώντας φωτογραφίες για τον εντοπισμό της δυσμορφολογίας, οι Angkustsiri et al. (2011) εντόπισαν ότι σημαντικά περισσότερα παιδιά με ASD ταξινομήθηκαν ως δυσμορφικά σε σύγκριση με τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά. Παρατηρήθηκε τόσο μικροκεφαλία όσο και μακροκεφαλία (DSM IV-TR, 2000).

Διατροφικό μοτίβο: Πολλά παιδιά με ASD έχουν διατροφικές δυσκολίες και οι ώρες γευμάτων μπορεί να είναι προβληματικές τόσο για τα παιδιά όσο και για τα μέλη της οικογένειας. Οι Nadon et al. (2011) ολοκλήρωσαν ένα διατροφικό προφίλ παιδιών με ASD και των αδερφών τους. Τα ευρήματά τους υποδηλώνουν ότι τα παιδιά με ASD έχουν σημαντικά περισσότερα προβλήματα με τα γεύματα (κατά μέσο όρο 13,3) από τα αδέρφια τους (5,0 προβλήματα). Τείνουν να παρουσιάζουν περισσότερα διατροφικά προβλήματα ως βρέφη σε σχέση με τα μικρότερα παιδιά. Προβλήματα με τα γεύματα αναφέρονται στο 46–89% των παιδιών με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού (ASD) (Ledford and Gast, 2006). Τα παιδιά με ASD μπορεί να έχουν δυσκολίες στην αποδοχή νέων τροφίμων και υφών. Αρνούνται επίσης το φαγητό και έχουν συγκεκριμένες ρουτίνες για τα γεύματα.

Μοτίβο ύπνου: Η βιβλιογραφία προτείνει ότι τα παιδιά με αυτισμό επηρεάζονται από δυσκολίες ύπνου. Οι Hoffman et al. (2006) υποδεικνύουν ότι τα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν αντίσταση στον ύπνο, άγχος ύπνου, παραϋπνίες, διαταραχή της αναπνοής στον ύπνο, υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας, νυχτερινό περπάτημα, καθυστέρηση έναρξης ύπνου και μη φυσιολογική διάρκεια ύπνου. Στη μελέτη τους, τα προβλήματα ύπνου ήταν σημαντικά υψηλότερα στα παιδιά με αυτισμό από ότι στα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά. Χρησιμοποιώντας μια διαχρονική μελέτη, οι Sivertsen et al. (2012) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο επιπολασμός της χρόνιας αϋπνίας ήταν πάνω από δέκα φορές υψηλότερος στα παιδιά με αυτισμό σε σύγκριση με τους ελέγχους. Τα προβλήματα ύπνου ήταν πιο επίμονα με την πάροδο του χρόνου.

Κατέληξαν επίσης στο συμπέρασμα ότι τα συναισθηματικά προβλήματα και τα προβλήματα συμπεριφοράς εξηγούν τη σχέση μεταξύ ASD και προβλημάτων ύπνου.

Εκπαίδευση στην τουαλέτα: Μερικά παιδιά με ASD μπορεί να αντιμετωπίσουν δυσκολίες στην εκπαίδευση στην τουαλέτα. Οι Bainbridge et al., (1999) διεξήγαγαν έρευνα σχετικά με τις επιπτώσεις του ασταρώματος στην εισαγωγή της εκπαίδευσης στην τουαλέτα σε ένα αγόρι με ASD χρησιμοποιώντας ένα σχέδιο ABAB. Τα ευρήματα έδειξαν αύξηση στην έναρξη της χρήσης τουαλέτας και μείωση στον αριθμό των βρεγμένων πάνων όταν χρησιμοποιήθηκε αστάρωμα.

Οι LeBlanc et al., (2005) διεξήγαγαν μια μελέτη σε τρία παιδιά με ASD που προηγουμένως δεν ανταποκρίνονταν σε παρεμβάσεις εκπαίδευσης στην τουαλέτα χαμηλής έντασης και είχαν εκπαιδευτεί στην τουαλέτα χρησιμοποιώντας μια εντατική διαδικασία εκπαίδευσης στην τουαλέτα. Τα ευρήματα δείχνουν ότι κάθε παιδί πέτυχε εγκράτεια και δύο παιδιά τελικά ξεκίνησαν τα περισσότερα συμβάντα της τουαλέτας με βάση μια διαδικασία που αναπτύχθηκε από τους Azrin και Foxx (1971) για την πρωτοπαθή ακράτεια ούρων.

Αισθητηριακή ολοκλήρωση: Οι Schaaf et al., (2011) διερεύνησαν στη μελέτη τους πώς οι αισθητηριακές συμπεριφορές των παιδιών με αυτισμό έχουν επηρεάσει την οικογενειακή ρουτίνα. Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι αισθητηριακές συμπεριφορές είναι ένας παράγοντας που περιορίζει τη συμμετοχή της οικογένειας στην εργασία, την οικογένεια και τις δραστηριότητες αναψυχής. και ότι οι γονείς χρησιμοποίησαν συγκεκριμένες στρατηγικές για να διαχειριστούν τις ατομικές και οικογενειακές ρουτίνες υπό το φως των αισθητηριακών συμπεριφορών του παιδιού (Schaaf et al., 2011, σ. 373)

Η βιβλιογραφία δείχνει ότι περίπου το 80% των ατόμων με ASD εμφανίζουν συμπεριφορές που σχετίζονται με κακή αισθητηριακή διαμόρφωση (π.χ. καλύπτουν τα αυτιά τους σε ακουστικό ερέθισμα, εκτελούν περιστροφή) (Leekam et al., 2007; Rogers and Ozonoff, 2005; Rogers et al., 2003). Οι Myles et al. (2004) έδειξαν ότι οι δυσκολίες αισθητηριακής επεξεργασίας επηρεάζουν τις κοινωνικές και συναισθηματικές συμπεριφορές σε παιδιά με ASD, ιδιαίτερα σε παιδιά με σύνδρομο Άσπεργκερ.

Κινητικές δεξιότητες: Εκτός από τα βασικά ελλείμματα και άλλα συμπτώματα και δυσκολίες, τα παιδιά με ASD μπορεί να παρουσιάσουν κινητικές δυσκολίες. Οι Qiu et al. (2010) έδειξαν ότι η διαφορική διαταραχή του παράλληλου μετωπιαίου υποφλοιώδους κυκλώματος (βασικά

γάγγλια), που είναι υπεύθυνη για τις μαθημένες κινητικές και κοινωνικές λειτουργίες, μπορεί να συμβάλει σε κινητικές δυσκολίες και ελλείμματα κοινωνικής επικοινωνίας σε παιδιά με αυτισμό. Οι Lloyd et al. (2013) περιέγραψαν λεπτές και κινητικές δυσκολίες σε νήπια με ASD ηλικίας μεταξύ 12 και 36 μηνών. Τόνισαν τη σημασία της αντιμετώπισης της κινητικής ανάπτυξης στη θεραπεία έγκαιρης παρέμβασης. Η έρευνα διαπίστωσε ότι τα παιδιά με ASD παρουσιάζουν μεγάλες και λεπτές κινητικές καθυστερήσεις και άτυπο κινητικό μοτίβο (Landa και Garrett-Mayer, 2006; Vernazza-Martin et al., 2005; Berkeley et al., 2001). Οι Ghaziuddin and Butler (1998) και Green et al. (2002) βρήκαν δυσκολίες στον κινητικό συντονισμό σε παιδιά με αυτισμό και σύνδρομο Asperger.

Συννοσηρότητα ψυχικής υγείας: Σύμφωνα με το DSM IV, 1994, τα άτομα με ASD είναι πιθανό να εμφανίζουν μία ή περισσότερες συννοσηρικές διαταραχές και συμπτώματα, όπως υπερκινητικότητα, δυσκολίες προσοχής, επιληπτικές κρίσεις, νοητική υστέρηση, κατάθλιψη και άγχος. Ένα ευρύ σώμα βιβλιογραφίας έχει μελετήσει την παρουσία άγχους σε άτομα με ASD (Tantam, 2000; Green et al., 2001; Kim et al., 2000). Μελέτες έχουν δείξει ότι τα παιδιά με αυτισμό και σύνδρομο Asperger παρουσιάζουν αυξημένο επιπολασμό ψυχιατρικών διαταραχών, όπως η κατάθλιψη και το άγχος (Lainhart, 1999· Howlin, 1997). Οι ανωμαλίες του EEG είναι συχνές ακόμη και απουσία διαταραχών επιληπτικών κρίσεων. Επιληπτικές κρίσεις μπορεί να εμφανιστούν (ιδιαίτερα στην εφηβεία) έως και στο 25% των περιπτώσεων. (DSM IV-TR, 1994, σελ. 72).

3. Διαγνωστικά ζητήματα και πολυπλοκότητα

3.1 Τομείς Διαγνωστικής πολυπλοκότητα

3.1.1 Το πρόβλημα του Asperger και του ευρύτερου φαινοτύπου του αυτισμού

Η διαταραχή Asperger εντοπίστηκε για πρώτη φορά το 1944 (Asperger, 1944) και, με πολλούς τρόπους, έθεσε το υπόβαθρο για μια συνεχιζόμενη συζήτηση σχετικά με τις στενές ή ευρύτερες απόψεις του αυτισμού. Αυτό έχει γίνει ακόμη περισσότερο ένα ζήτημα με την αναγνώριση του ευρύτερου φαινοτύπου του αυτισμού (Ingersoll & Wainer, 2014) και την αναγνώριση της πολυπλοκότητας της γενετικής του αυτισμού (Yuen et al., 2019). Πράγματι, η ίδια η χρήση του όρου «διαταραχή του φάσματος του αυτισμού» στο DSM-5 (APA, 2013) αντικατοπτρίζει τη συνειδητοποίηση ότι ενώ η εργασία του Kanner (1943) ξεκίνησε την αναγνώριση κλασικών περιπτώσεων πρώιμου παιδικού αυτισμού, υπάρχει πράγματι ένα φάσμα.

Η διαταραχή Asperger δεν αναγνωρίστηκε επίσημα μέχρι το DSM-IV (APA, 2001), και μέχρι εκείνη τη στιγμή η έρευνα ήταν περιορισμένη και είχαν προκύψει διαφορετικές απόψεις για την πάθηση. Μετά την αναγνώρισή του, η έρευνα αυξήθηκε σημαντικά, αλλά οι συνεχείς ανησυχίες για τις βέλτιστες προσεγγίσεις στη διάγνωση και η ασυνέπεια στη διαγνωστική πρακτική περιόρισαν αυτή τη βιβλιογραφία. Εγκαταλείφθηκε στο DSM-5, παρόλο που ένας αυξανόμενος όγκος εργασιών πρότεινε σημαντικές διακρίσεις με βάση νευροψυχολογικά προβλήματα, πρότυπα συννοσηρότητας και οικογενειακό ιστορικό ως διαφορετικά από την υψηλότερη γνωστικά λειτουργική περίπτωση του αυτισμού (Miller & Ozonof, 1997; Woodbury-Smith et al., 2005). Για παράδειγμα, οι Chiang et al., (2014) διεξήγαγαν μια μετα-ανάλυση των διαφορών του προφίλ IQ σε 52 μελέτες περιπτώσεων υψηλότερης λειτουργικότητας αυτισμού και διαταραχής Asperger. Σημείωσαν ότι σε αυτές τις μελέτες οι συνολικές βαθμολογίες IQ ήταν υψηλότερες στην ομάδα Asperger. Αυτή η ομάδα εμφάνισε επίσης υψηλότερο λεκτικό σε σύγκριση με το IQ απόδοσης, υποστηρίζοντας την εγκυρότητα μιας διάκρισης αυτών των δύο κατηγοριών. Αυτά τα διαφορετικά προφίλ έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην παρέμβαση.

Κάπως παράδοξα, η εργασία για το τι είναι μια πολύ μεγάλη ομάδα ατόμων με ορισμένα, αλλά όχι όλα, χαρακτηριστικά του αυτισμού ήταν πολύ λιγότερο εκτεταμένη από αυτή για τον αυτισμό ή το Asperger για εκείνο το θέμα. Αυτό το BAP (Ingersoll et al., 2017) παρουσιάζει επίσης μεγάλο ενδιαφέρον, δεδομένης της αυξανόμενης συνειδητοποίησης της πολυπλοκότητας της γενετικής του αυτισμού και της δυνατότητας εντοπισμού «λιγότερων παραλλαγών» που θα μπορούσαν να ενημερώσουν την εργασία για τον αυτισμό πιο αυστηρά καθορισμένη (Yuen et al., 2019).

3.1.2 Ζητήματα που σχετίζονται με την ηλικία στη διάγνωση του αυτισμού σε βρέφη και μικρά παιδιά

Την τελευταία δεκαετία, εν μέρει λόγω της μεγάλης επέκτασης της έρευνας σε κοόρτες αδερφών με αυξημένη πιθανότητα και σε άλλους πολύ νεαρούς πληθυσμούς, υπήρξαν βελτιώσεις στην εννοιολόγηση της ASD και στον τρόπο με τον οποίο αυτή εκδηλώνεται σε βρέφη και νήπια. Όπως και στα μεγαλύτερα παιδιά, τους εφήβους και τους ενήλικες, η φαινοτυπική ετερογένεια σε βρέφη και νήπια με ASD είναι μεγάλη. Επιπλέον, επειδή η ASD είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή, υπάρχει η πρόσθετη πολυπλοκότητα των παραλλαγών που σχετίζονται με την ηλικία στα χαρακτηριστικά του αυτισμού. Η μελέτη των νηπίων με ASD ρίχνει φως στην πρόωμη αναπτυξιακή πορεία της ASD πριν επικρατήσουν τα αποτελέσματα της παρέμβασης και πριν από την επίπτωση δευτερογενών ή συνυπάρχοντα συμπτωμάτων.

Τα κεντρικά χαρακτηριστικά του αυτισμού στα μικρά παιδιά καλύπτουν μια σειρά από διάχυτες βλάβες στην κοινωνικο-συναισθηματική αμοιβαιότητα, τη μη λεκτική επικοινωνία και την παρουσία περιορισμένων, επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών (APA, 2013). Οι συμπεριφορικές εκδηλώσεις της ASD εμφανίζονται για τα περισσότερα παιδιά στο δεύτερο έτος της ζωής, σε μια περίοδο που τα τυπικά αναπτυσσόμενα βρέφη βιώνουν απότομη ανάπτυξη στους τομείς της κοινωνικής επικοινωνίας, της λεκτικής και μη λεκτικής ανάπτυξης και του παιχνιδιού. Καθώς τα βρέφη αρχίζουν να υστερούν σε σχέση με τους συνομηλικούς τους σε αυτούς τους τομείς και ίσως χάνουν βασικά ορόσημα μεταξύ των πρώτων και των δεύτερων γενεθλίων, οι γονείς και οι φροντιστές τους ανησυχούν (Chawarska et al., 2007; De Giacomo & Fombonne, 1998; Richards et al., 2016) και τελικά προχωρούν σε αυτό που μπορεί να είναι μια κυκλική διαδρομή για μια διάγνωση ASD (Zuckerman et al., 2017). Αυτές οι βλάβες εκδηλώνονται στα νήπια ως πολλά

χαρακτηριστικά γνωρίσματα, συμπεριλαμβανομένης της άκαμπτης χρήσης της οπτικής επαφής, της μείωσης της κοινωνικής επικοινωνίας και της περιορισμένης προσοχής στα πρόσωπα και τις φωνές των άλλων (Chawarska et al., 2009, 2014· Miller et al., 2017). Έτσι, μεταξύ των πρώιμων συμπτωμάτων της ASD στα νήπια είναι εκείνα που εμφανίζονται στο πλαίσιο τόσο των δυαδικών (πρόσωπο με πρόσωπο) όσο και των τριαδικών (από κοινού προσοχή) επικοινωνιακών αλληλεπιδράσεων.

Η διαφορική διάγνωση του αυτισμού κατά τη βρεφική και νηπιακή ηλικία παρουσιάζει πολλές προκλήσεις. Ο ετερογενής φαινότυπος της ASD ποικίλλει ανάλογα με τις διαστάσεις της σοβαρότητας των συμπτωμάτων, τις γνωστικές δεξιότητες και τις γλωσσικές ικανότητες. Έτσι, η επικάλυψη στην παρουσίαση μεταξύ νηπίων με ASD και νηπίων με άλλες αναπτυξιακές καθυστερήσεις (ΑΔ) μπορεί να είναι σημαντική. Για παράδειγμα, οι πρώιμες επικοινωνιακές πράξεις, όπως οι χειρονομίες, είναι μειωμένες τόσο σε μικρά παιδιά με ASD όσο και σε αυτά με ΔΑ. Η πιθανή εξειδίκευση αυτών των ελλειμμάτων στη ASD εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως η σύνθεση της ομάδας DD και τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για την αντιστοίχιση των ομάδων (Macari et al., 2020· Manwaring et al., 2018). Ενώ η παγκόσμια ΔΔ επηρεάζει τα παιδιά σε πολλούς τομείς λειτουργίας, η ASD τείνει να επηρεάζει τις λεκτικές περισσότερο από τις μη λεκτικές ικανότητες. Όπως ήταν αναμενόμενο, τα μικρά παιδιά με γλωσσικές καθυστερήσεις παρουσιάζουν παρόμοιο προφίλ (Ventola et al., 2007). Αυτό το πρότυπο εμφανίζεται ήδη από την ηλικία των 12 μηνών σε παιδιά με ASD (Barbaro & Dissanayake, 2012; Macari et al., 2012) και περιορίζεται με την πάροδο του χρόνου για πολλά, με το συνολικό IQ έναν πιθανό παράγοντα στο μέγεθος αυτής της διαφοράς (Macari et al., 2021; Stenberg et al., 2021).

Πάνω από μια δεκαετία προοπτικών μελετών βρεφών σε αυξημένη οικογενειακή όπως η πιθανότητα αυτισμού (δηλαδή, βρέφη με μεγαλύτερο αδερφό με ASD) προσφέρουν ένα παράθυρο στην πρώιμη ανάπτυξη των παιδιών με το σύνδρομο (βλ. Chawarska et al., 2022) και επίσης αποκαλύπτουν ότι ορισμένα βρέφη αδέρφια εμφανίζουν ελλείμματα εντυπωσιακά παρόμοια με εκείνα με ASD, παρόλο που δεν αναπτύσσουν τα ίδια ASD. Η διάκριση μεταξύ αυτών των βρεφών αυξημένης πιθανότητας με ΒΑΡ και εκείνων που αναπτύσσουν αυτισμό μπορεί να είναι εξαιρετικά δύσκολη κατά τα πρώτα στάδια ανάπτυξης, καθώς η επικάλυψη στη συμπεριφορική παρουσίαση περιλαμβάνει βασικά συμπτώματα αυτισμού στα πρώτα γενέθλια

(Georgiades et al., 2013; Macari et al., 2012) και στο δεύτερο και τρίτο έτος (Chawarska et al., 2014). Το γεγονός ότι τα βρέφη με αυξημένη πιθανότητα που δεν αναπτύσσουν αυτισμό μπορεί να εμφανίσουν μια σειρά από συμπτώματα αυτισμού νωρίς στην ανάπτυξη υποδηλώνει ότι η γενετική ευθύνη για ASD εκφράζεται ποικίλα (Chawarska et al., 2020).

Η διαχρονική παρακολούθηση των αδερφών με αυξημένη πιθανότητα αποκάλυψε πολλά σχετικά με την εξέλιξη της ASD κατά το πρώτο έτος. Οι καθυστερήσεις στη γλώσσα, συχνά το πρώτο ζήτημα που προκαλεί ανησυχία των γονέων, περιλαμβάνουν βλάβες στην πρώιμη ομιλία, όπως κανονικές φωνές, φωνητικές φωνές και δεκτική και εκφραστική γλώσσα που ευρητηριάζεται με τυποποιημένα μέτρα (βλ. Chawarska et al., 2020). Ως ομάδα, τα παιδιά 12 μηνών που αργότερα διαγνώστηκαν με ASD δείχνουν άτυπη κοινωνική επικοινωνία και ανταπόκριση σε σύγκριση με τους συνομηλίκους, όπως μικρότερο απόθεμα χειρονομιών, λιγότερο συχνό κοινωνικό χαμόγελο, μίμηση, επίδειξη, αίτημα, απάντηση στο όνομά τους και έναρξη κοινή προσοχή με έναν ενήλικο κοινωνικό εταίρο (Chawarska et al., 2020). Περιορισμένες και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, ενδιαφέροντα και δραστηριότητες (RRBIA), ο δεύτερος βασικός τομέας της ASD (DSM-5; APA, 2013) αρχίζει να εμφανίζεται κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους στα βρέφη με ASD όπως συμβαίνει στα τυπικά αναπτυσσόμενα βρέφη. Η έρευνα έχει προτείνει ότι αυτά τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της ASD αποτελούνται από τυπικές συμπεριφορές που επιμένουν πέρα από το κανονικό και αναμενόμενο αναπτυξιακό χρονοδιάγραμμα, καθιστώντας έτσι άτυπες (Chawarska et al., 2014). Οι στερεότυπες κινήσεις του σώματος και οι επαναλαμβανόμενες ενέργειες με αντικείμενα είναι κοινές σε όλα τα βρέφη κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους της ζωής τους, αλλά όταν υπομένουν με παρόμοια ένταση μετά από αυτήν την ηλικία, γίνονται λιγότερο τυπικές (Elison et al., 2014; Loh et al., 2007). Ωστόσο, υπάρχει πολυπλοκότητα και σε αυτές τις χρονικές γραμμές, καθώς οι διάφορες εκφράσεις συμπεριφοράς δεν προχωρούν με ομοιόμορφο τρόπο, είτε στους τομείς της κοινωνικής επικοινωνίας είτε της επαναλαμβανόμενης συμπεριφοράς (Elison et al., 2014· Ozonof et al., 2008).

Αυτή η αυξανόμενη επίγνωση της εικόνας της πρώιμης ανάπτυξης σε βρέφη και νήπια με ASD έχει οδηγήσει σε αναθεωρήσεις στα κύρια διαγνωστικά μέτρα (Gotham et al., 2007; Luyster et al., 2009) και στο πιο πρόσφατο διαγνωστικό εγχειρίδιο, DSM-5 (APA, 2013). Αν και ο αντίκτυπος των αλλαγών στα διαγνωστικά κριτήρια από το DSM-IV στο DSM-5 στη διάγνωση

πολύ μικρών παιδιών με ASD ίσως δεν έχει ακόμη πλήρως εκτιμηθεί, αρκετές μελέτες έχουν δείξει ορισμένες τάσεις. Είχε γίνει κατανοητό από καιρό ότι, λόγω της εξαιρετικά περιορισμένης συμπερίληψης βρεφών και παιδιών στις δοκιμές στο πεδίο του DSM-IV, τα διαγνωστικά κριτήρια που αναπτύχθηκαν εκείνη την εποχή δεν ήταν απολύτως εφαρμόσιμα στα μικρότερα παιδιά (Chawarska et al., 2008). . Ωστόσο, η εγγενής ευελιξία ενός πολυθετικού διαγνωστικού συστήματος ήταν ίσως επωφελής για τη διάγνωση πολύ μικρών παιδιών, καθώς τα συμπτώματά τους εξακολουθούν να εμφανίζονται σε έναν ή τον άλλο τομέα κατά τη στιγμή της αξιολόγησης. Τα παιδιά που διαγιγνώσκονται υπό DSM-IV με PDD-NOS, για τα οποία απαιτούνταν να πληρούνται λιγότερα κριτήρια συμπτωμάτων από την Αυτιστική Διαταραχή, ενδέχεται να κινδυνεύουν ιδιαίτερα να μην πληρούν τα κριτήρια σύμφωνα με το DSM-5 (Mandy et al., 2012). Η κύρια ανησυχία σχετικά με τα μικρότερα παιδιά με ASD είναι ότι συχνά δεν παρουσιάζουν (ακόμη) το πλήρες σύνολο των συμπτωμάτων που παρατηρούνται σε μεγαλύτερα παιδιά. Πράγματι, σε ένα μικρό δείγμα παιδιών ηλικίας μεταξύ 12 και 36 μηνών, το 72% των ατόμων που διαγνώστηκαν με PDD υπό DSM-IV δεν πληρούσαν τα κριτήρια ASD χρησιμοποιώντας το DSM-5 (Mayes et al., 2013).

Στο DSM-5, οι αλλαγές περιελάμβαναν την αφαίρεση του κριτηρίου της ηλικίας έναρξης (36 μήνες), κατασκευή δύο τομέων συμπτωμάτων (κοινωνική αλληλεπίδραση και επικοινωνία, συν περιορισμένη επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά) αντί της προηγούμενης τριάδας, με μια μονοθετική προσέγγιση στον τομέα της κοινωνικής επικοινωνίας, που απαιτεί να πληρούνται και τα τρία κριτήρια συμπτωμάτων. προδιαγραφές σχετικά με το επίπεδο σοβαρότητας και δυσλειτουργίας· και ένδειξη για το εάν η διάγνωση συνοδεύεται από διανοητική αναπηρία, γλωσσικές καθυστερήσεις, οποιεσδήποτε γνωστές ιατρικές ή γενετικές καταστάσεις ή προ/περιγεννητικούς παράγοντες. Από όλες αυτές τις αλλαγές, αυτή που αντιμετωπίστηκε περισσότερο εμπειρικά ήταν η μετάβαση από ένα σύνδρομο τριών τομέων σε ένα σύνδρομο δύο τομέων και οι επιπτώσεις του στη διαγνωστική ένταξη των παιδιών.

Μια προσέγγιση για τη σύγκριση διαγνωστικών μοντέλων, συμπεριλαμβανομένων εκείνων στα οποία βασίζονται το DSM-IV και το DSM-5, εξετάζει τη δομή των παραγόντων των συμπτωμάτων. Οι Guthrie et al.. (2013) εξέτασαν τα στατιστικά πόδια διαφόρων διαγνωστικών μοντέλων σε μια μεγάλη ομάδα νηπίων με κλινική διάγνωση ASD ηλικίας μεταξύ 12 και 30 μηνών (μέση ηλικία: 20 μήνες). Από την ενότητα ADOS-2 (Πρόγραμμα Παρατήρησης

Διαγνωστικής Παρατήρησης Αυτισμού-2η έκδοση), επιλέχθηκαν 26 στοιχεία που αντικατοπτρίζουν τα πιο σχετικά συμπτώματα για μια διάγνωση. Τα δεδομένα από τα νήπια υποβλήθηκαν σε μια σειρά επιβεβαιωτικών αναλύσεων παραγόντων, οι οποίες αποκάλυψαν ότι τα συμπτώματα αυτισμού που μετρήθηκαν με αυτό το όργανο οργανώθηκαν καλύτερα σε μια λύση δύο παραγόντων που αντικατοπτρίζει αυτή του DSM-5, σε αντίθεση με πολλά άλλα μοντέλα. Αυτό ίσως δεν προκαλεί έκπληξη, καθώς τα διαγνωστικά όργανα ήταν κεντρικά στην ανάπτυξη των νέων κριτηρίων DSM-5 (Jackson & Volkmar, 2019).

Ένας άλλος τρόπος αξιολόγησης των νέων κριτηρίων είναι να η εφαρμογή τους στα προφίλ συμπεριφοράς παιδιών που έχουν ήδη κλινικά διαγνωστεί με τη διαταραχή. Σε δύο υποκοορτές παιδιών ηλικίας κάτω των 4 ετών που είχαν προηγουμένως διαγνωστεί με ASD χρησιμοποιώντας κριτήρια DSM-IV, η ευαισθησία με χρήση του DSM-5 ήταν υψηλή (0,98, 0,90). Ωστόσο, η εξειδίκευση έναντι άλλων μη PDD διαταραχών ήταν αρκετά φτωχή (0,53, 0,40) (Huerta et al., 2012). Η απόδειξη ενός συμπτώματος DSM-5 περιελάμβανε οποιοδήποτε σχετικό στοιχείο ADOS ή ADI-R με βαθμολογία τουλάχιστον 1, που σημαίνει μόνο ήπια βλάβη. αυτό μπορεί να εξηγήσει τη σχετικά χαμηλή εξειδίκευση. Όταν τα συμπτώματα έπρεπε να αναφερθούν και από τους δύο πληροφοριοδότες, η ευαισθησία μειώθηκε ελαφρά, αλλά η εξειδίκευση βελτιώθηκε

Ωστόσο, η ηλικιακή κατανομή αυτών των κοορτών δεν αναφέρθηκε, επομένως δεν είναι σαφές πόσο μικρά ήταν μερικά από αυτά τα παιδιά. Ενώ παρασχέθηκε μια καταγραφή του γιατί ορισμένα παιδιά χάθηκαν στο πλαίσιο του DSM-5 (δηλαδή, η αποτυχία να πληρούν τα κριτήρια κοινωνικής επικοινωνίας έναντι της αποτυχίας να πληρούν τα κριτήρια RRBIA) για ολόκληρη την κούρτη, η οποία αποτελούταν κυρίως από μεγαλύτερα παιδιά, δεν ήταν αναφέρθηκαν για νεαρά υποσύνολα του δείγματος. Έτσι, οι πιθανές επιπτώσεις των αυστηρότερων απαιτήσεων της κατηγορίας RRBIA και ο μονοθετικός χαρακτήρας της κατηγορίας κοινωνικής επικοινωνίας δεν αντιμετωπίστηκαν ιδιαίτερα για τα πολύ μικρά παιδιά.

Σε μικρά παιδιά ηλικίας κάτω των 3 ετών με μέση ηλικία τους 26 μήνες, οι Barton et al., (2013) ανέφεραν ότι τα νέα κριτήρια DSM-5 ήταν λιγότερο ικανά να προσδιορίσουν περιπτώσεις ASD από ό,τι στην προηγούμενη μελέτη των Huerta et al., (2012), με ευαισθησία 0,84 και με παρόμοια ειδικότητα (0,55). Οι συγγραφείς εξέτασαν διάφορες παραλλαγές των διαγνωστικών κριτηρίων για αυτά τα μικρότερα παιδιά. Η στρατηγική χαλάρωσης των επαναλαμβανόμενων

κριτηρίων συμπεριφοράς από δύο από τα τέσσερα στοιχεία σε ένα από τα τέσσερα στοιχεία παρείχε την καλύτερη λύση όσον αφορά την ανταλλαγή ευαισθησίας/ειδικότητας (Barton et al., 2013). Οι συγγραφείς συζήτησαν ένα θεμελιώδες ζήτημα σχετικά με τη χαρτογράφηση των συμπτωμάτων στα νήπια με τα κριτήρια DSM-5, όχι μια εντελώς απλή εργασία. Πράγματι, παρέχοντας μια πλήρη εξήγηση της χαρτογράφησης συγκεκριμένων συμπτωμάτων στα κριτήρια DSM-5 μεταξύ της δικής τους μελέτης και αυτής των Huerta et al. (2012), αποκαλύφθηκαν αποκλίσεις στις αντιστοιχίσεις. Εάν, ακόμη και μεταξύ των ειδικών του τομέα, υπάρχει διαφωνία σχετικά με το ποιο σύμπτωμα ανήκει σε ποια κατηγορία, η πιθανότητα οι κλινικοί γιατροί και οι ερευνητές να υιοθετήσουν «ιδιοσυγκρασιακή κατανόηση» (Barton et al., 2013) και να εφαρμόσουν χαρτογράφηση συμπτωμάτων σε παιδιά.

Μια ίσως ακούσια συνέπεια των νέων συμβάσεων για άτομα κάτω των 3 ετών μπορεί να περιλαμβάνει την εφαρμογή της συγκεκριμένης σοβαρότητας σε πολύ μικρά παιδιά. Το DSM-5 εισήγαγε το τέταρτο κριτήριο, απαιτώντας ότι τα συμπτώματα *«προκαλούν κλινικά σημαντική έκπτωση σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς της τρέχουσας λειτουργικότητας»* (APA, 2013, σελ. 50). Για τα νήπια, ο πιο σχετικός τομέας λειτουργίας είναι στον τομέα της προσαρμοστικής συμπεριφοράς. Ωστόσο, το επίπεδο της προσαρμοστικής τους λειτουργίας μπορεί να είναι κάπως πιο δύσκολο να μετρηθεί από αυτό των μεγαλύτερων παιδιών, καθώς το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου τους αφιερώνεται συχνά ζώντας σε περιβάλλοντα με υποστηρικτικούς γονείς ή φροντιστές, παρακάμπτοντας την ανάγκη προσαρμογής ή συμμόρφωσης με άλλα άτομα ή περιβάλλοντα. Μια μελέτη νηπίων (ηλικίας 20-47 μηνών) χρησιμοποίησε τις Κλίμακες Προσαρμοστικής Συμπεριφοράς Vineland-II (Sparrow et al., 2005) για τον προσδιορισμό του επιπέδου της προσαρμοστικής βλάβης. Πράγματι, ενώ η συντριπτική πλειονότητα μιας ομάδας μικρών παιδιών (ηλικίας 20-47 μηνών) με ASD με διάγνωση DSM-IV πληρούσε το όριο ήπιας βλάβης στο Vineland (1 SD κάτω από το μέσο όρο), ένα σημαντικό ποσοστό νηπίων δεν πληρούσε τα μεσαία ή σοβαρά κατώφλια (Zander & Bølte, 2015). Επειδή δεν υπάρχει σύμβαση για τον ορισμό της απομείωσης είτε στο DSM-5 είτε στο πεδίο γενικά, απαιτείται προσοχή στην αυστηρή εφαρμογή του κριτηρίου απομείωσης. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στην περίπτωση πολύ μικρών παιδιών που όλα χρειάζονται υποστήριξη από γονείς και φροντιστές, ανεξάρτητα από τη διάγνωση. Αυτές οι μελέτες και άλλες έδωσαν λόγο για κάποια ανησυχία σχετικά με τα πολύ μικρά παιδιά με ASD που αναγνωρίζονται επαρκώς χρησιμοποιώντας το DSM-5. Οι αναθεωρήσεις των διαγνωστικών κριτηρίων και της δομής είναι

πιθανό να επηρεάσουν τη σύνθεση του φάσματος του αυτισμού, τον όγκο των πληροφοριών που περιλαμβάνονται στις διαγνωστικές αναφορές και βεβαίως την πρόσβαση σε υπηρεσίες στα μικρότερα παιδιά με ASD των οποίων τα συμπτώματα είναι ακόμη σε διαδικασία πλήρους εμφάνισης. (McPartland & Dawson, 2014)

4. Ενδείξεις για Αξιολόγηση

Η ορθή και έγκαιρη αξιολόγηση του αυτισμού είναι κρίσιμη για την πρόσβαση σε κατάλληλες πρακτικές που βασίζονται σε τεκμηριωμένα στοιχεία, οι οποίες μπορούν να προωθήσουν τα βέλτιστα αποτελέσματα. Η λανθασμένη διάγνωση και η μη διάγνωση είναι επιβλαβείς για τα άτομα και τις οικογένειές τους, επειδή μπορεί να χάσουν βασικές υπηρεσίες έγκαιρης παρέμβασης, οι οποίες είναι σημαντικές για να καλύψουν το χάσμα στις δεξιότητες πριν ένα παιδί μπει στο σχολείο. Αν και είναι σαφώς κρίσιμο να προσδιοριστεί με ακρίβεια η ΔΑΦ, τα ευρήματα από πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι μόνο οι μισοί περίπου από τους επαγγελματίες όπως οι παθολόγοι ομιλίας-λόγου (speech-language pathologists - SLPs) εντοπίζουν με ακρίβεια τα διαγνωστικά κριτήρια για τον αυτισμό ώστε να περιλαμβάνουν τόσο ελλείμματα κοινωνικής επικοινωνίας όσο και την παρουσία περιορισμένων ή/και επαναλαμβανόμενων συμπεριφορές (Beverly και Matthews, 2021).

Τα στοιχεία υποδεικνύουν ότι τα εργαλεία πρώιμου προσυμπτωματικού ελέγχου, όπως η Τροποποιημένη Λίστα Ελέγχου για τον Αυτισμό σε Νήπια, Αναθεωρημένη με Παρακολούθηση (Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-up - M-CHAT-R/F), μπορούν να είναι αξιόπιστα για την ανίχνευση του αυτισμού σε παιδιά ηλικίας κάτω των δύο ετών (Robins et al., 2014). Παρά το γεγονός ότι η συμπτωματολογία του αυτισμού μπορεί να τεκμηριωθεί αξιόπιστα ήδη από την ηλικία των δύο ετών, πολλά παιδιά διαγιγνώσκονται μόνο μετά από χρόνια, γεγονός που περιορίζει την πρόσβαση στην κατάλληλη παρέμβαση (Moore and Goodson, 2003).

Εκείνοι που εργάζονται με μικρά παιδιά, όπως SLP, βοηθοί SLP, ειδικοί στην πρώιμη εκπαίδευση και άλλοι μπορεί να διαδραματίσουν κρίσιμο ρόλο στη βοήθεια στον εντοπισμό παιδιών που παρουσιάζουν συμπτωματολογία, στην παραπομπή αυτών των παιδιών στην αξιολόγηση και στην υποστήριξη αυτών των παιδιών για να λάβουν τις κατάλληλες υπηρεσίες παρέμβασης (Swineford, 2017). Συνολικά, η έρευνα είναι σαφής όσον αφορά την κρίσιμη ανάγκη να γεφυρωθεί η έγκαιρη ταυτοποίηση με την έγκαιρη θεραπεία (Crais and Watson, 2013). Πώς λοιπόν αξιολογείται σωστά ένα παιδί και ποιος πρέπει να κάνει αξιολογήσεις;

Το ακριβές «πώς» μπορεί να διαφέρει ανάλογα με την εκάστοτε κατάσταση και ρύθμιση, αλλά η κατάλληλη αξιολόγηση θα πρέπει να περιλαμβάνει ενδελεχή αξιολόγηση χρησιμοποιώντας μια ποικιλία επίσημων και ανεπίσημων μέτρων αξιολόγησης που επιβεβαιώνουν τη συνεπή συμπτωματολογία σε περιβάλλοντα και αξιολογητές. Οι αξιολογήσεις θα πρέπει να διεξάγονται από επαγγελματίες με ιδιαίτερη εξειδίκευση στην παιδική ανάπτυξη και τον αυτισμό, καθώς δεν είναι όλοι οι επαγγελματίες εκπαιδευμένοι να αξιολογούν για ΔΑΦ. Τα ειδικευμένα άτομα θα πρέπει να μπορούν να προσδιορίζουν συγκεκριμένα τα διαπιστευτήρια, τις άδειες και τις εμπειρίες τους που τα καθιστούν ιδιαίτερα ικανά να διαγνώσουν τον αυτισμό. Εν γένει, η εμπειρία έχει δείξει ότι υπάρχουν δύο πιθανότητες:

1. Οι ίδιοι οι γονείς έχουν ανησυχίες και αναζητούν ενεργά απαντήσεις, αν και μπορεί να μην υποψιάζονται ακριβώς ΔΑΦ. Αυτοί οι φροντιστές μπορεί να έχουν σημειώσει καθυστέρηση στην ομιλία και τη γλώσσα ή να έχουν άλλο παιδί με ΔΑΦ ή να έχουν οικογενειακό ιστορικό καθυστερήσεων στην επικοινωνία.
2. Οι γονείς δεν έχουν άμεσες ανησυχίες, αλλά αναζητούν απαντήσεις για να αμφισβητήσουν τις ανησυχίες κάποιου άλλου. Ίσως ο παιδίατρός τους έθεσε μερικές ερωτήσεις ή κάποιος συγγενής/φίλος, που είναι εκπαιδευτικός προσχολικής ηλικίας, πρότεινε μια αξιολόγηση

Σύμφωνα με την συναφή βιβλιογραφία, αυτές οι δύο ομάδες θα αναφέρουν τη συμπεριφορά του παιδιού τους πολύ διαφορετικά, αν και μπορεί να περιγράφουν τις ίδιες πράξεις χρησιμοποιώντας πολύ διαφορετική ορολογία και υποδηλώσεις. Υπενθυμίζεται ότι το ΔΑΦ χαρακτηρίζεται διαφορετικά από δύο βασικά διαγνωστικά κριτήρια: (i) ελλείμματα κοινωνικής επικοινωνίας και (ii) περιορισμένες και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές.

Τα συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα στην πρώιμη παιδική ηλικία, αν και μπορεί να μην είναι κλινικά σημαντικά μέχρι αργότερα στην ανάπτυξη με μεταβαλλόμενες απαιτήσεις κοινωνικής επικοινωνίας. Ο αυτισμός μπορεί να φαίνεται σημαντικά διαφορετικός από περίπτωση σε περίπτωση, καθώς ιστορικά θεωρείται ως ένα φάσμα με ένα ευρύ φάσμα παρουσιάσεων. Εν γένει, οι ειδικοί βασίζονται σε αξιολογήσεις συμπεριφοράς και διαφορική διάγνωση για την αξιολόγηση της ΔΑΦ. Για τη σωστή διάγνωση, βασίζονται στην κλινική παρατήρηση και την επίσημη αξιολόγηση, σε συνδυασμό με την αναφορά του φροντιστή. Εξετάζουν επίσης ολιστικά άλλα σημεία ανησυχίας, όπως το πρώιμο επαναλαμβανόμενο

παιχνίδι με αντικείμενα, η χαμηλή ευαισθησία σε κοινωνικές ενδείξεις και η άτυπη κινητική ανάπτυξη, τα οποία μπορεί όλα να είναι ενδεικτικά της ανησυχίας για τον αυτισμό (Zwaigenbaum et al., 2015)

4.1 Διαφορική Διάγνωση

Είναι σημαντικό να μπορεί να διαφοροποιηθεί το ΔΑΦ από άλλες διαταραχές. Η κατάλληλη διάγνωση είναι το κλειδί για την κατάλληλη παρέμβαση. Ο αυτισμός μπορεί συχνά να εμφανίζεται με στοιχεία συμπτωμάτων άλλων διαταραχών, γι' αυτό η κατάλληλη διάγνωση θα περιλαμβάνει μια ομάδα εκπαιδευμένων επαγγελματιών που έχουν εκτεταμένες γνώσεις σχετικά με τυπικά αναπτυγμένα νοητικά ορόσημα και μια ποικιλία διαταραχών για να αποκλείσει αποτελεσματικά άλλες διαγνώσεις. Το κλειδί για τη διάγνωση του αυτισμού είναι ότι τα συμπτώματα δεν πρέπει να εξηγούνται καλύτερα από μια διαφορετική διάγνωση. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να είναι γνωστές άλλες διαταραχές που μπορεί να εξηγήσουν καλύτερα συμπτώματα εκτός από τη διάγνωση της ΔΑΦ. Για παράδειγμα, η παιδιατρική βαρηκοΐα μπορεί να παρουσιαστεί παρόμοια με τη ΔΑΦ με κακή ανταπόκριση στο όνομα και μειωμένες γλωσσικές δεξιότητες, επομένως θα ήταν σημαντικό να αποκλειστεί η βαρηκοΐα για να βοηθήσει στην πρόληψη λανθασμένης διάγνωσης (Camarata, 2013).

4.1.1 Νοσολογία

Ο εντοπισμός και η ταξινόμηση της προβληματικής συμπτωματολογίας σε νέους και ενήλικες, για πολλούς επαγγελματίες, βασίζεται σε ένα ταξινομικό σύστημα. Και στα δύο συστήματα DSM και ICD, η ψυχοπαθολογία εννοείται ως μια συλλογή από ειδικά καθορισμένες διαταραχές που έχουν οριοθετήσει τα όρια μεταξύ τόσο της φυσιολογικής παραλλαγής και άλλων διακριτών διαγνώσεων (First, 2005). Στην περίπτωση της ΔΑΦ, οι διαγνωστικές συμβάσεις έχουν ορίσει τη βασική συμπτωματολογία ως έναν αστερισμό ελλειμμάτων στις κοινωνικές επικοινωνιακές συμπεριφορές σε συνδυασμό με περιορισμένα και επαναλαμβανόμενα ενδιαφέροντα που πέφτουν πάνω από ένα συγκεκριμένο κλινικό όριο (American Psychiatric Association, 2013). Υπάρχει πολλή συζήτηση σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των σημερινών διαγνωστικών συστημάτων. Μια κατηγορική προσέγγιση στην ταξινόμηση έχει εγγενείς παγίδες

(Kotov et al., 2017). Παρά την υπόσχεση για διαστατικές προσεγγίσεις στην ταξινόμηση (Casey et al., 2013; Cuthbert, 2014; Kotov et al., 2017) και τις προόδους στη βασική επιστήμη, τα συστήματα DSM και ICD θεωρούνται επί του παρόντος ως το πρότυπο δράσης στην ιατρική και ψυχολογικές κλινικές κοινότητες. Έτσι, το βάρος είναι σε μεγάλο βαθμό στον κλινικό επαγγελματία να προσδιορίσει εάν τα συμπτώματα που συμβάλλουν στην παρεμβολή στην καθημερινή ζωή περιλαμβάνουν καλύτερα μια μοναδική διάγνωση ή πολλαπλές διαγνωστικές μύτες που δρουν μαζί.

4.1.1.1 Διαφοροποίηση συμπτωμάτων διαταραχής του βασικού φάσματος αυτισμού από άλλες ψυχοπαθολογίες

Επί του παρόντος, η διάγνωση της ΔΑΦ βασίζεται αποκλειστικά σε παρατηρήσιμους δείκτες συμπεριφοράς, καθιστώντας τη διαφορική διάγνωση μια πολύπλοκη διαδικασία (Matson et al., 2007). Στην αναθεώρηση της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας από το DSM-IV-TR στο DSM-5, τα διαγνωστικά χαρακτηριστικά της ΔΑΦ περιγράφονται πλέον ευρέως ως γενικές αρχές, αφήνοντας στον κλινικό ιατρό να παράσχει συγκεκριμένα παραδείγματα για να αποκλείσει ή να αποκλείσει τη διάγνωση. Αυτή ήταν μια μετατόπιση από το DSM-IV-TR που είχε ένα μείγμα αρχών (π.χ. κοινωνική αμοιβαιότητα) και μερικά πολύ πιο συγκεκριμένα παραδείγματα (π.χ. έλλειψη κοινής απόλαυσης, αλληλεπιδράσεις μεταξύ συνομηλίκων).

Η χρήση τυποποιημένων εργαλείων αξιολόγησης σε πολλαπλούς πληροφοριοδότες και ρυθμίσεις βοηθά τους κλινικούς ιατρούς να κάνουν διαγνωστικούς προσδιορισμούς (Kanne & Bishop, 2020; Kim & Lord, 2012; Youngstrom et al., 2003). Η ακρίβεια της διαγνωστικής κατηγοριοποίησης αυξάνεται μέσω της αξιολόγησης βάσει στοιχείων (Mash & Hunsley, 2005), καθώς καμία μεμονωμένη παρατήρηση ή όργανο δεν θεωρείται επαρκής για τη διάγνωση (Huerta & Lord, 2012). Μάλλον, η συλλογή εργαλείων που βασίζονται σε στοιχεία και η κλινική κρίση ενός επαγγελματία βοηθά στην επίτευξη μεγαλύτερης διαγνωστικής ακρίβειας σε όσους υποπτεύονται ότι έχουν ΔΑΦ (Corsello et al., 2007). Το Πρόγραμμα Παρατήρησης Διαγνωστικής Αυτισμού-2 (ADOS-2; Lord et al., 2012) και η Διαγνωστική Συνέντευξη για τον Αυτισμό (ADI-R; Rutter, Le Couteur, & Lord, 2003) περιλαμβάνουν δύο από τις πιο επικυρωμένες αξιολογήσεις για τον προσδιορισμό της παρουσία συμπτωμάτων αυτισμού, πάνω από ένα καθορισμένο διαγνωστικό όριο. Όταν χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό μεταξύ τους, η

ακρίβεια της λήψης κλινικών αποφάσεων αυξάνεται κατά 80% (Falkmer et al., 2013; Risi et al., 2006).

Παρά τις οδηγίες από ψυχομετρικά υγιή εργαλεία, τα τυποποιημένα μέτρα αξιολόγησης στον τομέα της ΔΑΦ εξακολουθούν να μην έχουν τέλεια αξιοπιστία και εγκυρότητα. Διάφοροι παράγοντες που υπάρχουν στο αρχικό στάδιο παραπομπής συμβάλλουν σε επίπεδα διαγνωστικής βεβαιότητας και διαγνωστικής ακρίβειας από εκπαιδευμένους επαγγελματίες, όπως το φύλο, η σοβαρότητα της αυτιστικής συμπτωματολογίας, το αναπτυξιακό επίπεδο, η γνωστική λειτουργία, η ηλικία, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, τη φυλή και το πλαίσιο της παρουσίασης των συμπτωμάτων (Hedley et al., 2016; Mandell, 2005; Mandell et al., 2007; McDonnell et al., 2019; Penner et al., 2017).

Αν και είναι ετερογενή στην ατομική παρουσίαση, τα βασικά χαρακτηριστικά της ΔΑΦ είναι σχετικά συνεπή μεταξύ των πολιτισμών και των γλωσσών. Ωστόσο, υπάρχουν διαφορές όχι μόνο μεταξύ των πολιτισμών, αλλά μεταξύ των κλινικών και των ιατρών, που παρατηρούνται στον τρόπο με τον οποίο γίνονται οι συνυπάρχουσες διαγνώσεις ή οι διαφορικές διαγνωστικές μύτες (Havdahl & Bishop, 2019; Lai et al., 2019). Με απλά λόγια, ο προσδιορισμός του αν κάποιος ανήκει στο φάσμα του αυτισμού δεν είναι εύκολη υπόθεση. Αυτό τονίζεται ιδιαίτερα από το γεγονός ότι η συμπεριφορική εκδήλωση της συμπτωματολογίας του αυτισμού αλλάζει με την πάροδο του χρόνου και επικαλύπτεται με μια ποικιλία άλλων διαταραχών.

4.1.1.2 Μέτρηση

Υπό τις βέλτιστες συνθήκες, θα πρέπει να ολοκληρωθεί μια ολοκληρωμένη διαγνωστική αξιολόγηση από μια διεπιστημονική ομάδα για να προσδιοριστεί η παρουσία ή η απουσία ΔΑΦ και σχετικών διαταραχών. Μια προσέγγιση αξιολόγησης βάσει στοιχείων για τη διάγνωση είναι μια επαναληπτική διαδικασία πολλαπλών σταδίων η οποία τελικά ενημερώνει τους εφαρμοστέους στόχους θεραπείας (Kerns et al., 2016; Youngstrom et al., 2015). Ξεκινώντας από το σημείο παραπομπής, γίνεται δουλειά ενός κλινικού ιατρού να δοκιμάσει πολλαπλές υποθέσεις για να επιτύχει μια ακριβή κλινική διατύπωση του πελάτη. Αυτό επιτυγχάνεται τυπικά με την επιλογή κατάλληλων εργαλείων δοκιμών για την αντιμετώπιση των ατομικών αναγκών, επιθυμιών και παρουσίασης του πελάτη.

Η παραπομπή για διαγνωστική αξιολόγηση υποδεικνύει ότι κάποιος αντιλήφθηκε διαφορές στη συμπεριφορά ή την ανάπτυξη του αναφερόμενου ατόμου. Ένας εξειδικευμένος κλινικός ιατρός συσχετίζει αυτές τις ανησυχίες σε έναν πειστικό λογαριασμό παρέχοντας μια διαγνωστική εξήγηση για αυτές τις συμπεριφορές και συστάσεις για στόχευση συμπτωμάτων με βάση επιστημονικά στοιχεία και ατομικές και οικογενειακές προτιμήσεις. Ωστόσο, η διαδικασία πολλαπλών σταδίων που ακολουθούν οι κλινικοί γιατροί, καθώς μέρος μιας διαγνωστικής αξιολόγησης του αυτισμού δεν είναι ένας αλγόριθμος «ενός μεγέθους-fits-all».

Συμπεριφορές, σκέψεις και συναισθήματα μπορούν να προκύψουν μέσω πολλαπλών αιτιολογιών, και αυτό καθιστά σχεδόν αδύνατο να επιτευχθεί μια ενιαία τυπική συνταγή αξιολόγησης μεταξύ των κλινικών γιατρών. Αντίθετα, οι κατευθυντήριες γραμμές βέλτιστης πρακτικής ενημερώνουν τους κλινικούς γιατρούς πώς να ανταποκρίνονται ευέλικτα σε ένα ευρύ σύνολο αναγκών. Στην παιδική ψυχοπαθολογία, η αξιολόγηση τυπικά απαιτεί την αναζήτηση πολλαπλών μυρμηγκιών πληροφορίας και την ενσωμάτωση επικυρωμένων εργαλείων αξιολόγησης που καλύπτουν διάφορες μεθόδους αξιολόγησης (Huerta & Lord, 2012). Οι διαγνωστικές αξιολογήσεις για όσους υποπτεύονται ότι έχουν ΔΑΦ συνήθως λαμβάνουν τη μορφή λεπτομερούς αναπτυξιακού ιστορικού, συνέντευξης με φροντιστή, άμεσης παρατήρησης, ελέγχου για ένα ευρύ φάσμα ψυχοπαθολογίας, αξιολόγησης γνωστικής και προσαρμοστικής λειτουργίας και εντοπισμού παραγόντων κινδύνου και προστασίας. Για τη διευκόλυνση της διαγνωστικής ακρίβειας, τα εργαλεία αξιολόγησης που είναι ειδικά για τη ΔΑΦ θα πρέπει να έχουν ισχυρή αξιοπιστία, εγκυρότητα, ευαισθησία και ειδικότητα. Επιπλέον, το όργανο θα πρέπει να είναι αναπτυξιακά κατάλληλο και εντός του πεδίου της ικανότητας του ατόμου. Όταν χρησιμοποιούν μια μπαταρία αξιολόγησης που βασίζεται σε στοιχεία, οι κλινικοί γιατροί συχνά βασίζονται στην ιδέα ότι οι τυποποιημένες και ψυχομετρικά ισχυρές μετρήσεις των χαρακτηριστικών της ΔΑΦ καταγράφουν τη βασική συμπτωματολογία της ΔΑΦ

4.1.1.3 Εξωτερίκευση της Συμπτωματολογίας

Η ψυχομετρία των εργαλείων αξιολόγησης χρυσού προτύπου μπορεί να επηρεαστεί από διάφορους παράγοντες. Για παράδειγμα, η παρουσία συμπεριφορών εξωτερίκευσης ευθύνεται για χαμηλότερη εξειδίκευση στα περισσότερα μέτρα ελέγχου της ΔΑΦ, συμπεριλαμβανομένης της κλίμακας κοινωνικής ανταπόκρισης (SRS; Constantino & Gruber, 2021), ADOS-2 και ADI-

R (Charman et al., 2007; Donno et al., 2010, Frazier et al., 2014; Havdahl et al., 2016) Ένας μεγάλος αριθμός προβλημάτων συμπεριφοράς που αναφέρθηκαν από τους πληροφοριοδότες γονέων και τα αυξημένα προβλήματα συμπεριφοράς που παρατηρήθηκαν από τον ιατρό αξιολόγησης (Havdahl et al., 2016) μπορεί να προκαλέσουν τεχνητά αποτελέσματα σε τυποποιημένα μέτρα συμπτωματολογίας ΔΑΦ, ιδιαίτερα στα μέτρα αναφοράς γονέων.

Για παράδειγμα, τα παιδιά με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) είναι πιο συχνά κοινωνικά απορριπτικά και λιγότερο αρεστά από τους τυπικούς συνομηλίκους της ίδιας ηλικίας (Hoza et al., 2005· Mikami et al., 2019). Αντίστροφα, συναισθηματικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς μπορεί να επισκιάσουν τα βασικά χαρακτηριστικά της ΔΑΦ, με αποτέλεσμα τη λανθασμένη διάγνωση (Mazefsky et al., 2012). Σε μια μεγάλη ηλεκτρονική ανασκόπηση της βάσης δεδομένων των παιδιών που πληρούν τις προϋποθέσεις για το Medicaid με διαγνώσεις ΔΑΦ, περίπου το 43% των παιδιών έλαβε διάγνωση ΔΑΦ στην πρώτη τους ιατρική επίσκεψη (Mandell et al., 2007). Για εκείνους που δεν έλαβαν αρχικά διάγνωση ΔΑΦ, η ΔΕΠΥ ήταν η πιο κοινή αρχική διαγνωστική κατηγοριοποίηση (Mandell et al., 2007).

Αυτά τα ευρήματα είναι κρίσιμα όταν διαχωρίζεται η ΔΑΦ από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Πρώτον, τα μέτρα ελέγχου που χρησιμοποιούνται συχνά για τη διάκριση της ΔΑΦ σε παιδιά και εφήβους καταγράφουν παρατηρήσιμες ή αντιληπτές συμπεριφορές και αυτές οι δυσκολίες κοινωνικής επικοινωνίας και οι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές μπορούν να αντιστοιχιστούν σε μια ποικιλία ψυχιατρικών κατασκευών. Δεύτερον, αυτά τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να εξετάζουν και να εξετάζουν για μια ποικιλία ψυχοπαθολογιών, ανεξάρτητα από τον προσδιορισμένο λόγο παραπομπής. Περαιτέρω, το πλαίσιο, η χρονιότητα και το επίπεδο της απομείωσης που προκύπτουν από προβλήματα εξωτερίκευσης θα πρέπει να αξιολογηθούν. Εάν τα συναισθηματικά προβλήματα και τα προβλήματα συμπεριφοράς δεν αξιολογηθούν ως μέρος της αξιολόγησης, τα άτομα μπορεί να διαγνωστούν ακατάλληλα. Μια ολιστική αξιολόγηση προσαρμοσμένη στην ατομική παρουσίαση του παιδιού βοηθά στην τεκμηριωμένη ερμηνεία των τυποποιημένων βαθμολογιών.

4.1.1.4 Γνωστική Λειτουργία και Ηλικία

Υπάρχει μια ισχυρή σχέση μεταξύ της ατομικής πνευματικής λειτουργίας και της σοβαρότητας των αυτιστικών συμπτωμάτων στις περισσότερες μετρήσεις γονικής αναφοράς της ΔΑΦ

(Charman et al., 2007; Havdahl et al., 2016; Havdahl, Hus Bal, et al., 2017; Lord & Jones , 2012).

Τα μέτρα παρατήρησης όπως το ADOS επηρεάζονται λιγότερο από τις γνωστικές δεξιότητες εν μέρει επειδή η αξιολόγηση είναι σπονδυλωτή, στην οποία ο κλινικός ιατρός επιλέγει ένα κατάλληλο εργαλείο ανά αναπτυξιακό επίπεδο και σημειωμένες λεκτικές ικανότητες. Τα άτομα με διανοητική αναπηρία έχουν μειωμένη ικανότητα αντιστάθμισης των προβλημάτων κοινωνικής επικοινωνίας και επιδεικνύουν αυξημένη επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά σε σχέση με τυπικά αναπτυσσόμενους συνομηλίκους. Αυτό ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για πρώιμες ηλικίες διάγνωσης ΔΑΦ για άτομα με συνυπάρχουσα διανοητική αναπηρία, όπως φαίνεται στις Ηνωμένες Πολιτείες (Shattuck et al., 2009).

Η γνωστική λειτουργία μεταξύ ατόμων με ΔΑΦ ποικίλλει πολύ, τόσο στον λεκτικό όσο και στον μη λεκτικό τομέα. Εάν η διάγνωση της ΔΑΦ είναι κατάλληλη για ένα άτομο με διανοητική αναπηρία, οι κοινωνικές αναπηρίες πρέπει να υπερβαίνουν αυτές που αναμένονται αναπτυξιακά. Ο προσδιορισμός της γνωστικής ικανότητας (ιδίως του λεκτικού IQ και του γλωσσικού επιπέδου) και της προσαρμοστικής λειτουργίας σε άτομα με ΔΑΦ ως μέρος μιας διαγνωστικής αξιολόγησης είναι απαραίτητη (Lord et al., 2012). Ο προσδιορισμός του επιπέδου της γνωστικής λειτουργίας επιτρέπει στον κλινικό ιατρό να αξιολογήσει κριτικά εάν το επίπεδο κοινωνικής έκπτωσης εξηγείται καλύτερα από τη διανοητική αναπηρία ως πρωτογενή διάγνωση ή ως διάγνωση που συνυπάρχει με ΔΑΦ. Έτσι, ο καθορισμός των αναπτυξιακών προσδοκιών είναι ένα σημαντικό μέρος της διαγνωστικής διαδικασίας, επιτρέποντας στην επαγγελματική ομάδα να περιγράψει το εύρος των δυνατών σημείων και των δυσκολιών, πέρα από την απλή διαγνωστική ταξινόμηση (Huerta & Lord, 2012).

4.1.1.5 Γονικές αντιλήψεις και δημογραφικά χαρακτηριστικά

Η ηλικία της αρχικής διάγνωσης της ΔΑΦ σχετίζεται με μια ποικιλία δημογραφικών παραγόντων, όπως η οικογενειακή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το φύλο, η φυλή και το επίπεδο ανησυχίας των γονέων. Αυτό σχετίζεται με μια διαφορετική διαγνωστική αξιολόγηση, καθώς αυτές οι μεταβλητές μπορεί να συμβάλλουν σε λανθασμένη διάγνωση. Για παράδειγμα, τα παιδιά Αφροαμερικανών στο σύστημα Medicaid που τελικά διαγνώστηκαν με ΔΑΦ είχαν

λιγότερες πιθανότητες από τους λευκούς νέους να λάβουν μια αρχική διάγνωση ΔΑΦ (Mandell et al., 2007).

Η υψηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση σχετίζεται επίσης με την πρόιμη ηλικία διάγνωσης από τους φτωχότερους ή τους νέους της υπαίθρου (Daniels & Mandell, 2014; Goin-Kochel et al., 2006; Mandell, 2005). Τα όργανα είναι λιγότερο ευαίσθητα και ειδικά για γονείς που δεν έχουν αρχικά ανησυχίες σχετικά με τη ΔΑΦ για το παιδί τους. Εν γένει όταν εξετάζεται ανεξάρτητα από τη γνωστική λειτουργία, το γλωσσικό επίπεδο ή την κλινική παρατήρηση, οι βαθμολογίες ADI-R επηρεάζονται από τη γονική ανησυχία της ΔΑΦ (Havdahl, Bishop, et al., 2017). Οι γονείς που ανησυχούν για τη ΔΑΦ είναι πιο πιθανό να παρέχουν σαφή παραδείγματα και περιγραφές συμπεριφορών που μπορεί να είναι νευροδιαφορετικές. Συνολικά, αυτές οι πτυχές καταδεικνύουν την πολυπλοκότητα της χρήσης εργαλείων που βασίζονται σε στοιχεία ως μέρος μιας αξιολόγησης.

Ακόμη και ένας εκπαιδευμένος κλινικός ιατρός που χρησιμοποιεί τυποποιημένα μέτρα μπορεί να χάσει περιγραφές της τρέχουσας και προηγούμενης αυτιστικής συμπεριφοράς που αναφέρονται από τους γονείς. Αυτό που είναι κρίσιμο είναι η σύνθεση μιας ποικιλίας μέτρων, που χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό το ένα με το άλλο, υπό το φως των παραγόντων του συμφραζομένου. Μόνο τότε μπορεί ένας κλινικός ιατρός να καταλήξει σε μια ακριβή διαγνωστική σύλληψη. Προτείνεται μια επαναληπτική, πολλαπλών σταδίων διαδικασία αξιολόγησης που αποτελείται από μια σειρά δοκιμών υποθέσεων που γίνονται εν μέρει από τον κλινικό ιατρό και ενημερώνονται από τις ανάγκες, τις ανησυχίες και το πλαίσιο του πελάτη και της οικογένειάς του (Lord et al., 2022).

Το πρώτο βήμα της αξιολόγησης αποτελείται από μια σύντομη αξιολόγηση των αναγκών, στην οποία ο κλινικός ιατρός επιδιώκει σε γενικές γραμμές να κατανοήσει τους κύριους τομείς ανησυχίας που υποστηρίζονται από τον πελάτη (όταν ισχύει) και την οικογένεια του πελάτη. Αυτό το βήμα επιτρέπει στον κλινικό ιατρό να αρχίσει να ιεραρχεί και να αξιολογεί πρωταρχικά ζητήματα που απασχολούν. Σε πολλές περιπτώσεις, το επόμενο βήμα έχει τη μορφή μιας ολοκληρωμένης διαγνωστικής αξιολόγησης, στην οποία λαμβάνεται το ιστορικό του πελάτη, υπάρχει επίσημη αξιολόγηση της λεκτικής και μη λεκτικής ανάπτυξης, αξιολόγηση των βασικών χαρακτηριστικών της ΔΑΦ, εκτίμηση των προσαρμοστικών δεξιοτήτων και ευρεία έλεγχος για ιατρικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα. Εάν αρχικά παρατηρηθούν αυξήσεις

στα προφίλ των συμπτωμάτων ως μέρος των βασικών δεδομένων, συνιστάται περαιτέρω εκτίμηση σε αυτούς τους τομείς. Έπειτα, είναι καθήκον του κλινικού ιατρού να αναπτύξει μια διαγνωστική φόρμουλα που να αντιμετωπίζει τους τομείς ανάγκης του πελάτη. Αυτό γίνεται με την ενσωμάτωση όλων των διαθέσιμων δεδομένων αξιολόγησης που αποκτήθηκαν ως μέρος της αξιολόγησης. Τέλος, ο κλινικός ιατρός θα πρέπει να μεταφέρει τα αποτελέσματα της αξιολόγησης και τη διαγνωστική σύλληψη στην οικογένεια του πελάτη. Η διαγνωστική ανατροφοδότηση θα πρέπει να εξατομικεύεται στον πελάτη και να παρέχεται με ευαισθησία. Ο κλινικός ιατρός, ο πελάτης και η οικογένεια του πελάτη θα πρέπει να συζητούν συνεργατικά τους στόχους για το μέλλον και πώς μπορούν να επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι.

Άτομα με ΔΑΦ ή/και συνυπάρχουσες παθήσεις θα πρέπει να παρακολουθούνται και να επαναξιολογούνται όπως απαιτείται, καθώς το προφίλ των συμπτωμάτων και οι ανάγκες του ατόμου μπορεί να αλλάξουν με την πάροδο του χρόνου. Αυτή η προσέγγιση σταδιακής φροντίδας, με επανάληψη και συμπερίληψη ανησυχιών ασθενών και φροντιστών σε πολλά διαφορετικά στάδια, επιτρέπει υψηλό επίπεδο εξατομίκευσης κατά τη διαδικασία αξιολόγησης

4.1.1.6 Ψυχιατρικό Προφίλ Ατόμων με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος

Μόλις τεθεί η διάγνωση της ΔΑΦ, ο καθορισμός του εύρους των συνεπαγόμενων ψυχιατρικών διαγνώσεων είναι κρίσιμος για τη διαγνωστική σύλληψη και τον καθορισμό κατάλληλων στόχων θεραπείας. Στην παιδική και εφηβική ψυχοπαθολογία, ο προσδιορισμός της παρουσίας διαταραχών που συνυπάρχουν είναι μια κοινή κλινική εργασία (Jensen, 2003; Youngstrom et al., 2003). Μια κλινική παρουσίαση ΣΔ που αποτελείται από περισσότερες από μία ψυχιατρικές διαταραχές είναι συχνή και συμβάλλει στην ετερογένεια της διαταραχής. Οι συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες σε άτομα με ΔΑΦ υπερβαίνουν κατά πολύ αυτές που παρατηρούνται στον γενικό πληθυσμό (Lord et al., υποβλήθηκε).

Ο όρος «συνυπάρχουσα ψυχοπαθολογία» (και όχι συννοσηρότητα) χρησιμοποιείται για να τονισθεί ότι οι βιολογικοί και συμπεριφορικοί συσχετισμοί μεταξύ ΔΑΦ και άλλων σχετικών καταστάσεων είναι περίπλοκοι (First, 2005; Rosen et al., 2018). Οι εκτιμήσεις της συνυπάρχουσας ψυχοπαθολογίας σε άτομα με ΔΑΦ κυμαίνονται γύρω στο 70% (Leyfer et al., 2006; Simonof et al., 2013, 2020), αν και δεν είναι γνωστό εάν η συνυπάρχουσα

συμπτωματολογία αντιπροσωπεύει αλληλένδετα κατασκευάσματα ή αιτιολογικά διακριτές οντότητες (Gotham et al., 2015; Hollocks et al., 2019; Kerns et al., 2015; Mazefsky et al., 2012; Ollendick & White, 2012; Rodriguez-Seijas et al., 2019; White et al., Lerner, ., 2015). Για παράδειγμα, η κοινωνική αποφυγή μπορεί να αποδοθεί σε διαφορετικές ψυχοπαθολογικές κατασκευές, όπως η ΔΑΦ, το άγχος, η κατάθλιψη, η έλλειψη προσοχής ή η ψύχωση.

Επιπλέον, η κοινωνική αποφυγή μπορεί να θεωρηθεί ως ένα διάχυτο κοινωνικό έλλειμμα ή μια κατασκευή που προκύπτει σε συγκεκριμένες συνθήκες. Ακόμη πιο περίπλοκο είναι το πώς αυτά τα συμπτώματα και καταστάσεις διακρίνονται το ένα από το άλλο, αλληλοεπικαλύπτονται, συγκαλύπτονται το ένα το άλλο ή δεν μπορούν να αξιολογηθούν με βάση τα τρέχοντα ψυχομετρικά εργαλεία. Η παρουσία συνυπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές σε άτομα με ΔΑΦ είναι ιδιαίτερα σημαντική επειδή η πρόσθετη ψυχοπαθολογία μπορεί να επιδεινώσει τα βασικά χαρακτηριστικά της ΔΑΦ (Leyfer et al., 2006), να επιδεινώσει τη συνολική εμφάνιση στην ενήλικη ζωή (Kraepel et al., 2017) και να απαιτήσει πρόσθετες υποστηρίξεις και υπηρεσίες. Παρά τον υψηλό επιπολασμό των συνυπάρχουσων διαταραχών, τα εργαλεία αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό των επιπέδων της συνυπάρχουσας ψυχοπαθολογίας συχνά δεν είναι τυποποιημένα για χρήση σε πληθυσμούς ΔΑΦ. Αντίθετα, οι κλινικοί γιατροί και οι ερευνητές έχουν συχνά την αποστολή να προσαρμόζουν δομημένα διαγνωστικά μέτρα για να καλύψουν τις ανάγκες των νέων με ΔΑΦ (Leyfer et al., 2006; Simonof et al., 2008).

Αν και δεν είναι τυποποιημένες για νέους με ΔΑΦ, φαίνεται ότι οι δομημένες και ημιδομημένες διαγνωστικές συνεντεύξεις παραμένουν αξιόπιστες όταν δίνονται σε οικογένειες και άτομα που είναι πιο γνωστικά ικανά. Οι κλινικοί γιατροί πρέπει, με τη σειρά τους, να καθορίσουν εάν τα κλινικά επίπεδα της ψυχιατρικής διαταραχής εξηγούνται καλύτερα από την υπάρχουσα διάγνωση της ΔΑΦ ή εάν είναι κατάλληλη μια συνυπάρχουσα διαταραχή (Trammell et al., 2013). Περαιτέρω, η αξιολόγηση βέλτιστης πρακτικής απαιτεί τη χρήση πολλαπλών αναφορών πληροφόρησης, όπως η κλινική παρατήρηση, ο γονέας, ο δάσκαλος και η αυτοαναφορά κατά περίπτωση.

Οι έντονες αποκλίσεις στους πληροφοριοδότες είναι συχνές, αντιπροσωπεύουν μια σημαντική πηγή πληροφοριών και μπορεί να αντικατοπτρίζουν τις συμφραζόμενες διαφορές στην παρουσίαση των συμπτωμάτων, τις διαφορετικές αντιλήψεις για μια συμπεριφορά ή ορισμένες περιπτώσεις όπου η χωρητικότητα υπερβαίνει τις απαιτήσεις. Ωστόσο, αφήνουν τον κλινικό

ιατρό να ερμηνεύσει διάφορα κομμάτια σχετικών πληροφοριών όταν κάνει διαγνωστικούς προσδιορισμούς (De Los Reyes, 2013; De Los Reyes et al., 2015; Lerner et al., 2012).

Τα κατηγορικά συστήματα που χρησιμοποιούνται για να οριοθετήσουν αυτό που εξηγείται καλύτερα από μια μοναδική διάγνωση ΔΑΦ έναντι ΔΑΦ και συνυπάρχουσας ψυχοπαθολογίας έχουν αλλάξει όλα αυτά τα χρόνια, πιο πρόσφατα αποδεικνύεται με την εξάλειψη του αποκλεισμού της ΔΑΦ και της συνυπάρχουσας ΔΕΠΥ. Ο Te DSM-5 πρότεινε επίσης τη χρήση μιας μεμονωμένης διάγνωσης ASD, αντί των πολλαπλών υποτύπων που ήταν παλαιότερα γνωστές ως αυτιστική διαταραχή, διαταραχή Asperger και διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή – που δεν προσδιορίζονται διαφορετικά. Καθορίζοντας τα ατομικά γνωστικά και γλωσσικά επίπεδα, σε συνδυασμό με τις σχετικές ιατρικές ή ψυχιατρικές παθήσεις, το DSM είναι πλέον σε θέση να συλλάβει καλύτερα τα μεμονωμένα δυνατά σημεία και ανάγκες.

Η ετικέτα του ASD περιγράφει έναν αστερισμό κοινωνικών και συμπεριφορικών χαρακτηριστικών που εξελίσσονται συνεχώς με βάση τα επιστημονικά στοιχεία και τη συμβολή των ενδιαφερομένων. Επομένως, οι κλινικοί γιατροί πρέπει να είναι ευέλικτοι στην κατανόηση του καλύτερου τρόπου περιγραφής των συμπεριφορών των πελατών τους. Ο προσδιορισμός της συχνότητας, της έντασης και της διάρκειας των συμπεριφορών μπορεί να βοηθήσει τους κλινικούς γιατρούς να αναπτύξουν ένα κατάλληλο σχέδιο θεραπείας που βασίζεται σε μια κατάλληλη διαγνωστική εννοιολόγηση.

4.2 Διαγνώσεις εκτός από τον αυτισμό

Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) χαρακτηρίζεται από βασικά διαγνωστικά κριτήρια απροσεξίας και παρορμητικότητας. Επιπλέον, μπορεί να εμφανιστεί ως κυρίως απροσεξία, κυρίως παρορμητικότητα ή συνδυασμός και των δύο. Τα επικαλυπτόμενα χαρακτηριστικά μπορεί συχνά να συγχέονται για τον αυτισμό, ιδιαίτερα σε άτομα με έντονη λεκτική έκφραση. Για παράδειγμα, οι δυσκολίες στον αυτισμό της διατήρησης ενός θέματος στη συζήτηση μπορεί να μοιάζουν πολύ με την απροσεξία σε πελάτες με ΔΕΠΥ που μπορεί να φαίνεται ότι δεν ακούνε κατά τη διάρκεια της συνομιλίας ή μπορεί να αποσπώνται εύκολα. Η αναπτυξιακή γλωσσική καθυστέρηση υποδεικνύεται επίσης στην πρώιμη παιδική ηλικία από εκφραστικές γλωσσικές καθυστερήσεις. Αυτά τα παιδιά μπορεί να εμφανιστούν παρόμοια με τα

παιδιά με ΔΑΦ επειδή και τα δύο μπορεί να δείχνουν λιγότερο ενδιαφέρον για την αλληλεπίδραση και λιγότερο ολοκληρωμένο βλέμμα. Ωστόσο, σε σύγκριση με τη ΔΑΦ, τα παιδιά με αναπτυξιακή γλωσσική καθυστέρηση επιδεικνύουν περισσότερες δεξιότητες προσποίησης παιχνιδιού και χρήση χειρονομιών (Paul et al., 2008). Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΨΔ) έχει διαγνωστικά κριτήρια για την παρουσία ιδεοληψιών ή καταναγκασμών ή συνδυασμό και των δύο. Παραδείγματα καταναγκασμών μπορεί να είναι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές που εφαρμόζονται με άκαμπτο τρόπο, που μπορεί να παρερμηνευθούν ως περιορισμένες ή/και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές που υπάρχουν στη ΔΑΦ. Το σύνδρομο Rett είναι μια νευρολογική διαταραχή που χαρακτηρίζεται συνήθως από γνωστικά, σωματικά και κοινωνικά ελλείμματα. Επίσης, σε αντίθεση με τη ΔΑΦ, επηρεάζει κυρίως τα κορίτσια. Σε αντίθεση με τον αυτισμό, συνδέεται με μια συγκεκριμένη γονιδιακή μετάλλαξη, αν και η παρουσίασή του συχνά περιγράφεται από χαρακτηριστικά παρόμοια με τον αυτισμό (Cosentino et al., 2019).

Η κοινωνική πραγματιστική ή διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας ορίζεται ως επίμονες δυσκολίες στην κοινωνική χρήση της λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας που οδηγεί σε λειτουργικούς περιορισμούς στην αποτελεσματική επικοινωνία, την κοινωνική συμμετοχή, τις κοινωνικές σχέσεις, τα ακαδημαϊκά επιτεύγματα ή/και την επαγγελματική απόδοση. Παρόμοια με τη ΔΑΦ, τα συμπτώματα πρέπει να υπάρχουν στην πρώιμη αναπτυξιακή περίοδο και τα συμπτώματα δεν πρέπει να εξηγούνται καλύτερα από άλλη διαταραχή. Αυτή η διαταραχή εμφανίζεται πολύ παρόμοια με τη ΔΑΦ, αλλά θυμηθείτε ότι η ΔΑΦ πρέπει επίσης να περιλαμβάνει την παρουσία περιορισμένων ή/και επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών.

4.3 Διαγνωστική Ομάδα

Υπάρχει μια ποικιλία επαγγελματιών που μπορεί να υπηρετήσουν στη διαγνωστική ομάδα, η οποία μπορεί να είναι μικρότερη από την ομάδα κλινικών υπηρεσιών εάν η αξιολόγηση απαιτεί παρέμβαση. Η ομαδική διάγνωση στοχεύει να «τριγωνοποιήσει» τις παρατηρήσεις και να συμβιβάσει τις διαφορές. Σε μια ιδανική αξιολόγηση, όλα τα μέλη της ομάδας θα σημειώναν κοινές παρατηρήσεις, όπως έλλειψη ανταπόκρισης στο όνομα, κακές δεξιότητες κοινής προσοχής, μειωμένες δεξιότητες παιχνιδιού και κακή κοινωνική δέσμευση (Yates & Le Couteur, 2016).

Ακολουθούν ορισμένες ιδέες των μελών που πρέπει να συμπεριληφθούν:

Οι ακουολόγοι ειδικεύονται στην ακοή με τη διάγνωση των δυσκολιών ακοής και την παροχή υποστήριξης για την αντιστάθμιση των ελλειμμάτων ακοής. Πολλές παρουσιάσεις της ΔΑΦ, όπως η ασυνεπής απόκριση στο όνομα ή η προφανής έλλειψη κοινωνικής αλληλεπίδρασης, μπορεί να συγχέονται με προκλήσεις ακοής (Camarata, 2013). Ένας ακουολόγος μπορεί να βοηθήσει στον αποκλεισμό των δυσκολιών ακοής και να συμβάλει στην κατάλληλη διάγνωση. Ένα παιδί με απώλεια ακοής χρειάζεται κατάλληλη παρέμβαση που διαφέρει έντονα από την παρέμβαση ΔΑΦ. Η κατάλληλη έγκαιρη παρέμβαση με την απώλεια ακοής μπορεί να οδηγήσει σε βέλτιστα αποτελέσματα με την ανάπτυξη του λόγου και της γλώσσας (Baird et al, 2011).

Οι πρωτοβάθμιοι φροντιστές είναι οι άνθρωποι που περνούν τον περισσότερο χρόνο με το παιδί. Θα μπορούσαν να είναι βιολογικοί γονείς, παππούδες, γιαγιάδες, ανάδοχοι γονείς ή οποιοσδήποτε ενήλικας που είναι ο κύριος υπεύθυνος για τον συνολικό πόλεμο του παιδιού. Οι επαγγελματίες μπορεί να έχουν εξειδίκευση στους αντίστοιχους τομείς τους, αλλά τα μέλη της οικογένειας είναι ειδικό στο παιδί! Οι γονείς ή οι κύριοι φροντιστές παρέχουν κρίσιμες βασικές πληροφορίες για το παιδί και την οικογένεια για να συμβάλουν στη διαφορική διάγνωση. Οι βασικές πληροφορίες πρέπει να συλλέγονται κατά τη διάρκεια μιας διεξοδικής συνέντευξης με φροντιστή, συμπεριλαμβανομένου του ιατρικού ιστορικού του πελάτη (ιστορικό γέννησης, προηγούμενες διαγνώσεις, κ.λπ.), ορόσημα ομιλίας και γλώσσας (πρώτες λέξεις, επίπεδο παιχνιδιού, κοινωνική αλληλεπίδραση, κ.λπ.), ακαθάριστη κινητική ανάπτυξη (έρπουσα, περπάτημα, κ.λπ.), και τα τρέχοντα επίπεδα λειτουργικότητας. Η πιο σημαντική ερώτηση που πρέπει να γίνει κατά τη διάρκεια μιας συνέντευξης φροντιστή είναι «Ποιες είναι οι ανησυχίες σας;» Οι επαγγελματίες πρέπει να επιδεικνύουν πολιτιστική ικανότητα κατά τη διάρκεια της διαδικασίας συνέντευξης με φροντιστή, ειδικά όσον αφορά την κατάλληλη ερμηνεία της αναφοράς των γονέων. Η χρήση διερμηνέα ή άλλου γλωσσικού και πολιτισμικού μεσολαβητή είναι κρίσιμη για τη λήψη ακριβών πληροφοριών για την καλύτερη πληροφόρηση της αξιολόγησης (Yates & Le Couteur, 2016).

Οι λογοπαθολόγοι (SLPs) ειδικεύονται σε διαταραχές επικοινωνίας, συμπεριλαμβανομένων των δεκτικών και εκφραστικών γλωσσικών δεξιοτήτων και της ομιλίας, καθώς και στις δεξιότητες σίτισης και πραγματιστικών δεξιοτήτων. Η αξιολόγηση για ΔΑΦ πρέπει να περιλαμβάνει αξιολόγηση ομιλίας και γλώσσας που περιλαμβάνει επίσημη και άτυπη αξιολόγηση. Ένας SLP

έχει εκτεταμένη γνώση και εκπαίδευση σε τυπικά ορόσημα ομιλίας και γλώσσας. Μια αξιολόγηση θα αξιολογήσει: (i) εάν το παιδί παρουσιάζει καθυστερήσεις, (ii) εάν αυτές οι καθυστερήσεις εμφανίζουν εκφραστικές ή δεκτικές γλωσσικές δυσκολίες ή και τα δύο, και (iii) πόσο εκτεταμένες είναι αυτές οι καθυστερήσεις σε σύγκριση με τυπικά αναπτυσσόμενους συνομηλίκους. Εάν το παιδί εκτίθεται σε άλλες γλώσσες εκτός από τη μητρική, είναι σημαντικό να λάβει χώρα μια δίγλωσση αξιολόγηση με δίγλωσσο SLP, ή κατάλληλα εκπαιδευμένο βοηθό SLP ή διερμηνέα που θα τον υποστηρίζει κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης για να αποκλείονται οι γλωσσικές διαφορές από διαταραχές (Baird et al, 2011).

Οι νευροαναπτυξιακοί παιδίατροι είναι γιατροί που έχουν επιπλέον εκπαίδευση στην υποειδικότητα της αναπτυξιακής-συμπεριφορικής παιδιατρικής. Αυτή η πρόσθετη εκπαίδευση και πιστοποίηση διαφέρει από έναν παιδίατρο, έναν ιατρό που είναι υπεύθυνος για τη σωματική υγεία ενός παιδιού. Ένας παιδίατρος μπορεί να ανησυχεί για την τυπική ανάπτυξη, επειδή εν γένει συνιστάται όλα τα παιδιά να λαμβάνουν προληπτικούς ελέγχους ΔΑΦ στις ιατρικές τους επισκέψεις 18 και 24 μηνών. Τα αποτελέσματα από τον προσυμπτωματικό έλεγχο μπορεί να οδηγήσουν σε παραπομπή σε αναπτυξιακό παιδίατρο που έχει την τεχνογνωσία για τη διαφορική διάγνωση της ΔΑΦ (Yates & Le Couteur, 2016).

Οι νευροαναπτυξιακοί ψυχολόγοι με ειδική εκπαίδευση και εξειδίκευση στην αξιολόγηση του αυτισμού είναι επαγγελματίες με καλή γνώση της παιδικής ανάπτυξης. Συχνά εκπαιδεύονται στη χρήση ειδικών εργαλείων αξιολόγησης ASD, όπως η M-CHAT-R/S, η Κλίμακα αξιολόγησης παιδικού αυτισμού, η δεύτερη έκδοση (CARS-2), η διαγνωστική συνέντευξη για τον αυτισμό, η αναθεωρημένη (ADI-R) και η διαγνωστική παρατήρηση αυτισμού Πρόγραμμα, δεύτερη έκδοση (ADOS-2). Αυτοί οι επαγγελματίες θα πρέπει να έχουν εκτενή εμπειρία στην εργασία με παιδιά και να έχουν σωστή κατανόηση του εύρους της τυπικής ανάπτυξης για τον κατάλληλο εντοπισμό της άτυπης ανάπτυξης (Baird et al, 2011).

Η κινητική ανάπτυξη αποτελεί βασικό στοιχείο της γενικής ανάπτυξης ενός παιδιού. Περιλαμβάνει την πρόοδο των αδρών και λεπτών κινητικών δεξιοτήτων, που είναι απαραίτητες για την καθημερινή λειτουργία και τη συμμετοχή σε διάφορες δραστηριότητες. Οι καθηγητές φυσικής αγωγής με εξειδίκευση στην κινητική ανάπτυξη μπορούν να εντοπίσουν έγκαιρα τα σημάδια καθυστέρησης ή δυσκολίας στις κινητικές δεξιότητες, τα οποία μπορεί να είναι ενδεικτικά διαταραχών όπως ο αυτισμός (Baird et al, 2011).

Η προσεκτική παρατήρηση και αξιολόγηση των κινητικών δεξιοτήτων των παιδιών από τον καθηγητή φυσικής αγωγής μπορεί να αποκαλύψει σημαντικές πληροφορίες για τη γενική τους ανάπτυξη. Παιδιά με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού συχνά παρουσιάζουν ασυμμετρίες στην κινητική ανάπτυξη, όπως προβλήματα ισορροπίας, συντονισμού και λεπτών κινητικών δεξιοτήτων. Ο καθηγητής φυσικής αγωγής, μέσω εξειδικευμένων ασκήσεων και δραστηριοτήτων, μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση αυτών των δεξιοτήτων και να προάγει την κινητική μάθηση (Yates & Le Couteur, 2016).

Η πρώιμη κινητική παρέμβαση αναφέρεται στις στοχευμένες δράσεις που λαμβάνουν χώρα κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής ενός παιδιού, προκειμένου να αντιμετωπιστούν ή να μειωθούν τα κινητικά ελλείμματα. Αυτή η παρέμβαση είναι εξαιρετικά σημαντική για τα παιδιά στο φάσμα του αυτισμού, καθώς τα πρώτα χρόνια είναι κρίσιμα για την ανάπτυξη του εγκεφάλου και τη δημιουργία των θεμελίων για τις μελλοντικές δεξιότητες (Yates & Le Couteur, 2016).

Ο καθηγητής φυσικής αγωγής με γνώση στην πρώιμη κινητική παρέμβαση μπορεί να σχεδιάσει και να υλοποιήσει προγράμματα που ενισχύουν τις κινητικές δεξιότητες μέσω παιχνιδιού και διαδραστικών δραστηριοτήτων. Αυτά τα προγράμματα στοχεύουν στη βελτίωση του συντονισμού, της ισορροπίας, της δύναμης και της ευλυγισίας. Παράλληλα, συμβάλλουν στη βελτίωση της συγκέντρωσης και της αυτοπεποίθησης των παιδιών, ενισχύοντας έτσι τη συνολική τους ανάπτυξη (Falkmer et al., 2013).

Ο ρόλος του καθηγητή φυσικής αγωγής στη διαγνωστική ομάδα περιλαμβάνει τη συνεισφορά του στις αρχικές αξιολογήσεις των κινητικών δεξιοτήτων των παιδιών, την παροχή εξειδικευμένων προγραμμάτων παρέμβασης και την παρακολούθηση της προόδου τους. Η συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας είναι καθοριστική για την ανάπτυξη ολοκληρωμένων και εξατομικευμένων προγραμμάτων παρέμβασης, που λαμβάνουν υπόψη όλες τις πτυχές της ανάπτυξης του παιδιού (Falkmer et al., 2013).

Η φυσική δραστηριότητα και η κινητική εκπαίδευση μπορούν να έχουν σημαντική επίδραση και στην κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών με αυτισμό. Μέσω της συμμετοχής σε ομαδικές δραστηριότητες και παιχνίδια, τα παιδιά μαθαίνουν να αλληλεπιδρούν με τους συνομηλίκους τους, να αναπτύσσουν κοινωνικές δεξιότητες και να διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους. Ο καθηγητής φυσικής αγωγής μπορεί να δημιουργήσει ένα ασφαλές και

υποστηρικτικό περιβάλλον όπου τα παιδιά μπορούν να αναπτύξουν αυτές τις δεξιότητες μέσω δομημένων και ευχάριστων δραστηριοτήτων (Falkmer et al., 2013).

4.5 Εργαλεία Αξιολόγησης

4.5.1 Αξιολογήσεις Αυτισμού

Ένας κατάλογος ορισμένων κοινών επίσημων και ανεπίσημων αξιολογήσεων που χρησιμοποιούνται στην αξιολόγηση ΔΑΦ παρέχεται στον Πίνακα 1. Αυτή η λίστα δεν είναι εξαντλητική. Οι μέθοδοι αξιολόγησης θα πρέπει να περιλαμβάνουν δείγματα γλώσσας, εργασίες ονοματοδοσίας και μίμησης και ενδελεχή ανάλυση του λόγου, της γλώσσας και των χαρακτηριστικών συμπεριφοράς (Broome et al., 2017). Μεταξύ των εργαλείων προσυμπτωματικού ελέγχου, τα στοιχεία δείχνουν ότι εργαλεία όπως το M-CHAT-R/F, το First Years Inventory και το Quantitative-Checklist for Autism in Toddlers (Q-CHAT) είναι χρήσιμα για τους επαγγελματίες υγείας για πρώιμους δείκτες (Petrocchi et al., 2020). Για μικρά παιδιά υψηλού κινδύνου, όπως εκείνα με μεγαλύτερο αδερφό που έχει ήδη διαγνωστεί με αυτισμό, τα εργαλεία ελέγχου όπως το Systematic Observation of Red Flags έχουν δείξει κατάλληλη διάκριση, ειδικότητα και ευαισθησία στη μέτρηση για ΔΑΦ (Pileggi et al., 2021).

Μερικά από αυτά τα εργαλεία είναι διαθέσιμα σε πολλές διαφορετικές γλώσσες. Τα εργαλεία θα πρέπει να χορηγούνται από έναν επαγγελματία με κατάλληλη εκπαίδευση στη διαχείριση τυποποιημένων αξιολογήσεων, εκτός από τη γλώσσα εκπαίδευσης.

Πίνακας 1 Ειδικά τεστ για τον αυτισμό

Εργαλείο	Σκοπός
Εργαλεία διαλογής	Βοηθούν στο προσδιορισμό της ανάγκης για περαιτέρω αξιολόγηση.
Τροποποιημένη λίστα ελέγχου για τον αυτισμό σε νήπια, αναθεωρημένη (MCHAT)	Παρουσιάζει ερωτήσεις σχετικά με τη συμπεριφορά ενός παιδιού. Θα παρέχει έναν δείκτη κινδύνου για τον αυτισμό που θα εξεταστεί από έναν επαγγελματία και θα ενημερώσει την ανάγκη για επίσημη αξιολόγηση. Αυτός ο έλεγχος είναι άμεσα διαθέσιμος για τους φροντιστές ή οποιονδήποτε υποψιάζεται διάγνωση αυτισμού

	για το παιδί του.
Αναπτυξιακό Προφίλ Κλίμακες Επικοινωνίας και Συμβολικής Συμπεριφοράς	Βοηθούν στον προσδιορισμό της ανάγκης για επίσημη αναπτυξιακή αξιολόγηση. Η λίστα ελέγχου βρεφών και παιδιών είναι άμεσα διαθέσιμη και ενθαρρύνεται ως εργαλείο στον έλεγχο του πρώτου έτους ενός βρέφους για να βοηθήσει στον εντοπισμό παιδιών που κινδυνεύουν για ΔΑΦ
Τυποποιημένες αξιολογήσεις	Παρέχουν ένα συστατικό μιας επίσημης διάγνωσης.
Πρόγραμμα Παρατήρησης Διαγνωστικής Αυτισμού, 2η έκδοση (ADOS-2)	Χορηγείται για να χαρακτηρίσει τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων ΔΑΦ και να βοηθήσει στον καθορισμό του σχεδιασμού θεραπείας. Οι ενότητες είναι διαθέσιμες για παιδιά και ενήλικες με ελάχιστη προφορική έως προφορική ευχέρεια. Υπάρχει επίσης μια παιδική έκδοσή της αξιολόγησης για μικρότερα παιδιά. Για αυτήν την αξιολόγηση συνιστάται εκπαίδευση ειδικής δοκιμής, η οποία συνήθως περιλαμβάνει πολυήμερη εκπαίδευση.
Αναθεωρημένη συνέντευξη για τη διάγνωση του αυτισμού (ADI/R)	Χορηγείται στους γονείς ενός παιδιού που αξιολογείται για αυτισμό και οι πληροφορίες συλλέγονται εξ ολοκλήρου από τη συνέντευξη του φροντιστή.
Κλίμακα αξιολόγησης παιδικού αυτισμού, 2η έκδοση (CARS-2)	Βοηθά στον προσδιορισμό της ΔΑΦ και της σοβαρότητας των συμπτωμάτων.
Κλίμακα αξιολόγησης αυτισμού Gilliam, 3η έκδοση (GARS-3)	Βοηθά στον εντοπισμό της ΔΑΦ, στην ένδειξη της σοβαρότητας και στον προσδιορισμό

4.5.2 Ολιστική Τυπική Αξιολόγηση

Εκτός από μια ειδική αξιολόγηση για τον αυτισμό, θα πρέπει να πραγματοποιηθούν και άλλες αξιολογήσεις για να συγκεντρωθεί μια πλήρης εικόνα των δυνατών και των αδυναμιών του παιδιού. Ενώ οι κατευθυντήριες γραμμές ποικίλλουν ανάλογα με τις ρυθμίσεις και τις τοποθεσίες, προτείνουμε ανεπιφύλακτα τη χρήση τουλάχιστον τριών διαφορετικών τυποποιημένων μετρήσεων, μαζί με άτυπη αξιολόγηση για την κατάλληλη διάγνωση του αυτισμού. Όταν είναι δυνατόν, θα πρέπει να γίνονται επίσημες αξιολογήσεις για την ομιλία και τη γλώσσα για να συγκριθεί το παιδί με συνομηλίκους που ταιριάζουν με την ηλικία. Τέτοιες αξιολογήσεις θα παρέχουν βαθμολογίες εκατοστιαίου επιπέδου, ισοδύναμα ηλικίας και

τυποποιημένες βαθμολογίες. Ορισμένες από αυτές τις αξιολογήσεις μπορεί να περιλαμβάνουν αυτές που εμφανίζονται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2 Δοκιμές βασικών περιοχών

Όνομα	Χρήση
Rossetti Infant–Toddler Language Scale	Αυτό το αναφερόμενα με κριτήρια μέτρο δεν αναφέρεται σε κανόνες, επομένως δεν συγκρίνει τα παιδιά με συνομηλίκους που ταιριάζουν με την ηλικία, αλλά επιτρέπει στον εξεταστή να αξιολογήσει την κυριαρχία των αξιολογούμενων συμπεριφορών. Αυτό το μέτρο αξιολογεί τις δεξιότητες επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης για παιδιά ηλικίας έως τριών ετών και περιλαμβάνει υποτεστ για: προσκόλληση αλληλεπίδρασης, πραγματιστική, χειρονομία, παιχνίδι, γλωσσική κατανόηση και γλωσσική έκφραση. Μια αξιολόγηση κριτηρίου αναφοράς μπορεί να είναι κατάλληλη για διαφορετικούς πελάτες που δεν εκπροσωπούνται σε ένα προφίλ τυποποίησης για τυποποιημένες επίσημες αξιολογήσεις.
Κλίμακες γλώσσας προσχολικής ηλικίας, 5η έκδοση (PLS-5)	Αυτή η γλωσσική αξιολόγηση αφορά σε ηλικία από την γέννηση έως 7 ετών, 11 μηνών και περιλαμβάνει προλεκτικές δεξιότητες. Ο προσδιορισμός των εκφραστικών και δεκτικών γλωσσικών δεξιοτήτων είναι ένα κρίσιμο συστατικό της αξιολόγησης για τη ΔΑΦ.
Comprehensive Assessment of Spoken Language, 2nd edition (CASL-2)	Αυτή η προφορική αξιολόγηση γλώσσας είναι για ηλικίες 3–21 ετών. Υπάρχει ένας αριθμός επιμέρους επιμέρους δοκιμασιών που μπορούν να χορηγηθούν για την αξιολόγηση των δεξιοτήτων στους ακόλουθους τομείς: λεξιλογικό/σημασιολογικό, πραγματιστικό, συντακτικό και υπεργλωσσικό.
Κλίμακες διαφορικής ικανότητας – II (DAS-II)	Αυτό το τεστ θα αξιολογήσει τις επεξεργαστικές και γνωστικές ικανότητες για να βοηθήσει στον εντοπισμό μαθησιακών και νοητικής αναπηρίας. Μπορεί να είναι χρήσιμο να αποκλειστούν άλλες διαταραχές ή να διαγνωστεί μια συννοσηρή διαταραχή όπως ο αυτισμός με συνοδευτική διανοητική έκπτωση.
Mullen Scales of Early Learning	Αυτή η αξιολόγηση θα αξιολογήσει τις εκφραστικές και δεκτικές γλωσσικές δεξιότητες, καθώς και τις κινητικές δεξιότητες

4.5.3 Άτυπη Αξιολόγηση

Εκτός από τις επίσημες αξιολογήσεις με τυποποιημένες βαθμολογίες και περικοπές, ένα πολύτιμο εργαλείο που δεν πρέπει να αποκλειστεί από τη διαδικασία αξιολόγησης (Πίνακας 3) είναι οι τυπικές και οι άτυπες αξιολογήσεις. Παρόλο που υπάρχει ένας αριθμός διαφορετικών πιθανών διαδικασιών αξιολόγησης, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι δεν πρέπει ποτέ να υπάρχει ένα μόνο τεστ ή αξιολόγηση για τη διάγνωση του αυτισμού, ειδικά επειδή η επίσημη διάγνωση εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την αναφορά γονέα και φροντιστή και τις παρατηρήσεις συμπεριφοράς. Θα πρέπει να χρησιμοποιούνται διαφορετικά εργαλεία και αξιολογητές για την επιβεβαίωση της συνάφειας στις εκθέσεις. Με απλά λόγια, οι συμπεριφορές θα πρέπει να προσδιορίζονται σε περιβάλλοντα, αντικειμενικά κείμενα, πληροφοριοδότες και αξιολογητές.

Πίνακας 3 Άτυπες αξιολογήσεις

Άτυπη αξιολόγηση	Σκοπός
Ανάλυση δείγματος γλώσσας (LSA)	Εκτός από την επίσημη αξιολόγηση, η αξιολόγηση της χρήσης της γλώσσας από το παιδί σε φυσικά πλαίσια είναι κρίσιμη. Το LSA μπορεί να ληφθεί μέσω ερωτήσεων ανοιχτού τύπου, βιβλίων με εικόνες ή/και παιχνιδιού ανάλογα με την περίπτωση. Ο αξιολογητής θα πρέπει να σημειώσει την ποικιλία της γλώσσας που χρησιμοποιείται, τις πραγματικές δεξιότητες, τη συντακτική πολυπλοκότητα και τη μέση διάρκεια της εκφοράς.
Αξιολόγηση παιχνιδιού.	Οι δεξιότητες παιχνιδιού θα πρέπει να αξιολογούνται καθώς οι ικανότητες σε αυτόν τον τομέα επηρεάζονται συχνά στη ΔΑΦ. Ο αξιολογητής θα πρέπει να σημειώσει την οπτική επαφή, τη χρήση χειρονομιών, το επίπεδο παιχνιδιού, τις κοινωνικές προβολές, το κατάλληλο παιχνίδι, τις απαντήσεις σε προσφορές για κοινή προσοχή και την έναρξη πράξεων παιχνιδιού
Συνέντευξη γονέα	Οι γονείς είναι βασικά συστατικά της αξιολόγησης. Θα πρέπει να παρέχουν

	πληροφορίες για το αναπτυξιακό ιστορικό καθώς και να εξηγούν τις ανησυχίες τους σχετικά με την τρέχουσα λειτουργία του παιδιού τους.
Παρατήρηση φυσικού περιβάλλοντος	Η παρατήρηση ενός παιδιού στο φυσικό περιβάλλον μπορεί να μην είναι πάντα εφικτή, αλλά είναι ένα χρήσιμο συστατικό μιας συνολικής αξιολόγησης. Για τα μικρά παιδιά, μπορεί να περιλαμβάνει μια παρατήρηση στο σπίτι του παιδιού ή σε άλλο οικείο περιβάλλον. Για τα μεγαλύτερα παιδιά, μια σχολική παρατήρηση μπορεί να υποδεικνύει με συνομηλίκους στο ακαδημαϊκό περιβάλλον.
Ανασκόπηση αρχείων	Αυτό περιλαμβάνει ανασκόπηση προηγούμενων αξιολογήσεων και εκθέσεων. Στην ιδανική περίπτωση, οι αναφορές θα πρέπει να παρουσιάζουν παρόμοια ευρήματα και να υποδεικνύουν ελλείμματα κοινωνικής επικοινωνίας και την παρουσία περιορισμένων ή/και επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών

4.6 Κλινική Εφαρμογή

Το παρόν κεφάλαιο παρουσιάζει μια βήμα προς βήμα προσέγγιση του τρόπου με τον οποίο προσεγγίζεται η αξιολόγηση της ΔΑΦ σε κλινικά περιβάλλοντα κατά τη διεξαγωγή μιας ολοκληρωμένης αξιολόγησης.

Η αξιολόγησή ξεκινά πριν από την άφιξη του εξεταζόμενου ατόμου στη κλινική/ιατρείο. Θα πρέπει να ελεγχθεί το γράφημα του που μπορεί να περιλαμβάνει προηγούμενες αξιολογήσεις, αναφορές ιατρών και αρχεία εκπαίδευσης και όποια άλλα διαθέσιμα στοιχεία. Είναι σημαντικό να αποκτηθεί μια εικόνα του ατόμου με βάση προηγούμενες αξιολογήσεις και να αναζητηθεί η συνέπεια και τα κοινά σημεία στις αναφορές. Ο γονέας αναφέρει ότι το άτομο «δυσκολεύεται να πει αυτό που θέλει» και ο/η εκπαιδευτικός του προσχολικής ηλικίας αναφέρει ότι «εκνευρίζεται συχνά». Αυτό υποδηλώνει συνάφεια.

Ουσιαστικά αναζητούνται χαρακτηριστικά συμπεριφοράς σε περιβάλλοντα που αποτελούν τομείς ανησυχίας. Ομοίως, μπορούν να αναζητηθούν περιοχές που δεν είναι συνεπείς μεταξύ των αναφορών. Για παράδειγμα, μπορεί να αναφέρεται στην σχετική αναφορά των γονέων ότι

«δεν έχουν ανησυχίες, αλλά ο γιατρός ήθελε μια αξιολόγηση». Αυτό δίνει επίσης κρίσιμες πληροφορίες. Χρειάζεται να διερευνηθεί η διχοτόμηση αυτών των δύο προοπτικών.

Η αξιολόγηση στην κλινική ξεκινά από τη στιγμή που η οικογένεια εισέρχεται σε αυτή. Οι ειδικοί, προσέχουν για λεκτικές εκφράσεις, άτυπες φωνητικές παρουσιάσεις και πώς αλληλεπιδρά το άτομο με την οικογένεια. Εξετάζεται πώς αντιδρούν όταν χαιρετούνται και συνομιλούν ενώ λαμβάνει χώρα ακρόασης της οικογένειας και του τρόπου που αλληλεπιδρούν στην αίθουσα αναμονής. Όλα αυτά είναι βασικά άτυπα δεδομένα. Καθώς το άτομο εισέρχεται στο ιατρείο/χώρο εξέτασης, συνήθως ο ειδικός ξεκινά με άτυπη αξιολόγηση. Γενικά, είναι χρήσιμο να δημιουργηθούν σχέσεις, ώστε το άτομο και η οικογένεια να αισθάνονται άνετα μαζί με τον ειδικό. Οι διαπροσωπικές δεξιότητες αποτελούν κρίσιμο θεμέλιο των πεδίων παρέμβασης.

Τα στοιχεία δείχνουν ότι η δειγματοληψία φυσικής γλώσσας μπορεί να είναι πιο αντιπροσωπευτική των γλωσσικών δεξιοτήτων από τις δεξιότητες που επιδεικνύονται κατά τη διάρκεια τυποποιημένων αξιολογήσεων όπως το ADOS-2 (Kover et al., 2014). Ως εκ τούτου, είναι κρίσιμο να εκτιμηθούν οι πληροφορίες που προκύπτουν από άτυπες διαδικασίες αξιολόγησης, όπως δείγματα φυσικής γλώσσας και παρατηρήσεις παιχνιδιών ανεξάρτητα από επίσημες αξιολογήσεις.

Συνολικά, μπορεί να διατεθούν περίπου 20-30 λεπτά για αυτό το τμήμα ανάλογα με την ηλικία του παιδιού, το γλωσσικό επίπεδο και τη δέσμευση, επιπλέον των κλινικών περιορισμών. Καθώς η έλλειψη γλώσσας είναι συχνά μια πρόιμη ανησυχία που ωθεί τους γονείς να αναζητήσουν αξιολόγηση, θα πρέπει να ολοκληρωθεί μια επίσημη γλωσσική αξιολόγηση. Ένα παιδί μπορεί να έχει μόνο γλωσσική καθυστέρηση και όχι αυτισμό. Ομοίως, ένα παιδί χωρίς γλωσσική καθυστέρηση μπορεί επίσης να έχει αυτισμό. Επομένως, είναι κρίσιμο να διεξαχθεί μια πλήρης γλωσσική αξιολόγηση.

Ο τύπος αξιολόγησης επιλέγεται με βάση την ηλικία του παιδιού και τις αρχικές εντυπώσεις του γλωσσικού επιπέδου. Συνήθως, ένα μικρότερο παιδί θα τα πάει καλύτερα σε μια τυποποιημένη αξιολόγηση που βασίζεται στο παιχνίδι, όπως οι Κλίμακες Γλώσσας Προσχολικής ηλικίας, πέμπτη έκδοση (PLS-5), ενώ τα μεγαλύτερα παιδιά με περισσότερες λεκτικές ικανότητες μπορούν να επιδείξουν τις δεξιότητές τους σε αξιολογήσεις που απαιτούν πιο εκφραστικά

αποτελέσματα όπως the Comprehensive Assessment of Spoken Language, δεύτερη έκδοση (CASL-2), Clinical Evaluation of Language Fundamentals, πέμπτη έκδοση (CELF- 5), ή Προφορικές και Γραπτές Γλώσσες Κλίμακες, δεύτερη έκδοση (OWLS- 2). Τα παιδιά με διάφορους τύπους λεκτικών δεξιοτήτων μπορούν επίσης να επωφεληθούν από τυποποιημένα τεστ δεκτικού και εκφραστικού λεξιλογίου για να προσφέρουν μια πλήρη εικόνα των γλωσσικών ικανοτήτων

4.7 Συμβουλευτική Φροντιστή

Μετά την αξιολόγηση, είναι σημαντικό να τερματιστεί η συνεδρία με την κατάλληλη συμβουλευτική φροντιστή, η οποία μπορεί να είναι πρόκληση. Συχνά, οι επαγγελματίες δεν λαμβάνουν επαρκή εκπαίδευση σχετικά με την επιτυχή παράδοση κακών ειδήσεων και τη συναισθηματική επιβάρυνση που μπορεί να πάρει από την αρχή της επαγγελματικής σταδιοδρομίας κάποιου (Gold and Gold, 2018). Μετά την αξιολόγηση του αυτισμού, η συμβουλευτική του φροντιστή θα πρέπει να περιλαμβάνει τις αρχικές εντυπώσεις καθώς και προτάσεις για πράγματα που μπορούν να κάνουν οι γονείς στο σπίτι για να βελτιώσουν τις υπάρχουσες δεξιότητες (Spillers, 2007).

5. Σύνοψη - Συμπεράσματα

Η εργασία αυτή αποτελεί μια εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με τον αυτισμό σε παιδιά και εφήβους, εστιάζοντας στις διαγνωστικές προκλήσεις και τις μεθόδους αξιολόγησης. Τα κύρια σημεία που αναλύθηκαν περιλαμβάνουν τον ορισμό και τα χαρακτηριστικά της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος (ASD), τις διαγνωστικές δυσκολίες και την πολυπλοκότητα της διαφορικής διάγνωσης, καθώς και την σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και παρέμβασης.

Η Σημασία της Έγκαιρης Διάγνωσης

Η έγκαιρη διάγνωση της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος (ASD) είναι κρίσιμη για την ανάπτυξη των παιδιών και των εφήβων που επηρεάζονται. Αναγνωρίζοντας τα συμπτώματα σε νεαρή ηλικία, επιτρέπεται η έναρξη στοχευμένων παρεμβάσεων που μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά τις αναπτυξιακές εκβάσεις. Οι έγκαιρες παρεμβάσεις μπορούν να βοηθήσουν στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, στη βελτίωση της επικοινωνίας και στη μείωση των συμπεριφορικών προβλημάτων, προσφέροντας στα παιδιά με ASD καλύτερες προοπτικές για το μέλλον.

Η διάγνωση σε μικρή ηλικία είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς τα παιδιά σε αυτές τις ηλικίες παρουσιάζουν μεγαλύτερη πλαστικότητα του εγκεφάλου, γεγονός που καθιστά τις παρεμβάσεις πιο αποτελεσματικές. Οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί μπορούν να προσαρμόσουν τις εκπαιδευτικές προσεγγίσεις και τα προγράμματα υποστήριξης με βάση τις ειδικές ανάγκες του κάθε παιδιού. Επιπλέον, η έγκαιρη διάγνωση μπορεί να βοηθήσει στην αναγνώριση και αντιμετώπιση των συνοδών ψυχιατρικών ή αναπτυξιακών διαταραχών, που συχνά συνυπάρχουν με τον αυτισμό.

Διαγνωστική Πολυπλοκότητα και Αξιολόγηση

Η διάγνωση του αυτισμού είναι πολυδιάστατη και απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση. Ο αυτισμός παρουσιάζει μεγάλη ετερογένεια, τόσο ως προς τη βαρύτητα όσο και ως προς τα ειδικά χαρακτηριστικά που μπορεί να εμφανίζουν τα παιδιά. Για παράδειγμα, το φάσμα περιλαμβάνει τόσο άτομα με σοβαρές αναπτυξιακές καθυστερήσεις όσο και άτομα με υψηλή λειτουργικότητα, όπως στην περίπτωση του Συνδρόμου Asperger.

Η αξιολόγηση του αυτισμού περιλαμβάνει μια σειρά από διαγνωστικά εργαλεία και κλινικές παρατηρήσεις. Είναι σημαντικό να χρησιμοποιούνται τόσο τυπικά όσο και άτυπα μέσα αξιολόγησης για να εξασφαλιστεί η πλήρης εικόνα των δυνατοτήτων και των προκλήσεων του παιδιού. Η διαφορική διάγνωση είναι επίσης κρίσιμη, καθώς πολλά συμπτώματα του αυτισμού μπορεί να αλληλεπικαλύπτονται με άλλες ψυχιατρικές ή αναπτυξιακές διαταραχές.

Κλινική Εφαρμογή και Συμβουλευτική

Η κλινική εφαρμογή των διαγνωστικών και αξιολογητικών εργαλείων πρέπει να είναι προσεκτική και προσαρμοσμένη στις ανάγκες του κάθε παιδιού. Η πολυεπιστημονική προσέγγιση είναι απαραίτητη, με τη συνεργασία ψυχολόγων, λογοθεραπευτών, εργοθεραπευτών και άλλων ειδικών. Η δημιουργία εξατομικευμένων προγραμμάτων παρέμβασης που βασίζονται στις συγκεκριμένες ανάγκες και δυναμικές του παιδιού μπορεί να προσφέρει σημαντικά οφέλη.

Εξίσου σημαντική είναι η συμβουλευτική των φροντιστών και των γονέων. Η εκπαίδευση και η υποστήριξη των οικογενειών παίζει καθοριστικό ρόλο στην αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων. Οι γονείς πρέπει να είναι ενήμεροι για τις διαγνωστικές διαδικασίες, τις διαθέσιμες θεραπείες και τις στρατηγικές υποστήριξης για να μπορέσουν να υποστηρίξουν αποτελεσματικά το παιδί τους.

Συμπεράσματα

Η εργασία αυτή καταδεικνύει τη σημασία της έγκαιρης και ακριβούς διάγνωσης της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος (ASD) για την καλύτερη κατανόηση και υποστήριξη των παιδιών και των εφήβων που επηρεάζονται. Η πολυπλοκότητα της διάγνωσης απαιτεί μια ολιστική και πολυεπιστημονική προσέγγιση, με τη χρήση διαφόρων διαγνωστικών εργαλείων και την εξέταση των εξατομικευμένων αναγκών κάθε παιδιού. Η έγκαιρη παρέμβαση μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την ανάπτυξη και την ποιότητα ζωής των παιδιών με αυτισμό, ενώ η εκπαίδευση και η υποστήριξη των οικογενειών είναι απαραίτητη για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων.

Συνολικά, η μελέτη υπογραμμίζει την ανάγκη για συνεχή έρευνα και βελτίωση των διαγνωστικών διαδικασιών, καθώς και την ανάπτυξη ολοκληρωμένων προγραμμάτων

παρέμβασης που να ανταποκρίνονται στις διαφορετικές και πολύπλοκες ανάγκες των παιδιών με αυτισμό.

Βιβλιογραφία

Angkustsiri, K., Krakowiak, P., Moghaddam, B., Wardinsky, T., Gardner, J., Kalamkarian, N., ... & Hansen, R. L. (2011). Minor physical anomalies in children with autism spectrum disorders. *Autism, 15*(6), 746-760.

Asperger, H., & Frith, U. T. (1991). *'Autistic psychopathy' in childhood*, Cambridge: Cambridge University Press

Bainbridge, J. W., Smith, A. J., Barker, S. S., Robbie, S., Henderson, R., Balaggan, K., ... & Ali, R. R. (2008). Effect of gene therapy on visual function in Leber's congenital amaurosis. *New England Journal of Medicine, 358*(21), 2231-2239.

Baird, G., Douglas, H. R., & Murphy, M. S. (2011). Recognising and diagnosing autism in children and young people: summary of NICE guidance. *BMJ, 343*.

Barbaro, J., & Dissanayake, C. (2012). Developmental profiles of infants and toddlers with autism spectrum disorders identified prospectively in a community-based setting. *Journal of autism and developmental disorders, 42*, 1939-1948.

Barton, M. L., Robins, D. L., Jashar, D., Brennan, L., & Fein, D. (2013). Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 criteria for autism spectrum disorder in toddlers. *Journal of Autism and Developmental disorders, 43*, 1184-1195.

Bender, L. (1956). Childhood schizophrenia: Symposium, 1955: 2. Schizophrenia in childhood—Its recognition, description and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry, 26*(3), 499.

Bender, L., & Grugett Jr, A. E. (1956). A study of certain epidemiological factors in a group of children with childhood schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry, 26*(1), 131.

Berkeley, S. L., Zittel, L. L., Pitney, L. V., & Nichols, S. E. (2001). Locomotor and object control skills of children diagnosed with autism. *Adapted physical activity quarterly, 18*(4), 405-416.

Bettelheim, B. (1967). *Empty fortress*. Simon and Schuster.

Blacher, J., & Christensen, L. (2011). Sowing the seeds of the autism field: Leo Kanner (1943). *Intellectual and developmental disabilities*, 49(3), 172-191.

Camarata, S. (2013). Pediatric hearing impairment, autism, and autism spectrum disorder: Implications for clinicians. *Perspectives on Hearing and Hearing Disorders in Childhood*, 23(1), 4-12.

CDC. (2020), *International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10)*, Διαθέσιμο στο: <https://www.cdc.gov/nchs/icd/icd10.htm> (πρόσβαση 6ος 2024)

Chawarska, K., & Shic, F. (2009). Looking but not seeing: Atypical visual scanning and recognition of faces in 2 and 4-year-old children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 39, 1663-1672.

Chawarska, K., Lewkowicz, D., Feiner, H., Macari, S., & Verneti, A. (2022). Attention to audiovisual speech does not facilitate language acquisition in infants with familial history of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(12), 1466-1476.

Chawarska, K., Macari, S., & Shic, F. (2012). Context modulates attention to social scenes in toddlers with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(8), 903-913.

Chawarska, K., Shic, F., Macari, S., Campbell, D. J., Brian, J., Landa, R., ... & Bryson, S. (2014). 18-month predictors of later outcomes in younger siblings of children with autism spectrum disorder: a baby siblings research consortium study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(12), 1317-1327.

Chiang, H. M., & Wineman, I. (2014). Factors associated with quality of life in individuals with autism spectrum disorders: A review of literature. *Research in autism spectrum disorders*, 8(8), 974-986.

Constantino, J. N., Charman, T., & Jones, E. J. (2021). Clinical and translational implications of an emerging developmental substructure for autism. *Annual review of clinical psychology*, 17, 365-389.

De Giacomo, A., & Fombonne, E. (1998). Parental recognition of developmental abnormalities in autism. *European child & adolescent psychiatry*, 7(3), 131-136.

Dillenburger, K. (2011). The Emperor's new clothes: Eclecticism in autism treatment. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(3), 1119-1128.

Elison, J. T., Wolff, J. J., Reznick, J. S., Botteron, K. N., Estes, A. M., Gu, H., ... & Network, I. B. I. S. I. (2014). Repetitive behavior in 12-month-olds later classified with autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(11), 1216-1224.

Falkmer, T., Anderson, K., Falkmer, M., & Horlin, C. (2013). Diagnostic procedures in autism spectrum disorders: a systematic literature review. *European child & adolescent psychiatry*, 22, 329-340.

Georgiades, S., Szatmari, P., Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Brian, J., Roberts, W., ... & Garon, N. (2013). A prospective study of autistic-like traits in unaffected siblings of probands with autism spectrum disorder. *JAMA psychiatry*, 70(1), 42-48.

Ghaziuddin, M., & Butler, E. (1998). Clumsiness in autism and Asperger syndrome: A further report. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42(1), 43-48.

Gotham, K., Pickles, A., & Lord, C. (2009). Standardizing ADOS scores for a measure of severity in autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 39, 693-705.

Green, G., Brennan, L. C., & Fein, D. (2002). Intensive behavioral treatment for a toddler at high risk for autism. *Behavior Modification*, 26(1), 69-102.

Green, L., Fein, D., Modahl, C., Feinstein, C., Waterhouse, L., & Morris, M. (2001). Oxytocin and autistic disorder: alterations in peptide forms. *Biological psychiatry*, 50(8), 609-613.

Guthrie, W., Swineford, L. B., Nottke, C., & Wetherby, A. M. (2013). Early diagnosis of autism spectrum disorder: Stability and change in clinical diagnosis and symptom presentation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(5), 582-590.

- Happé, F., & Frith, U. (1996). The neuropsychology of autism. *Brain*, *119*(4), 1377-1400.
- Harris, J. (2018). Leo Kanner and autism: a 75-year perspective. *International review of psychiatry*, *30*(1), 3-17.
- Havdahl, A., & Bishop, S. (2019). Heterogeneity in prevalence of co-occurring psychiatric conditions in autism. *The Lancet Psychiatry*, *6*(10), 794-795.
- Hedley, D., Uljarević, M., Cameron, L., Halder, S., Richdale, A., & Dissanayake, C. (2017). Employment programmes and interventions targeting adults with autism spectrum disorder: A systematic review of the literature. *Autism*, *21*(8), 929-941.
- Helt, M., Kelley, E., Kinsbourne, M., Pandey, J., Boorstein, H., Herbert, M., & Fein, D. (2008). Can children with autism recover? If so, how?. *Neuropsychology review*, *18*, 339-366.
- Hill, E. L. (2004). Executive dysfunction in autism. *Trends in cognitive sciences*, *8*(1), 26-32.
- Hippler, K., & Klicpera, C. (2003). A retrospective analysis of the clinical case records of 'autistic psychopaths' diagnosed by Hans Asperger and his team at the University Children's Hospital, Vienna. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, *358*(1430), 291-301.
- Hoffman, C. D., Sweeney, D. P., Gilliam, J. E., & Lopez-Wagner, M. C. (2006). Sleep problems in children with autism and in typically developing children. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, *21*(3), 146-152.
- Howlin, P. (1997). *Autism: Preparing for adulthood*. Psychology Press.
- Huerta, M., Bishop, S. L., Duncan, A., Hus, V., & Lord, C. (2012). Application of DSM-5 criteria for autism spectrum disorder to three samples of children with DSM-IV diagnoses of pervasive developmental disorders. *American Journal of Psychiatry*, *169*(10), 1056-1064.
- Huerta, M., Bishop, S. L., Duncan, A., Hus, V., & Lord, C. (2012). Application of DSM-5 criteria for autism spectrum disorder to three samples of children with DSM-IV diagnoses of pervasive developmental disorders. *American Journal of Psychiatry*, *169*(10), 1056-1064.

Ingersoll, B., Shannon, K., Berger, N., Pickard, K., & Holtz, B. (2017). Self-directed telehealth parent-mediated intervention for children with autism spectrum disorder: Examination of the potential reach and utilization in community settings. *Journal of Medical Internet Research*, *19*(7), e248.

Jackson, S. L., & Volkmar, F. R. (2019). Diagnosis Chapter. *Autism and Pervasive Developmental Disorders*, 1.

Kanne, S. M., & Bishop, S. L. (2021). Editorial perspective: the autism waitlist crisis and remembering what families need. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *62*(2), 140-142.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child*, *2*(3), 217-250.

Kerns, C. M., Renno, P., Kendall, P. C., Wood, J. J., & Storch, E. A. (2017). Anxiety disorders interview schedule–autism addendum: Reliability and validity in children with autism spectrum disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *46*(1), 88-100.

Kim, J. A., Szatmari, P., Bryson, S. E., Streiner, D. L., & Wilson, F. J. (2000). The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger syndrome. *Autism*, *4*(2), 117-132.

Kim, Y. S., Leventhal, B. L., Koh, Y. J., Fombonne, E., Laska, E., Lim, E. C., ... & Grinker, R. R. (2011). Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *American Journal of Psychiatry*, *168*(9), 904-912.

Kolvin, I. (1971). Studies in the childhood psychoses I. Diagnostic criteria and classification. *The British Journal of Psychiatry*, *118*(545), 381-384.

Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Cicero, D. C., Conway, C. C., DeYoung, C. G., ... & Wright, A. G. (2021). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A quantitative nosology based on consensus of evidence. *Annual review of clinical psychology*, *17*, 83-108.

Lai, M. C., Kassee, C., Besney, R., Bonato, S., Hull, L., Mandy, W., ... & Ameis, S. H. (2019). Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, *6*(10), 819-829.

Lainhart, J. E. (1999). Psychiatric problems in individuals with autism, their parents and siblings. *International Review of Psychiatry, 11*(4), 278-298.

Leblanc, L., Richardson, W., & McIntosh, J. (2005). The Use of Applied Behavioral Analysis in Teaching Children with Autism. *International Journal of Special Education, 20*(1), 13-34.

Ledford, J. R., & Gast, D. L. (2006). Feeding problems in children with autism spectrum disorders: A review. *Focus on autism and other developmental disabilities, 21*(3), 153-166.

Leekam, S. R., Nieto, C., Libby, S. J., Wing, L., & Gould, J. (2007). Describing the sensory abnormalities of children and adults with autism. *Journal of autism and developmental disorders, 37*, 894-910.

Lloyd, M., MacDonald, M., & Lord, C. (2013). Motor skills of toddlers with autism spectrum disorders. *Autism, 17*(2), 133-146.

Loomes, R., Hull, L., & Mandy, W. P. L. (2017). What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 56*(6), 466-474.

Lopez-Wagner, M. C., Hoffman, C. D., Sweeney, D. P., Hodge, D., & Gilliam, J. E. (2008). Sleep problems of parents of typically developing children and parents of children with autism. *The Journal of Genetic Psychology, 169*(3), 245-260.

Macari, S. L., Campbell, D., Gengoux, G. W., Saulnier, C. A., Klin, A. J., & Chawarska, K. (2012). Predicting developmental status from 12 to 24 months in infants at risk for autism spectrum disorder: A preliminary report. *Journal of autism and developmental disorders, 42*, 2636-2647.

Macari, S., Milgramm, A., Reed, J., Shic, F., Powell, K. K., Macris, D., & Chawarska, K. (2021). Context-specific dyadic attention vulnerabilities during the first year in infants later developing autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 60*(1), 166-175.

Macari, S., Milgramm, A., Reed, J., Shic, F., Powell, K. K., Macris, D., & Chawarska, K. (2021). Context-specific dyadic attention vulnerabilities during the first year in infants later developing

autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(1), 166-175.

Magiati, I., & Howlin, P. (2019). Adult 10. *Autism and Pervasive Developmental Disorders*, 220.

Mandy, W., Chilvers, R., Chowdhury, U., Salter, G., Seigal, A., & Skuse, D. (2012). Sex differences in autism spectrum disorder: evidence from a large sample of children and adolescents. *Journal of autism and developmental disorders*, 42, 1304-1313.

Manwaring, S. S., Stevens, A. L., Mowdood, A., & Lackey, M. (2018). A scoping review of deictic gesture use in toddlers with or at-risk for autism spectrum disorder. *Autism & Developmental Language Impairments*, 3, 2396941517751891.

Matson, J. L., Wilkins, J., & Macken, J. (2008). The relationship of challenging behaviors to severity and symptoms of autism spectrum disorders. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 2(1), 29-44.

Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Aggarwal, R., Baker, C., Mathapati, S., Molitoris, S., & Mayes, R. D. (2013). Unusual fears in children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(1), 151-158.

Moore, V., & Goodson, S. (2003). How well does early diagnosis of autism stand the test of time? Follow-up study of children assessed for autism at age 2 and development of an early diagnostic service. *Autism*, 7(1), 47-63.

Myles, B. S., Hagen, K., Holverstott, J., Hubbard, A., Adreon, D., & Trautman, M. (2005). Life Journey through Autism: An Educator's Guide to Asperger Syndrome. *Organization for Autism Research*.

Nadon, G., Feldman, D. E., Dunn, W., & Gisel, E. (2011). Association of sensory processing and eating problems in children with autism spectrum disorders. *Autism research and treatment*, 2011(1), 541926.

Nussbaum A.M. (2020). *DSM-5® ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ*, Εκδόσεις: Κωνσταντάρας

Ozonoff, S., South, M., & Miller, J. N. (2000). DSM-IV-defined Asperger syndrome: Cognitive, behavioral and early history differentiation from high-functioning autism. *autism*, 4(1), 29-46.

Qiu, A., Adler, M., Crocetti, D., Miller, M. I., & Mostofsky, S. H. (2010). Basal ganglia shapes predict social, communication, and motor dysfunctions in boys with autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(6), 539-551.

Richards, C., Moss, J., Nelson, L., & Oliver, C. (2016). Persistence of self-injurious behaviour in autism spectrum disorder over 3 years: a prospective cohort study of risk markers. *Journal of neurodevelopmental disorders*, 8, 1-12.

Robins, D. L., Casagrande, K., Barton, M., Chen, C. M. A., Dumont-Mathieu, T., & Fein, D. (2014). Validation of the modified checklist for autism in toddlers, revised with follow-up (M-CHAT-R/F). *Pediatrics*, 133(1), 37-45.

Rogers, S. J., & Ozonoff, S. (2005). Annotation: What do we know about sensory dysfunction in autism? A critical review of the empirical evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(12), 1255-1268.

Rogers, S. J., Hepburn, S., & Wehner, E. (2003). Parent reports of sensory symptoms in toddlers with autism and those with other developmental disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 33, 631-642.

Rutter, M. (1999). Autism: Two-way interplay between research and clinical work. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(2), 169-188.

Rutter, M. (2000). Genetic studies of autism: from the 1970s into the millennium. *Journal of abnormal child psychology*, 28, 3-14.

Schaaf, C. P., Sabo, A., Sakai, Y., Crosby, J., Muzny, D., Hawes, A., ... & Zoghbi, H. Y. (2011). Oligogenic heterozygosity in individuals with high-functioning autism spectrum disorders. *Human molecular genetics*, 20(17), 3366-3375.

Sivertsen, B., Posserud, M. B., Gillberg, C., Lundervold, A. J., & Hysing, M. (2012). Sleep problems in children with autism spectrum problems: a longitudinal population-based study. *Autism*, 16(2), 139-150.

Stenberg, N., Schjølberg, S., Shic, F., Volkmar, F., Øyen, A. S., Bresnahan, M., ... & Øien, R. A. (2021). Functional Outcomes of Children identified early in the developmental period as at risk for ASD utilizing the The Norwegian Mother, Father and Child Cohort Study (MoBa). *Journal of autism and developmental disorders*, 51, 922-932.

Tantam, D. (2000). Psychological disorder in adolescents and adults with Asperger syndrome. *Autism*, 4(1), 47-62.

Ventola, P., Kleinman, J., Pandey, J., Wilson, L., Esser, E., Boorstein, H., ... & Fein, D. (2007). Differentiating between autism spectrum disorders and other developmental disabilities in children who failed a screening instrument for ASD. *Journal of autism and developmental disorders*, 37, 425-436.

Vernazza-Martin, S., Martin, N., Vernazza, A., Lepellec-Muller, A., Rufo, M., Massion, J., & Assaiante, C. (2005). Goal directed locomotion and balance control in autistic children. *Journal of autism and developmental disorders*, 35, 91-102.

Wainer, A. L., & Ingersoll, B. R. (2015). Increasing access to an ASD imitation intervention via a telehealth parent training program. *Journal of autism and developmental disorders*, 45, 3877-3890.

Watson, L. R., Crais, E. R., Baranek, G. T., Dykstra, J. R., & Wilson, K. P. (2013). Communicative gesture use in infants with and without autism: A retrospective home video study.

Williams, S. K., Scahill, L., Vitiello, B., Aman, M. G., Arnold, L. E., McDougle, C. J., ... & Sparrow, S. (2006). Risperidone and adaptive behavior in children with autism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(4), 431-439.

Wing, L., & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of autism and developmental disorders*, 9(1), 11-29.

Woodbury-Smith, M. R., Clare, I. C., Holland, A. J., Kearns, A., Staufenberg, E., & Watson, P. (2005). A case-control study of offenders with high functioning autistic spectrum disorders. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *16*(4), 747-763.

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines* (Vol. 1). World Health Organization.

Yates, K., & Le Couteur, A. (2016). Diagnosing autism/autism spectrum disorders. *Paediatrics and Child Health*, *26*(12), 513-518.

Yuen, R. K., Szatmari, P., & Vorstman, J. A. (2019). Genetics of autism spectrum. *Autism and pervasive developmental disorders*, *112*.

Yuen, R. K., Szatmari, P., & Vorstman, J. A. (2019). Genetics of autism spectrum. *Autism and pervasive developmental disorders*, *112*.

Zander, E., & Bölte, S. (2015). The new DSM-5 impairment criterion: A challenge to early autism spectrum disorder diagnosis?. *Journal of autism and developmental disorders*, *45*, 3634-3643.

Zuckerman, K. E., Lindly, O. J., Reyes, N. M., Chavez, A. E., Macias, K., Smith, K. N., & Reynolds, A. (2017). Disparities in diagnosis and treatment of autism in Latino and non-Latino white families. *Pediatrics*, *139*(5).

