



Στρατηγικές  
Αναπτυξιακής  
και Εφηβικής  
Υγείας



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ: Αν. Καθηγήτρια Αρτεμισία Τσίτσικα**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Διαταραχή αυτιστικού φάσματος και ΔΕΠ-Υ σε παιδιά και εφήβους:  
συστηματική ανασκόπηση για τις επιδράσεις της πανδημίας COVID-19

Αγγελική Αργυρούλα Στεργιοπούλου

Ψυχολόγος

Αθήνα, 2022

### **Τριμελής Επιτροπή**

Θεόδωρος Σεργεντάνης, MD, PhD, Επίκουρος Καθηγητής Επιδημιολογίας-Μεθοδολογίας της Έρευνας, Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (Επιβλέπων)

Αρτεμίσια Τσίτσικα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Θεοδώρα Ψαλτοπούλου, Καθηγήτρια, Θεραπευτική Κλινική, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ



Copyright © Αγγελίνα Στεργιοπούλου, 2022

All rights reserved. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διπλωματικής εργασίας εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της πτυχιακής εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Η έγκριση διπλωματικής εργασίας από το Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών δεν δηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα.

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η παρατιθέμενη διπλωματική εργασία αποτελεί το επιστέγασμα ενός αξιοσημείωτου κεφαλαίου της ακαδημαϊκής μου πορείας. Προς το εγχείρημα υλοποίησης και συγγραφής της, στάθηκαν κοντά μου άτομα, τα οποία την παρούσα στιγμή θα ήθελα να ευχαριστήσω.

Αρχικά, οφείλω να εκφράσω μια τεράστια ευγνωμοσύνη και εκτίμηση προς τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κύριο Σεργεντάνη Θεόδωρο, Επίκουρο Καθηγητή Επιδημιολογίας-Μεθοδολογίας της Έρευνας, που με καθοδήγησε κατά τη διάρκεια συγγραφής της εργασίας, έλυσε τις απορίες μου και ήταν σε θέση να με κατευθύνει παρέχοντας τις κατάλληλες συμβουλές και οδηγίες προς τη διεκπεραίωση του συγγραφικού έργου. Ευχαριστώ τόσο για τη στήριξη, όσο και για την εμπιστοσύνη να καταπιαστώ με ένα τέτοιο ερευνητικό περιεχόμενο.

Έπειτα, ευχαριστώ και τα υπόλοιπα μέλη της επιτροπής, τις κυρίες Αρτεμίσια Τσίτσικα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια της Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ και Θεοδώρα Ψαλτοπούλου, Καθηγήτρια της Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ που ανέλαβαν τον έλεγχο της συγγραφικής αυτής δραστηριότητας με απώτερο στόχο την έγκρισή της.

Τέλος, επιθυμώ να εκφράσω ένα μεγάλο ευχαριστώ στα μέλη της οικογένειάς μου, τους φίλους και τα οικεία πρόσωπα, που στάθηκαν δίπλα μου στην προσπάθεια τελειοποίησης της εργασίας, μου έδιναν δύναμη και κουράγιο να συνεχίσω και να ολοκληρώσω τη διπλωματική που έχετε τη στιγμή αυτή στα χέρια σας.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	6
ABSTRACT.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: ΑΥΤΙΣΜΟΣ .....	10
1.1. Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) .....	10
1.2. Συμπτώματα αυτισμού .....	11
1.3. Αίτια αυτισμού .....	14
1.4. Διάγνωση του αυτισμού.....	18
1.5. Διαφορική διάγνωση .....	22
1.6. Θεραπεία και θεραπευτικές πρακτικές .....	23
1.6.1. Το θεραπευτικό σχέδιο.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	28
2.1. Ορισμός της ΔΕΠ-Υ.....	28
2.2. Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ .....	29
2.3. Επιδημιολογία της ΔΕΠ-Υ .....	31
2.4. Αίτια και παθογένεια της ΔΕΠ-Υ .....	31
2.5. Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ.....	35
2.6. Διαφορική διάγνωση της ΔΕΠ-Υ.....	36
2.7. Η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ .....	37
2.8. Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ .....	38
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	44
3.1. Σκοπός και σχεδιασμός ανασκόπησης.....	44
3.2. Κριτήρια ένταξης .....	44
3.3. Εξαγωγή και ανάλυση δεδομένων .....	45
3.4. Αξιολόγηση ποιότητας.....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	46
4.1. Επιλογή ερευνητικών μελετών .....	46
4.2. Αποτελέσματα ερευνών ΔΕΠ-Υ .....	46

4.3. Αποτελέσματα ερευνών ΔΑΦ .....	49
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	53
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	56
Ελληνική Βιβλιογραφία .....	56
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....	58
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	65
Παράρτημα 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά επιλεγμένων ερευνών προς ανασκόπηση .....	65
Παράρτημα 2. Κύρια ευρήματα επιλεγμένων ερευνών προς ανασκόπηση .....	66
Παράρτημα 3. Κλίμακα NewCastle Ottawa για συγχρονικές μελέτες και μελέτες κοόρτης.....	70
Παράρτημα 4. Κλίμακα CASP για ανάλυση ποιοτικών μελετών .....	72
Παράρτημα 5. Διάγραμμα ροής Prisma που παρουσιάζει τα βήματα στην επιλογή των μελετών .....	73

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) και Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) αντανακλούν δυο από τις κυριότερες διαταραχές που περιλαμβάνονται στην κατηγορία των νευροαναπτυξιακών προβλημάτων, προκαλώντας αξιοσημείωτες επιπτώσεις στην ψυχική υγεία, την καθημερινή ζωή και τη λειτουργικότητα των ατόμων ήδη από την παιδική και εφηβική ηλικία. Παιδιά και έφηβοι με ΔΕΠ-Υ ή ΔΑΦ αντιμετωπίζουν ποικίλες προκλήσεις στην καθημερινή τους διαβίωση, με κύριες την κοινωνική προσαρμογή και την τήρηση κανόνων. Τα υγειονομικά μέτρα που προέκυψαν λόγω της έξαρσης της πανδημίας COVID-19 έφεραν στο προσκήνιο νέες συνήθειες, όπως τον περιορισμό στο σπίτι ή τη χρήση της προστατευτικής μάσκας. Μέσα σ' αυτές τις πρωτόγνωρες συνθήκες, η παρούσα διπλωματική εργασία στόχευσε στην ανακάλυψη των επιδράσεων της πανδημίας στην ψυχική υγεία, στις συνήθειες, τη ρουτίνα και την ομαλή λειτουργικότητα των παιδιών και των εφήβων με ΔΕΠ-Υ ή ΔΑΦ και των οικογενειών/φροντιστών τους. Ως κύριο μεθοδολογικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε η συστηματική ανασκόπηση, εντοπίζοντας μελέτες και σχετικές με το ζήτημα. Τα αποτελέσματα ήταν ενδεικτικά πως τόσο τα πρόσωπα αναφοράς με ΔΕΠ-Υ ή ΔΑΦ όσο και το ευρύτερο οικογενειακό τους περιβάλλον επηρεάστηκαν από τις νέες υγειονομικές συνθήκες. Επίσης, αναφέρθηκε αυξημένο άγχος, προβλήματα ύπνου, κατάθλιψη, ανησυχία, αλλαγές στις συνήθειες και το καθημερινό πρόγραμμα ρουτίνας. Ωστόσο, η πλειονότητα των ερευνών σημείωσε πως οι επιπτώσεις αυτές δεν μετρίασαν τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων των εξεταζόμενων διαταραχών. Καταλήγοντας, φαίνεται πως η εν λόγω εργασία αποτελεί την πρώτη συστηματική ανασκόπηση στο θέμα, ωστόσο συζητούνται περιορισμοί και περαιτέρω προτάσεις προς μελλοντική συνέχιση της ενέργειας αυτής.

*Λέξεις-Κλειδιά:* ΔΕΠ-Υ, ΔΑΦ, Παιδιά και Έφηβοι, Επιδράσεις COVID-19, Συστηματική Ανασκόπηση

## **ABSTRACT**

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Autism Spectrum Disorder (ASD) reflect two of the major disorders included in the category of neurodevelopmental problems, causing a significant impact on children and adolescent's mental health, daily life and functioning. Children and adolescents with ADHD or ASD face a variety of challenges in their daily living, the main ones being social adjustment and rule-following. The health rules resulting from the outbreak of pandemic COVID-19 have brought new habits to the fore, such as confinement in the home or the use of a protective mask. In these unprecedented circumstances, this thesis aimed to discover the effects of the pandemic on the mental health, habits, routines and normal functioning of children and adolescents with ADHD or ASD and their families/ caregivers. A systematic review was used as the main methodological tool, identifying studies relevant to the issue. The results showed that both children adolescents with ADHD or ASD, and their family environment, were affected by the new health conditions. In addition, increased anxiety, sleep problems, depression, restlessness, changes in habits and daily routine were reported. However, the majority of studies noted that these effects did not mitigate these severity of the ADHD or ASD symptoms. In conclusion, this thesis represents the first systematic review on the topic; however, limitations and further suggestions are discussed.

*Key-words:* ADHD, ASD, Children and Adolescent, COVID-19 Effects, Systematic Review

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι «Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές» αποτελούν μια ομάδα διαταραχών που έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό την παρουσίαση ορισμένων δυσλειτουργιών κατά τη διάρκεια της πρώιμης παιδικής ηλικίας, με εμφανείς συνέπειες την προσαρμογή του παιδιού στο σχολικό και κοινωνικό περιβάλλον. Άλλο ένα χαρακτηριστικό είναι ότι σχετίζονται με τις νοητικές ή νευροφυσιολογικές δυσκολίες, που επηρεάζουν την προσωπική, κοινωνική και εκπαιδευτική προσαρμογή του παιδιού, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις σχετίζονται με δεξιότητες και ικανότητες που αφορούν στην καθημερινή ζωή των ατόμων και τη συμπεριφορά τους προς τους άλλους. Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά είναι πολλές και διαφορετικές, με αποτέλεσμα οι διαταραχές να ταξινομούνται σε κατηγορίες με βάση τα χαρακτηριστικά τους και τις επιπτώσεις που έχουν στη ζωή των ατόμων (Faraone, et al., 2015).

Η «Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος» καθώς και η «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας» είναι δύο από τις βασικότερες διαταραχές που εμπεριέχονται στις νευροαναπτυξιακές διαταραχές, αφού απαντώνται σε μεγάλη συχνότητα και έχουν σημαντικές επιπτώσεις για την καθημερινή ζωή των ατόμων στα διάφορα πλαίσια που βρίσκονται (Lennard and Brown, 2004).

Η πρόσφατη πανδημία Covid-19 που ξέσπασε στις σύγχρονες κοινωνίες, το Δεκέμβριο του 2019, όπως είναι λογικό, είχε μεγάλες συνέπειες στα παιδιά και τους εφήβους με νευροαναπτυξιακές διαταραχές. Τον Φεβρουάριο του 2020 οι επιστήμονες έδωσαν αυτό το όνομα στο νέο κορωνοϊό, ο οποίος συγκεκριμένα ονομάστηκε SARS-CoV-2, που προκαλεί την ασθένεια Coronavirus Disease (COVID-19). Η ασθένεια μεταδίδεται μέσω αναπνευστικών σταγονιδίων, γεγονός που οδήγησε σε παγκόσμια εξάπλωση εξαιτίας του γρήγορου βαθμού μετάδοσης της και του μεγάλου αριθμού των καταγεγραμμένων κρουσμάτων. Αυτός είναι και ο λόγος που ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έκανε λόγο για πανδημία. Οι περισσότερες χώρες προκειμένου να ελέγξουν την εξάπλωση του ιού πήραν σκληρά μέτρα, όπως είναι ο περιορισμός κατ' οίκον, η τήρηση των αποστάσεων, η χρήση μάσκας και αντισηπτικών, η μείωση των δραστηριοτήτων, η αναστολή ορισμένων επαγγελματικών δραστηριοτήτων, το κλείσιμο των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων κ.α.(Berger et al., 2020).

Αυτές οι αλλαγές έφεραν τα παιδιά και τους εφήβους με νευροαναπτυξιακές διαταραχές απέναντι σε ένα πλήθος προβλημάτων, αφού το «lockdown» που επιβλήθηκε ελαχιστοποίησε τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ατόμων και την καθημερινή τους ρουτίνα. Η απότομη διακοπή της καθημερινής τους συνήθειας, προκάλεσε αρνητικές επιπτώσεις όχι μόνο στην ακαδημαϊκή τους πορεία αλλά και στη συμπεριφορά τους. Τα παιδιά και οι έφηβοι βρέθηκαν απέναντι από μία μεγάλη πρόκληση, αφού έπρεπε να αντιμετωπίσουν τις νέες δυσκολίες εντός του οικογενειακού περιβάλλοντός τους, προκειμένου να δημιουργηθούν ισορροπίες για όλα τα μέλη (Berger et al., 2020).

Στόχος της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να αξιολογήσει τις επιδράσεις του Covid-19 στα παιδιά και τους εφήβους που εμφανίζουν «Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος» ή «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας» κατά τη διάρκεια της πανδημίας, τόσο για τους ίδιους όσο και για το οικογενειακό τους περιβάλλον. Προς υποστήριξη αυτής της ενέργειας, διεξήχθη συστηματική ανασκόπηση ερευνών που έγκειτο σε ξενόγλωσση βιβλιογραφία.

Η δομή της εν λόγω εργασίας διακρίνεται σε δυο μέρη: Το πρώτο αποτελεί το θεωρητικό μέρος όπου αναφέρονται στοιχεία και πληροφορίες διάγνωσης, συμπτωμάτων, αιτιών διαφοροδιάγνωσης, παθογένειας και θεραπείας των διαταραχών ΔΕΠ-Υ και φάσματος του αυτισμού. Εν συνεχεία, το δεύτερο μέρος είναι το ειδικό, όπου περιγράφεται η μεθοδολογία έρευνας, τα αποτελέσματα αυτής και τα αντίστοιχα συμπεράσματα, όπως αυτά ανακύπτουν από τη συστηματική ανασκόπηση. Τέλος, παρουσιάζεται η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε και τα παραρτήματα που βοηθούν στην κατανόηση σχεδιασμού και υλοποίησης της κύριας συστηματικής ανάλυσης.

# ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: ΑΥΤΙΣΜΟΣ

### 1.1. Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ)

Η «Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος» (ΔΑΦ) αφορά μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή που συνδέεται με βλάβες στις σκέψεις, τα συναισθήματα, την επικοινωνία και την ικανότητα των ατόμων να αλληλεπιδρούν με άλλα άτομα. Χαρακτηρίζεται ως νευροαναπτυξιακή διαταραχή, επειδή επηρεάζει τις λειτουργίες του εγκεφάλου. Η σοβαρότητα και τα συμπτώματά της διαφέρουν σε κάθε άτομο, αφού ο τρόπος που εκδηλώνεται εξαρτάται από το είδος του αυτισμού (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

Το 1943, χαρακτηρίστηκε ως ένα παθολογικό σύνδρομο με συγκεκριμένα συμπτώματα και χαρακτηριστικά. Ο Kanner τον ονόμασε «πρώιμο νηπιακό αυτισμό», για να τον διακρίνει από τις άλλες διαταραχές, που εμφανίζονται σε μεγαλύτερη ηλικία. Ο όρος αυτισμός που δόθηκε από τον Kanner προέκυψε μέσα από τη μελέτη που πραγματοποίησε σε παιδιά που θεωρούσε ότι είχαν τη συγκεκριμένη διαταραχή. Το συμπέρασμά του ήταν ότι τα παιδιά δεν έχουν την ικανότητα να σχηματίσουν μία συνηθισμένη και βιολογικά καθορισμένη επαφή με τους άλλους ανθρώπους, όπως έχουν τα υπόλοιπα παιδιά. Στη συνέχεια, ο Kanner και ο Asperger έδωσαν περισσότερη έμφαση στον αυτισμό και στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά στον επικοινωνιακό και κοινωνικό τομέα. Οι δυο τους συμπέραναν ότι τα παιδιά εμφανίζουν κινητικές στερεοτυπίες καθώς και προβλήματα στον επικοινωνιακό και συναισθηματικό τομέα (Wicks-Nelson and Israel, 2003).

Ο αυτισμός θεωρείται μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή, αφού εμφανίζεται κατά την περίοδο της ανάπτυξης και αποτελεί διαταραχή, αφού δεν συμφωνεί με αυτό που έχει οριστεί ως «φυσιολογικό». Σύμφωνα με τη Wing (2000) είναι δύσκολο να δοθεί ένας συγκεκριμένος ορισμός, αφού παρουσιάζει διαφορές που εξαρτώνται από τους ειδικούς και επαγγελματίες που εμπλέκονται στη διαδικασία διάγνωσης του και υπάρχουν πολλές διαφωνίες ως προς αυτόν (Wing, 2000). Ο Κρουσταλάκης (2005) τον αναφέρει ως μία βαριάς μορφής διαταραχή, που επηρεάζει την ανθρώπινη συμπεριφορά και σύμφωνα με αυτήν τα αυτιστικά άτομα περιορίζονται στον προσωπικό τους κόσμο και αρνούνται να επικοινωνήσουν με το περιβάλλον γύρω

τους (Κρουσταλάκης, 2005). Σύμφωνα με την Γκονέλα (2006), ο αυτισμός αφορά συγκεκριμένα χαρακτηριστικά συμπεριφοράς, που είναι ουσιώδη για να αναγνωριστεί και βοηθούν στο να κατανοηθεί ο τρόπος προσέγγισής του. Επίσης, αναφέρει ότι είναι μία προσέγγιση που σχετίζεται με την οπτική στήριξη και την προβλεψιμότητα καθώς και την έντονη εξατομίκευση, αφού κάθε περίπτωση είναι διαφορετική (Γκονέλα, 2006). Ο Νότας (2005) αναφέρει ότι η διαταραχή του αυτισμού περιλαμβάνει δυσκολίες στην κοινωνική κατανόηση, στον συναισθηματικό τομέα, στον τρόπο επικοινωνίας και στη γλώσσα, επαναλαμβανόμενες στερεοτυπικές κινήσεις, προβλήματα στην ανάπτυξη των γνωσιακών λειτουργιών καθώς και δυσκολίες στην επεξεργασία των αισθητηριακών προσλήψεων (Νότας, 2005).

Έχει διαφανεί ότι αποτελεί την πιο συχνή διαταραχή από τις υπόλοιπες αναπτυξιακές διαταραχές και εμφανίζεται πιο συχνά στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια. Επίσης, ο παράγοντας της κληρονομικότητας συμμετέχει, αφού στο 1-3% των οικογενειών που έχουν παιδί με αυτισμό, το παιδί το έχει κληρονομήσει από τους γονείς του. Ωστόσο, ο βαθμός συννοσηρότητάς του είναι μεγάλος, αφού συνυπάρχει με άλλες διαταραχές, όπως είναι η νοητική στέρηση ή οι γλωσσικές διαταραχές. Το ποσοστό συννοσηρότητας φτάνει το 15% των παιδιών με αυτισμό. Τα κλινικά χαρακτηριστικά και τα συμπτώματά του είναι πολλά και επηρεάζουν πολλούς τομείς στη ζωή των ατόμων (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

## 1.2. Συμπτώματα αυτισμού

Σύμφωνα με την Frith (1999) το βασικό χαρακτηριστικό των ατόμων με αυτισμό είναι ότι δεν μπορούν να επεξεργαστούν πολλές πληροφορίες, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να παράγουν ιδέες με ένα ολοκληρωμένο νόημα. Τα συμπτώματα των ατόμων με «Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος» (ΔΑΦ) αφορούν σε μεγάλο μέρος τα επικοινωνιακά προβλήματα. Συγκεκριμένα, δυσκολεύονται να ενώσουν πληροφορίες με νοητικές διεργασίες και να κατανοήσουν τα βασικά μηνύματα. Γι' αυτό άλλωστε έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά με αυτισμό δεν μπορούν να κατανοήσουν συμβολικά νοήματα, όπως το χιούμορ και την ειρωνεία και κατανοούν μόνο τον κυριολεκτικό τρόπο έκφρασης **Error! Reference source not found..**

Όσον αφορά στον γλωσσικό τομέα έχει παρατηρηθεί ότι στο φωνολογικό, συντακτικό και σημασιολογικό επίπεδο δεν υπάρχει συνέπεια με βάση τις διάφορες έρευνες, αφού οι απόψεις δίστανται. Στον τομέα της πραγματολογίας όμως υπάρχει συμφωνία ως προς τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά (Wicks-Nelson and Israel, 2003). Επίσης, καθυστερεί η ικανότητα κατανόησης του λόγου και η ομιλία, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις δεν μπορούν να προφέρουν κάποιες φράσεις καθώς παρατηρείται και έντονη ηχολαλία (Frith, 1999).

Η ηχολαλία αφορά μία συμπεριφορά που εκδηλώνεται αυτοματοποιημένα, χωρίς τα παιδιά να επιδιώκουν έναν επικοινωνιακό σκοπό. Αρκετές μελέτες έχουν υποστηρίξει ότι η ηχολαλία των παιδιών δεν σχετίζεται με την επικοινωνία. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να εξυπηρετεί κάποιες επικοινωνιακές λειτουργίες. Επίσης, τα παιδιά δυσκολεύονται να χρησιμοποιήσουν ορισμένες αντωνυμίες, προθέσεις και συνδέσμους, ενώ συγχέουν τις περισσότερες φορές το πρώτο με το δεύτερο ενικό πρόσωπο. Πολλές φορές, δηλαδή, χρησιμοποιούν το «εσύ», όταν θέλουν να αναφερθούν στον εαυτό τους. Επιπλέον, μπορεί να υιοθετούν στον λόγο τους συγκεκριμένες λέξεις και φράσεις καθώς και να ανακαλούν συνεχώς μία λέξη, που έχουν μάθει, ακόμη και σε προτάσεις που το νόημά της δεν ταιριάζει. Είναι εφικτό να χρησιμοποιούν νεολογισμούς με ασυνήθιστο τρόπο, επειδή έτσι προσπαθούν να καλύψουν τα κενά που νιώθουν στην επικοινωνία (Γενά, 2002).

Η επικοινωνία τους είναι αρκετά στερεοτυπική, ενώ σε αγχογόνες καταστάσεις έχουν παρατηρηθεί αυξημένες και συνεχείς επαναλαμβανόμενες κινήσεις. Η επανάληψη αφορά τις κραυγές, τις λέξεις και τις φράσεις, που εκδηλώνονται σε έναν έντονο και υπερβολικό βαθμό (Frith, 1999). Επιπλέον, τα παιδιά δεν μπορούν να κατανοήσουν και να αναπαράγουν σωστά τους χρόνους, αφού δεν κατανοούν τον τρόπο χρήσης τους. Αυτό σχετίζεται με την ανικανότητά τους να επεξεργαστούν πολλές πληροφορίες, όπως τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά (Κυπριωτάκης, 2000).

Άλλες αδυναμίες που μπορεί να εμφανίζουν στην ομιλία τους τα παιδιά σχετίζονται με ανεπάρκεια στον ρυθμό, στη ροή του λόγου, στην ένταση της φωνής και στον τονισμό των φράσεων και λέξεων. Συνεπώς, παρατηρείται ότι από χαμηλό τόνο μπορεί να αρχίσουν να μιλούν πολύ δυνατά με μονότονη φωνή καθώς και λάθος τονισμό (Frith, 1999).

Επιπροσθέτως, τα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν δυσκολίες στη «Θεωρία του Νου». Η «Θεωρία του Νου» σχετίζεται με την ικανότητα του ατόμου να μπορεί να διακρίνει τα στοιχεία της πραγματικότητας από τις νοητικές καταστάσεις που

πραγματοποιούνται στο νου του, ενώ παράλληλα σχετίζεται με την κατανόηση ότι αυτές οι καταστάσεις οδηγούν σε μια συγκεκριμένη συμπεριφορά (Μακρής, 2002). Η «Θεωρία του Νου» συνδέεται με την κοινωνική κατανόηση που εμφανίζουν τα παιδιά μέσα από τον επικοινωνιακό τομέα, τις σκέψεις τους, τα συναισθήματά τους και τις προθέσεις τους (Jenkins and Astington, 2000).

Η έλλειψη της «Θεωρίας του Νου» έχει συνδεθεί με τον αυτισμό. Συνεπώς, κάποιες από τις συμπεριφορές που εκδηλώνουν τα παιδιά με αυτισμό δυσκολεύουν την προσαρμογή τους στην καθημερινότητα αλλά και την επικοινωνία τους. Δεν μπορούν να κατανοήσουν πότε τα άλλα άτομα γνωρίζουν ή δεν γνωρίζουν κάτι, πότε λένε ψέματα, πότε σκέφτονται διαφορετικά καθώς ούτε μπορούν να προβλέψουν την αντίδραση των άλλων και να αντιληφθούν τα συναισθήματά τους. Γι' αυτό πολλές φορές φέρονται εγωιστικά και αδιάφορα απέναντι στις ανάγκες των άλλων, ενώ συχνά έχουν την τάση να επιμένουν στις επιθυμίες τους, χωρίς να υποχωρούν (Edelson, 2009). Σημαντικό χαρακτηριστικό είναι η απουσία της βλεμματικής επαφής, αφού το αυτιστικό παιδί δεν μπορεί να «διαβάσει» τα μάτια του ατόμου που αλληλεπιδρά, γεγονός που συμβάλλει στην αποτυχία του να συνδιαλεχτεί κοινωνικά. Επίσης, δεν μπορούν να δώσουν λύσεις σε διάφορα προβλήματα ούτε να ακολουθήσουν τις οδηγίες που τους δίνονται. Μόνο αν οι οδηγίες έχουν καταγραφεί μπορούν να ακολουθήσουν ορισμένες από αυτές (Quill, 2000).

Τα παιδιά με αυτισμό δεν έχουν τη δυνατότητα να «εξαπατήσουν» κάποιον, διότι είναι ειλικρινή και δεν έχουν την ικανότητα να αντιληφθούν το σύνολο μιας κατάστασης, ούτε και να την αλλάξουν προς όφελός τους. Επίσης, τις περισσότερες φορές έχουν ένα αχανές βλέμμα, αφού δεν εστιάζουν σε συγκεκριμένα πρόσωπα, αντικείμενα και εικόνες. Πολλές φορές δείχνουν να είναι στον δικό τους κόσμο και δυσκολεύονται να πάρουν μέρος στο παιχνίδι και να συνεργαστούν με άλλα άτομα. Αυτό αφορά την ελλειμματική δραστηριότητα, που περιορίζει τα παιδιά και τα οδηγεί σε ένα μοναχικό παιχνίδι, αφού δεν μπορούν να υιοθετήσουν ρόλους (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

Άλλο ένα σύμπτωμα του αυτισμού είναι η κοινωνική απομόνωση, αφού τα παιδιά προτιμούν να περνούν περισσότερο χρόνο μόνα τους, γεγονός που σχετίζεται με τη διανοητική απόσυρση. Τα παιδιά δεν μπορούν να προσαρμοστούν εύκολα στις αλλαγές της καθημερινότητας, ενώ στο δημόσιο περιβάλλον δυσκολεύονται να προσαρμοστούν ομαλά και ορισμένες φορές συμπεριφέρονται όπως θα

συμπεριφέρονταν στην ιδιωτική τους ζωή, χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τα κοινωνικά πρότυπα ή τους κανόνες (Γκαράνη, 2008).

Επίσης, συχνά εκφράζουν τα συναισθήματά τους μέσα από τα γέλια ή τις εκρήξεις οργής σε οποιοδήποτε κοινωνικό πλαίσιο και αν βρίσκονται, χωρίς να διαχωρίζουν τα διάφορα περιβάλλοντα. Δεν αναζητούν την κοινωνική αλληλεπίδραση, ενώ σπάνια εκδηλώνονται μέσω μιας αγκαλιάς. Ένα από τα πιο έντονα χαρακτηριστικά που παρατηρείται στα παιδιά με αυτισμό είναι οι κινητικές τους στερεοτυπίες, οι οποίες αφορούν ακόμη και σε ακραίες εκδηλώσεις, όπως είναι το δάγκωμα των χεριών, το χτύπημα του κεφαλιού, το τράβηγμα των μαλλιών, οι μορφασμοί καθώς και οι έντονες κινήσεις με τα χέρια και τα δάχτυλα (Καραβία, 2008).

Σχετικά με τον αισθητηριακό τομέα, οι έρευνες δείχνουν ότι τα άτομα με αυτισμό χρησιμοποιούν τις αισθήσεις τους, όπως η όσφρηση, η γεύση και η αφή, αφού μέσα από αυτές μπορούν να κατανοήσουν το ερέθισμα που λαμβάνουν. Ωστόσο, εστιάζουν σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο και δεν βλέπουν τη γενική εικόνα. Έχουν υπερευαισθησία στους διάφορους ήχους, γι' αυτό μπορούν να διαταραχθούν από έναν έντονο ή επαναλαμβανόμενο ήχο, ενώ άλλοτε δεν αντιδρούν κατάλληλα σε κάποιον ήχο και μπορεί να συμπεριφερθούν σαν να είναι κωφά (Κυπριωτάκης, 2000).

Άλλα συμπτώματα τα οποία έχουν συνδεθεί με τον αυτισμό αφορούν τα ξεσπάσματα θυμού, την υπερκινητικότητα, το άγχος, την επιθετικότητα καθώς και τα συμπτώματα κατάθλιψης κυρίως κατά τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας (Wicks–Nelson and Israel, 2003).

### **1.3. Αίτια αυτισμού**

Τα αίτια του αυτισμού δεν συνδέονται με έναν συγκεκριμένο παθολογικό μηχανισμό και δεν έχουν διαλευκανθεί επαρκώς, με αποτέλεσμα να προκαλούνται προβλήματα ως προς την αντιμετώπιση και τη μείωση των συμπτωμάτων του. Παρά τις πολυάριθμες προσπάθειες που γίνονται εδώ και χρόνια για να υπάρξει μία συγκεκριμένη θεραπεία για τον αυτισμό, κάτι τέτοιο δεν είναι εφικτό να συμβεί. Οι αιτίες που προκαλούν τη διαταραχή αφορούν σε διάφορους παράγοντες, αφού ο

αυτισμός ουσιαστικά αποτελεί μία πολυπαραγοντική διαταραχή, η οποία μπορεί να έχει προκληθεί από διαφορετικές αιτίες και γεγονότα (Βογινδρούκας, 2002).

Οι ερευνητές τείνουν να κατηγοριοποιούν την αιτιολογία του αυτισμού σε πέντε συγκεκριμένες κατηγορίες. Αρχικά, αποδίδουν τις αιτίες σε *οργανικά αίτια* στις οποίες αναφέρονται οι ασθένειες, οι τραυματισμοί και τα βιοχημικά αίτια. Οι τραυματισμοί και οι ασθένειες μπορούν να προκληθούν σε διάφορα στάδια της ζωής του ατόμου στην προγεννητική και τη μεταγεννητική περίοδο και μπορούν να προκαλέσουν διαταραχές στις εγκεφαλικές λειτουργίες (Arnsten, 2009).

Καθοριστική είναι η περίοδος πριν από τη σύλληψη του εμβρύου, αφού μπορεί να ευθύνεται για διάφορες δυσλειτουργίες στην μετέπειτα ανάπτυξη του εμβρύου. Σχετικά με την περίοδο αυτή, ορισμένες συνήθειες της μητέρας μπορεί να επηρεάσουν την ανάπτυξή του, όπως είναι το κάπνισμα, η διατροφή, το αλκοόλ, η χρήση ουσιών ή φαρμάκων, ορισμένα νοσήματα, ο αριθμός αποβολών καθώς και η συναισθηματική κατάσταση της μητέρας. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να προκαλέσουν στο έμβρυο τόσο πριν όσο και μετά τη γέννησή του διάφορα προβλήματα (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

Αρκετές έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι πολλές ανωμαλίες που ευθύνονται για τη δομή του εγκεφάλου σχετίζονται με την ύπαρξη πρώιμων διαταραχών στην ανάπτυξη των εγκεφαλικών κυττάρων τις πρώτες εβδομάδες της κύησης. Μέσω της μαγνητικής τομογραφίας έχουν διαπιστωθεί δυσλειτουργίες στην παρεγκεφαλίδα, ενώ κάποιες περιοχές φαίνονται να είναι μικρότερες από το φυσιολογικό. Βασικό χαρακτηριστικό στην προγεννητική περίοδο είναι και ο ρυθμός ανάπτυξης, ο οποίος θεωρείται ως η κρίσιμότερη φάση στη ζωή του ατόμου, αφού καθορίζονται τα βιοσωματικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά. Από τη στιγμή της σύλληψης είναι εφικτό να προκληθούν ορισμένα σφάλματα στο γενετικό κώδικα, τα οποία προκαλούν στο άτομο βασικές σωματικές και ψυχολογικές προεκτάσεις. Ωστόσο, δεν υπάρχει κάποια εξέταση προγεννητικά που να εντοπίζει την ύπαρξη του αυτισμού ή όχι, όπως συμβαίνει με άλλες διαταραχές (Γενά, 2002· Γκαράνη, 2008· Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

Οι ερευνητές έχουν τονίσει ωστόσο ότι οι δυσλειτουργίες στην παρεγκεφαλίδα δεν αποτελούν αποκλειστικό χαρακτηριστικό των ατόμων με αυτισμό. Επίσης, έχουν εντοπίσει δομικές ανωμαλίες στον κροταφικό λοβό και στον υπερμεσολόβιο έλικα. Μέσα από τα ευρήματα σχετικής έρευνας διαφάνηκε ότι ορισμένα άτομα με διαταραχή αυτισμού είχαν αυξημένο όγκο εγκεφάλου και μειωμένη εγκεφαλική ροή.

Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να οφείλονται για σοβαρές βλάβες στο κεντρικό νευρικό σύστημα, ενώ αναφέρουν ότι οι επιπλοκές που μπορεί να συνέβησαν στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι οποίες σχετίζονται με τη χορήγηση φαρμάκων στη μητέρα, ενδέχεται να συνδέονται περισσότερο με την αυτιστική διαταραχή (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

Στη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου ορισμένοι παράγοντες, όπως είναι ο πρόωρος τοκετός ή η ασφυξία του παιδιού μπορεί να προκαλέσουν σοβαρές επιπλοκές με αποτέλεσμα να εμφανιστεί η αυτιστική διαταραχή, ενώ σε άλλες έρευνες έχει διαφανεί ότι οι ενδομήτριες μολύνσεις μπορεί να είναι υπεύθυνες για την παρουσία του αυτισμού. Όσο πιο νωρίς υπάρξει κάποια βλάβη τόσο πιο σοβαρές θα είναι οι συνέπειες που θα προκληθούν στο έμβρυο. Τέλος, η εμφάνιση του αυτισμού έχει συνδεθεί και με εγκεφαλικές βλάβες κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου, ενώ ορισμένοι παράγοντες μπορεί να προσβάλλουν το κεντρικό νευρικό σύστημα με αποτέλεσμα την αυτιστική διαταραχή (Κυπριωτάκης, 2000).

Άλλοι παράγοντες για την εμφάνιση του αυτισμού αφορούν σε *βιοχημικά αίτια*. Με βάση έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί για τη συσχέτιση ανάμεσα στα βιοχημικά αίτια και τον αυτισμό έχει αποδειχθεί ότι τα παιδιά με αυτισμό εμφάνισαν διαταραχές στο μεταβολισμό ή το ενδοκρινικό τους σύστημα. Οι πιο γνωστές διαταραχές απ' αυτές είναι η «φαινυλοκετονουρία» που εμφανίζεται εξαιτίας της έλλειψης ενός ενζύμου στο ήπαρ καθώς και η μετατροπή της σε «τυροσίνη». Τα συμπτώματα της διαταραχής εμφανίζονται μετά τη γέννηση, ενώ αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα και δεν χορηγηθεί η κατάλληλη ιατροφαρμακευτική αγωγή έχει ως αποτέλεσμα τη νοητική ανεπάρκεια. Τα άτομα που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή εμφανίζουν ελλείμματα στον γνωστικό τομέα και έχουν συνδεθεί με την αυτιστική διαταραχή (Κυπριωτάκης, 2000).

Η «ιστιδιναιμία» αποτελεί και αυτή μια διαταραχή της ιστιδίνης που προκύπτει εξαιτίας της έλλειψης της ιστιδάσης, γεγονός που έχει συνδεθεί με το αυτιστικό σύνδρομο. Το ίδιο συμβαίνει και με τον υποθυρεοειδισμό, αφού μπορεί να προκαλέσει διαταραχή, η οποία σχετίζεται με τη νοητική ανεπάρκεια καθώς και την καθυστέρηση της σωματικής ανάπτυξης. Ωστόσο, μερικές έρευνες υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει άμεση σύνδεση ανάμεσα στη λειτουργία του θυρεοειδούς αδένος και την ύπαρξη του αυτισμού (Κρουσταλάκης, 2005).

Οι νευροδιαβιβαστές είναι ουσίες που σχετίζονται με τη μεταφορά μηνυμάτων ανάμεσα στα νεύρα. Οι διαταραχές που μπορεί να προκύψουν στη δράση των

νευροδιαβιβαστών είναι δυνατόν να επιφέρουν σοβαρές συνέπειες για τη λειτουργία του νευρικού συστήματος και να οδηγήσουν στην εμφάνιση ορισμένων νευρολογικών διαταραχών. Έχει αποδειχθεί, μέσα από έρευνες, ότι το αυτιστικό σύνδρομο σχετίζεται με την ποσότητα της σεροτονίνης στο αίμα, αφού τα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν ανωμαλία στην ποσότητά της. Ενδέχεται, δηλαδή, ο οργανισμός εξαιτίας των νευροδιαβιβαστών να μην μπορεί να λειτουργήσει φυσιολογικά και να οδηγήσει σε κάποια διαταραχή. Οι διαταραχές αυτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη συμπεριφορά του αυτιστικού ατόμου, αφού σχετίζονται με την προσοχή του και τη δυνατότητα λήψης και ανάλυσης των εξωτερικών πληροφοριών (Cook, 1997).

Οι ενδορφίνες, οι οποίες σχηματίζονται στον εγκέφαλο έχει διαφανεί ότι μπορεί να οφείλονται για τον αυτισμό, αφού μία αυξημένη ενέργεια της ενδορφίνης στον εγκέφαλο μπορεί να εξηγήσει το φαινόμενο του αυτοτραυματισμού στα παιδιά με αυτισμό. Επίσης, οι μονοαμίνες είναι χημικές ουσίες που έχουν συνδεθεί με τον αυτισμό, αφού σύμφωνα με σχετική έρευνα αποδείχθηκε ότι η διαταραχή σχετίζεται με την παρουσία της «νευροϊνωμάτωσης», η οποία εκδηλώνεται με ανωμαλίες στις περιοχές του εγκεφάλου, προκαλώντας διαταραχή στη μεταβίβαση των μηνυμάτων μέσω των συνάψεων (Frith, 1999).

Άλλα αίτια αφορούν *γενετικούς παράγοντες*. Νεότερες έρευνες επιβεβαιώνουν τη συσχέτιση της γενετικής προδιάθεσης και του αυτισμού, αφού η κληρονομικότητα αποτελεί ένα βασικό παράγοντα εμφάνισής του και οδηγεί σε μία προδιάθεση για εμφάνιση διαταραχών στο γνωστικό και γλωσσικό τομέα, χωρίς ωστόσο να είναι γνωστό ποιοι μηχανισμοί συμμετέχουν σε αυτή τη διαδικασία (Lennard and Brown, 2004).

Σχετικές μελέτες αναφέρουν ότι τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό μπορεί κι εκείνα να εμφανίσουν αυτισμό σε ένα ποσοστό περίπου 3%. Επίσης, στη περίπτωση των διδύμων το ποσοστό εμφάνισής του είναι στο 40-90% και για τα δύο αδέρφια. Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί πως μπορεί να εμφανίζεται και σε άλλα μέλη του οικογενειακού περιβάλλοντος. Ωστόσο, παρά τη σημαντικότητα των γενετικών παραγόντων στην αυτιστική διαταραχή, οι υπάρχουσες έρευνες δεν μπορούν να υποστηρίξουν επαρκώς ότι ο αυτισμός είναι αποτέλεσμα των γενετικών παραγόντων (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

Η αυτιστική διαταραχή έχει επίσης συσχετιστεί με *ψυχογενή αίτια*. Ο αυτισμός επηρεάζεται από διάφορες τραυματικές εμπειρίες είτε κατά την προγεννητική περίοδο

είτε κατά τους πρώτους μήνες ανάπτυξης του εμβρύου. Αυτές οι τραυματικές εμπειρίες μπορούν να επηρεάσουν την αναπτυξιακή πορεία του παιδιού με αυτισμό. Ωστόσο, τα ευρήματα τονίζουν ότι δεν είναι απόλυτο ότι οι τραυματικές εμπειρίες ευθύνονται για την εμφάνισή του (Κυπριωτάκης, 2000).

Συμπερασματικά, ο αυτισμός έχει συνδεθεί με διάφορα αίτια, όπως είναι οργανικά, γενετικά, βιοχημικά, κ.α. . Αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο, αφού δεν είναι μία η αιτία που ευθύνεται για τη διαταραχή του αυτισμού, αλλά είναι αποτέλεσμα πολλών και διαφόρων αιτιών. Οι περισσότεροι ερευνητές με βάση τα υπάρχοντα δεδομένα καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι ο αυτισμός οφείλεται σε πολλές αιτίες, ενώ οι σημαντικότερες σχετίζονται με τα οργανικά αίτια και τη γενετική προδιάθεση (Κυπριωτάκης, 2000).

#### **1.4. Διάγνωση του αυτισμού**

Η διάγνωση και η αξιολόγηση του αυτισμού είναι μια απαραίτητη και δύσκολη διαδικασία, αφού τα συμπτώματα και η αιτιολογία του διαφέρουν σε κάθε άτομο. Οι διαφορετικές διαγνωστικές μέθοδοι δείχνουν ότι τα άτομα με αυτισμό δεν έχουν κοινή «διαγνωστική ταυτότητα». Η σωστή και άμεση διαγνωστική διαδικασία συνεπάγεται τη σωστή και έγκαιρη παρέμβαση. Η διαγνωστική ακρίβεια είναι σημαντική για τους ειδικούς, προκειμένου τα άτομα με αυτισμό να βελτιώσουν τα συμπτώματα που παρουσιάζουν και να έχουν μια εξέλιξη. Επιπλέον, η διαγνωστική ακρίβεια, διευκολύνει τη συνεργασία των ειδικών επιστημόνων με τους εκπαιδευτικούς και τους άλλους φορείς που θα συμμετάσχουν στη διάγνωση και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων για την ομαλή ένταξη των παιδιών και εφήβων στο σχολικό και κοινωνικό περιβάλλον. Η διάγνωση αφορά, επίσης, τη συνεργασία των φορέων ψυχικής υγείας, των νομικών υπηρεσιών και των εκπαιδευτικών φορέων (LennardandBrown, 2004).

Σκοπός της διάγνωσης είναι να οδηγήσει σε μια πλήρη εικόνα για τα παιδιά με αυτισμό, προκειμένου να διαφανεί η σοβαρότητα της κατάστασής τους, των συμπτωμάτων τους καθώς και να βρεθεί ο τρόπος αντιμετώπισης τους. Τα παιδιά με αυτιστικές διαταραχές πρέπει να αντιμετωπίσουν τις ειδικές ανάγκες τους, προκειμένου να προσαρμοστούν ομαλά στα διάφορα περιβάλλοντα που βρίσκονται (Wicks-Nelson and Israel, 2003).

Η διάγνωση συμβάλλει στην κατανόηση των προβλημάτων, παρέχει βασικές οδηγίες στους εκπαιδευτικούς, γονείς και στους άλλους φορείς, που σχετίζονται με την κατάσταση του παιδιού, καθώς επίσης αναφέρει και τις σχετικές συνέπειες. Επιπλέον, προτείνει τρόπους για την υιοθέτηση των κατάλληλων εκπαιδευτικών στρατηγικών, προκειμένου τα παιδιά να μπορούν να βελτιώσουν τις σχολικές τους επιδόσεις (Νότας, 2005). Η έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση σε μικρή ηλικία είναι χρήσιμη, επειδή οδηγεί στην πρόωπη παρέμβαση και αυτή με τη σειρά της στη θεραπευτική αντιμετώπιση. Η έγκαιρη διάγνωση είναι σημαντική για το παιδί, το οικογενειακό του περιβάλλον και το σχολικό πλαίσιο. Η κατάλληλη παρέμβαση σε κάθε πλαίσιο οδηγεί τα παιδιά με αυτισμό να βελτιώνουν τις επιδόσεις τους στις γλωσσικές ικανότητες, στον τρόπο συμπεριφοράς τους, στην αναπτυξιακή τους πρόοδο και στον γνωστικό τομέα (Νότας, 2005).

Μέσα από τη διάγνωση είναι εφικτό να κατανοηθούν τα προβλήματα του παιδιού και να δοθούν βασικές οδηγίες στο οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον με σκοπό να υπάρξουν θετικά αποτελέσματα και να προταθούν τρόποι αποτελεσματικών παρεμβάσεων. Η έγκαιρη διάγνωση συμβάλλει στη μείωση του άγχους και στην παροχή υποστήριξης στο οικογενειακό περιβάλλον. Επίσης, η φροντίδα που δίνεται στο παιδί αφορά τη σωστή ιατρική και εκπαιδευτική προσέγγιση, η οποία οδηγεί στην κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση. Η δυνατότητα πρόωπης παρέμβασης συνδέεται με τις σωστές συμπεριφορικές προσεγγίσεις, οι οποίες παρέχουν σημαντικά αποτελέσματα στα αυτιστικά άτομα (Peeters, 2000).

Τα πρώτα συμπτώματα του αυτισμού διαφαίνονται ήδη από τη βρεφική ηλικία, αφού από τον πρώτο χρόνο της ζωής του βρέφους υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις που κάνουν τους γονείς να υποψιάζονται ότι τα παιδιά δεν αναπτύσσονται ομαλά. Η βασική ανησυχία των γονέων σχετίζεται με την καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου, με αποτέλεσμα το παιδί να παραπέμπεται σε κάποια ειδική ομάδα **Error! Reference source not found.**

Η διάγνωση δεν είναι μια εύκολη διαδικασία, αφού δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσα από εργαστηριακές ή αιματολογικές εξετάσεις. Οι εργαστηριακές εξετάσεις ωστόσο βοηθούν στον αποκλεισμό άλλων διαταραχών που μπορεί να συνυπάρχουν με την αυτιστική διαταραχή. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι απόψεις των ειδικών δίστανται κυρίως για τη συννοσηρότητα της διαταραχής (Γκονέλα, 2006).

Για τη διάγνωση είναι σημαντική η παρατήρηση της συμπεριφοράς καθώς και το ιστορικό του παιδιού. Συγκεκριμένα, όσοι ασχολούνται με τη διαγνωστική διαδικασία θα πρέπει να επικεντρώνονται σε συγκεκριμένα σημεία των διαταραχών αλλά και της στερεοτυπικής συμπεριφοράς. Επίσης, υπάρχει η πιθανότητα ο αυτισμός να εμφανίζει συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές, γι' αυτό η διάγνωση θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτική. Οι ειδικοί θα πρέπει να παρατηρούν, να ακολουθούν συγκεκριμένες διαδικασίες, να συντάσσουν ιστορικό και να ενημερώνουν το περιβάλλον του παιδιού. Επίσης, οι ειδικοί εκτός από τις αδυναμίες των παιδιών με αυτισμό, θα πρέπει να τονίσουν και τις ικανότητές τους (Νότας, 2005).

Η σωστή διάγνωση σχετίζεται με τη διαπίστωση ότι τα παιδιά δεν έχουν την τυπική ανάπτυξη και βασίζεται σε ένα αναπτυξιακό ιστορικό καθώς και στην κατάλληλη κλινική παρατήρηση, που μπορεί να πραγματοποιηθεί από έναν έμπειρο κλινικό, αλλά χρειάζεται κάποιο σταθμισμένο εργαλείο. Όσο νωρίτερα πραγματοποιηθεί μία διάγνωση τόσο περισσότερο θα αντιμετωπιστούν οι αρνητικές επιδράσεις στο παιδί καθώς και στο οικογενειακό του περιβάλλον (Noesi, 2009).

Επιπλέον, είναι σημαντικό για την οικογένεια να έχει την υποστήριξη των ειδικών, ώστε να μπορέσει να μειώσει το άγχος που αντιμετωπίζει και να διαχειριστεί την προβληματική συμπεριφορά του παιδιού, προκειμένου να μην υπάρξουν ανεπιθύμητες συμπεριφορές και το παιδί να μπορέσει να ελέγχει τις αντιδράσεις του. Η έγκαιρη διάγνωση θεωρείται επείγουσα, αφού υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι όσο πιο γρήγορα πραγματοποιηθεί στο εκπαιδευτικό πλαίσιο τόσο περισσότερα θα είναι τα θετικά αποτελέσματα (Νότας, 2005).

Οι σταθμισμένες κλίμακες αξιολόγησης που υπάρχουν καθιστούν δυνατή την ανίχνευση του αυτισμού από την ηλικία των 18 μηνών περίπου (Noesi, 2009). Η διαδικασία, εκτός από τις τυπικές δοκιμασίες, περιλαμβάνει και άτυπες, που βασίζονται στα ελλείμματα αλλά και τις ικανότητες του ατόμου. Το εκπαιδευτικό σχέδιο πρέπει να είναι εξατομικευμένο με δραστηριότητες που έχουν ένα συγκεκριμένο στόχο. Η αξιολόγηση πρέπει να επαναλαμβάνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα, ώστε να πιστοποιείται η πορεία του παιδιού, τα αποτελέσματα της παρέμβασης και να αναπροσαρμόζεται σύμφωνα με τις ανάγκες του (Φρανσίς, 2007).

Ορισμένα βασικά σημάδια σχετίζονται με τη διαδικασία διάγνωσης του αυτισμού, όπως είναι η έλλειψη βλεμματικής επαφής, η μη ανταπόδοση χαμόγελου, η έλλειψη χαιρετισμού, η ένδειξη ότι άλλοτε δεν ακούει και άλλοτε ενοχλείται από

ήχους, η μη ανταπόκριση του ονόματός του, η καθυστέρηση στο λόγο, η μοναχικότητά του, η απουσία ενδιαφέροντος για τους γύρω του, οι επαναλαμβανόμενες και ασυνήθιστες κινήσεις, η ασχολία μόνο με ένα συγκεκριμένο αντικείμενο, η υπερκινητικότητα καθώς και η περίεργη κίνηση των χεριών και των δαχτύλων του (Γκονέλα, 2006).

Σύμφωνα με τον Delion (2000), ορισμένα χαρακτηριστικά τα οποία εκδηλώνονται ήδη από τη βρεφική ηλικία, όπως η έλλειψη βλεμματικής επαφής ή ο στραβισμός, οι διαταραχές στην κινητική ανάπτυξη, η απουσία δειξίματος, οι διαταραχές στον ύπνο, οι μειωμένοι φωνητικοί ήχοι, η υπερβολική ηρεμία ή η υπερβολική διέγερση, η αδιαφορία απέναντι σε ήχους αλλά και η αδυναμία ηρεμίας στην αγκαλιά της μητέρας, μπορούν να θεωρηθούν πρώιμα χαρακτηριστικά του αυτισμού **Error! Reference source not found.**

Τα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται για το φάσμα του αυτισμού περιγράφονται στο DSM («Diagnostic and Statistical Manual») της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Ένωσης (APA) και το ICD («International Classification of Diseases») του Διεθνούς Οργανισμού Υγείας (WTO). Η τρέχουσα έκδοση για το ICD είναι η ICD-10, ενώ για το DSM είναι η DSM-V. Τα κριτήρια παρά τις διαφορές τους έχουν παρόμοια συνολική διαγνωστική προσέγγιση. Για τα άτομα που ανήκουν στο αυτιστικό φάσμα αναφέρουν: 1. *δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση*, 2. *δυσκολίες στον τομέα της επικοινωνίας*, 3. *στερεοτυπικές και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές* (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

Σύμφωνα με το ICD-10, τα διαγνωστικά κριτήρια αναφέρουν α) *παρουσία καθυστέρησης στην ανάπτυξη*, β) *εξασθένιση στον τομέα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης*, γ) *εξασθένιση στην επικοινωνία*, δ) *περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα και στερεότυπα μοντέλα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων* (Lohr and Tanguay, 2013).

Σύμφωνα με το DSM-V, ο όρος για τον αυτισμό είναι η «*Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος*» (ΔΑΦ) και τα συμπτώματα που αναφέρονται στο DSM-V χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες. Αυτές αφορούν το *επίπεδο 1*, το οποίο περιλαμβάνει τα άτομα με ανάγκη ιδιαίτερης ενισχυμένης υποστήριξης, το *επίπεδο 2*, που αφορά την ενισχυμένη υποστήριξη σε κάποιες βασικές δυσκολίες και το *επίπεδο 3*, το οποίο σχετίζεται με την ανάγκη υποστήριξης σε ορισμένες δυσκολίες (Lohr and Tanguay, 2013).

## 1.5. Διαφορική διάγνωση

Μέσα από έρευνες έχει διαφανεί πως ο αυτισμός μπορεί να συνυπάρχει με άλλες αναπτυξιακές διαταραχές. Η σωστή διάγνωση συνεπάγεται ότι έχει βελτιωθεί η γνώση που αφορά στην κλινική εικόνα των ατόμων και έχουν υπάρξει βασικά διαγνωστικά κριτήρια που μπορούν να ανιχνεύσουν τη διαταραχή (Συριοπούλου-Δελή και Κασίμος, 2013).

Ωστόσο, ορισμένα από τα συμπτώματα του αυτισμού, όπως είναι η καθυστέρηση στον γλωσσικό τομέα, τα γνωστικά ελλείμματα και η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μπορεί να αφορούν και άλλες διαταραχές. Η βασική ουσία στη διαφορική διάγνωση του αυτισμού αφορά την ανίχνευση των άλλων διαταραχών που μπορεί να συνυπάρχουν με αυτόν (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

Για παράδειγμα, ο αυτισμός εμφανίζει πολλές ομοιότητες με τη νοητική υστέρηση και αποτελεί μια δύσκολη διαδικασία ο διαχωρισμός τους. Η διαφορική διάγνωση είναι μεγάλης σημασίας για την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση. Όσον αφορά τη συγκεκριμένη διαταραχή, επειδή υπάρχουν πολλές διαδικασίες, πολλοί θεραπευτές καθώς και αρκετοί ειδικοί που εμπλέκονται στη διαδικασία, τα αποτελέσματα συχνά εμπλέκονται και οδηγούν σε λανθασμένη παρέμβαση. Έτσι, με αυτό τον τρόπο, αν η διάγνωση δεν είναι σωστή, το παιδί μπορεί να εγκλωβιστεί σε ένα λανθασμένο πλαίσιο και να περιοριστούν οι ικανότητές του (Baird, et al., 2001).

Επίσης, η οικογένεια μπορεί να έχει προβλήματα εξαιτίας της μη κατάλληλης παρέμβασης. Οι γονείς αποκτούν άγχος και ανησυχία για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της διαταραχής. Επιπλέον, μπορεί να νιώσουν θυμό αφού αναγκάζονται να αλλάξουν τη ζωή τους με βάση αυτή τη διάγνωση. Σε αρκετές μελέτες έχει αναφερθεί ότι μια λανθασμένη διάγνωση μπορεί να συνεχιστεί για αρκετά χρόνια, ενώ πολλές φορές οδηγεί σε αρνητικές συνέπειες για το οικογενειακό πλαίσιο (Howlin and Moore, 1997; Midence and Neill, 1999; Quine and Rutter, 1994). Η πορεία της ζωής του παιδιού μπορεί να επηρεαστεί σημαντικά από μια λανθασμένη διάγνωση, αφού πρέπει να προσαρμοστεί σε συνθήκες που δεν θα βοηθήσουν την εξέλιξή του, αλλά αντίθετα θα τη δυσκολέψουν, όπως είναι ένα λανθασμένο παρεμβατικό πλαίσιο (Clements and Zarkowska, 2000).

Ο καθορισμός του κατάλληλου θεραπευτικού προγράμματος ειδικά κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού είναι δυνατόν να συμβάλλει στη μείωση των

συμπτωμάτων ή ακόμη και στην αντιμετώπιση των επακόλουθων προβλημάτων που δημιουργούνται (Clements and Zarkowska, 2000).

## **1.6. Θεραπεία και θεραπευτικές πρακτικές**

Η θεραπεία του αυτισμού έχει προκαλέσει μεγάλο ενδιαφέρον στους ερευνητές και τους επιστήμονες, αφού η διατύπωση και η εγκυρότητα των απόψεων για μεγάλο χρονικό διάστημα παρουσίαζε διαφορές, με αποτέλεσμα να μην ήταν εφικτή η εφαρμογή κοινών πρακτικών αντιμετώπισης (Dawson and Osterling 1996).

Η συστηματική έρευνα που σχετίζεται με την επιλογή της θεραπείας του αυτισμού επηρέασε τις θεραπευτικές πρακτικές. Η θεραπεία μπορεί να στηρίζεται στις θεωρίες της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας, στην ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων, στην κοινωνική κατανόηση, στην ενίσχυση των κινήτρων καθώς και στον έλεγχο των δυσλειτουργικών συμπεριφορών. Τα προγράμματα που σχετίζονται με την πρόιμη παρέμβαση είναι καθοριστικά για την εξέλιξη των παιδιών με αυτισμό και έχουν στόχο τις συμπεριφορικές προσεγγίσεις, την ειδική εκπαίδευση, την ψυχοεκπαίδευση, τη συμβουλευτική και σε ορισμένες περιπτώσεις τη φαρμακοθεραπεία (Παπαγεωργίου, 2012).

Η παρέμβαση με στόχο τη θεραπεία έχει σκοπό να προετοιμάσει το αυτιστικό άτομο ώστε να μπορεί να συμμετέχει στην κοινωνία, να έχει ενεργό ρόλο στο οικογενειακό περιβάλλον, να είναι ανεξάρτητο και παραγωγικό καθώς και να μπορεί να κατανοεί τις δυνατότητες και τις δυσκολίες του, ώστε να γνωρίζει την εξέλιξή του. Μία θεραπευτική προσέγγιση είναι αποτελεσματική μόνο όταν είναι εξατομικευμένη, δηλαδή, όταν είναι ανάλογη της ηλικίας και του αναπτυξιακού επιπέδου του παιδιού, όταν σχετίζεται με τις δυσκολίες που έχει, με την ανάπτυξη και την προσαρμογή του καθώς και όταν αφορά το οικογενειακό περιβάλλον, αφού είναι ο χώρος που το παιδί μεγαλώνει και αναπτύσσεται (Γενά, 2002).

Παρ' όλα αυτά, ο αυτισμός δεν διαγιγνώσκεται προγεννητικά και δεν μπορεί να θεραπευθεί επαρκώς, αλλά μπορεί να βελτιωθούν τα συμπτώματά του. Οι τρόποι αντιμετώπισης σχετίζονται με τις εκπαιδευτικές μεθόδους και τις ψυχοθεραπείες υποστήριξης, ώστε τόσο το παιδί όσο και η οικογένειά του να προσαρμοστούν στο νέο πλαίσιο, για να μπορέσουν να αναπτύξουν τις κατάλληλες ικανότητες που θα βοηθήσουν την εξέλιξή του (Γενά, 2002).

Οι διαταραχές του αυτιστικού φάσματος είναι χρονιές, γι' αυτό χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια, αφού το άτομο αναπτύσσεται συνεχώς. Σχετικά με τη θεραπευτική προσέγγιση, το πλαίσιο πρέπει να πραγματοποιείται τόσο στην οικογένεια όσο και το σχολείο. Ειδικά στις μικρές ηλικίες, η θεραπεία σχετίζεται με την προώθηση της επικοινωνίας στην εκπαίδευση του παιδιού καθώς και με τη συμβουλευτική των γονέων, ενώ σε μεγαλύτερες ηλικίες η εκπαίδευση πρέπει να επικεντρώνεται σε κοινωνικές δεξιότητες καθώς και να αντιμετωπίζονται τα αρνητικά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Οι έγκαιρες παρεμβάσεις στο συμπεριφορικό γνωστικό τομέα μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά με αυτισμό να αποκτήσουν ικανότητες κοινωνικής αλληλεπίδρασης και επικοινωνίας (Καραβία, 2008).

Τα παιδιά με αυτισμό μπορούν να ζήσουν ως ένα βαθμό ανεξάρτητα, αν η περίπτωση τους είναι ελαφριάς μορφής. Ωστόσο, στις βαριές περιπτώσεις κάτι τέτοιο δεν είναι εφικτό, αφού ανεξάρτητα από τη θεραπεία δεν μπορούν να μείνουν χωρίς υποστήριξη και έλεγχο (Καραβία, 2008).

Για πολλούς ερευνητές αφορά σε ένα αινιγματικό σύνδρομο, αφού είναι σύνθετο και βασίζεται σε πολλές αιτίες, ενώ δεν υπάρχει μία μόνο θεραπεία. Γι' αυτό είναι σημαντικό να αποδειχθεί ότι μία μέθοδος μπορεί να οδηγήσει σε οφέλη, ενώ μία άλλη μπορεί να χαρακτηριστεί ως ακατάλληλη. Η σωστή επιλογή της σχετίζεται με την κλινική εικόνα του παιδιού και η επιτυχία της εξαρτάται από την επιλογή της εφαρμογής της, την εμπειρία του θεραπευτή και τη χρονική στιγμή που εφαρμόζεται (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

Μέσα από το θεραπευτικό πλάνο θα πρέπει να αντιμετωπιστούν όλες οι παθολογικές εκδηλώσεις, με σκοπό να αναγνωριστεί το πρόβλημα και να γίνει αποδεκτό. Στη συνέχεια, το παιδί με αυτισμό πρέπει να μάθει να κατανοεί τις δυσκολίες και το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται μέσα από τις θεραπευτικές μεθόδους που αφορούν την αποκατάσταση των διαταραχών αντίληψης καθώς και την ανάπτυξη ικανοτήτων, ώστε να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του περιβάλλοντός του και να προσαρμόζεται σε αυτό ομαλά (Συριοπούλου-Δελη και Κασίμος, 2013).

Συμπερασματικά, η εξέλιξη του αυτισμού είναι καλύτερη όταν η διάγνωση γίνεται έγκαιρα και η παρέμβαση πραγματοποιηθεί σε πρώιμο στάδιο. Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις είναι σημαντικές για την εξέλιξη των παιδιών καθώς και τη συμμετοχή των γονέων. Υπάρχουν κάποιες περιπτώσεις που ορισμένα παιδιά με αυτισμό, στα οποία πραγματοποιήθηκε η πρώιμη παρέμβαση, δεν έχουν διαφορές από τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά. Ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων με αυτισμό

βελτιώνεται όσον αφορά τον τομέα των συμπεριφορικών χαρακτηριστικών, των εκπαιδευτικών ικανοτήτων και των κοινωνικών δεξιοτήτων. Ειδικά τα άτομα με αυτισμό υψηλής νοημοσύνης και λειτουργικότητας μπορούν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα και να κατέχουν σημαντική θέση στο κοινωνικό σύνολο (Νότας, 2005).

Οι στόχοι της θεραπευτικής αγωγής επικεντρώνονται στους εξής:

- Προώθηση των κοινωνικών δεξιοτήτων και επικοινωνίας μεταβάλλοντας τα περιβάλλοντα μέσα στα οποία το άτομο αναπτύσσεται
- Ανάπτυξη προσαρμοστικών δεξιοτήτων και εξάσκηση γνωσιακών λειτουργιών
- Αντιμέτωπιση των συναισθηματικών προβλημάτων
- Υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος από τους επαγγελματίες και ειδικούς επιστήμονες
- Προώθηση των ειδικών δεξιοτήτων και των ικανοτήτων του ατόμου με αυτισμό (Καλύβα, 2005).

Η επιλογή της μεθόδου θεραπείας καθορίζεται από την κλινική εικόνα του ατόμου και τη σοβαρότητα της κατάστασής του, τις αδυναμίες του αλλά και τις ικανότητές του. Η επιτυχία της θεραπείας σχετίζεται με τη σωστή επιλογή της μεθόδου, την εφαρμογή της, τον θεραπευτή και τη χρονική στιγμή της παρέμβασης (Καλύβα, 2005).

Τα μέσα της θεραπευτικής αγωγής χωρίζονται στα:

- Εκπαιδευτικές υπηρεσίες και προγράμματα
- Υπηρεσίες φροντίδας, ειδικής αγωγής, δομές διαμονής, ειδικά κέντρα κ.α.
- Μέθοδοι – πρακτικές εκπαίδευσης
- Οικογενειακή Υποστήριξη
- Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις
- Συμβουλευτική
- Φαρμακευτική Αγωγή
- Εναλλακτικές ψυχολογικές θεραπευτικές παρεμβάσεις

Τα άτομα με αυτισμό είναι εφικτό να συμμετάσχουν σε εξειδικευμένα εκπαιδευτικά προγράμματα, αν δημιουργούνται με βάση τις ανάγκες τους και σε σχέση με το ατομικό τους προφίλ. Η διαθεσιμότητα των βασικότερων υπηρεσιών που αφορούν την αντιμετώπιση του αυτισμού και την προσαρμογή του ατόμου στο κοινωνικό πλαίσιο οδηγούν σε μια ποιοτική ζωή με αξιοπρέπεια. Είναι ένας

συνδυασμός από πρακτικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις, που αφορά στις ανάγκες του κάθε ατόμου και δημιουργεί ευεργετικά αποτελέσματα (Καλύβα, 2005).

Τα παιδιά με αυτισμό εξαιτίας των διαταραχών του συνδρόμου τους χρειάζονται εντατική υποστηρικτική παρέμβαση στο οικογενειακό, εκπαιδευτικό και κοινωνικό πλαίσιο. Σύμφωνα με τους Dawson και Osterling (1996) τα προγράμματα πρώιμης παρέμβασης αφορούν:

- Στην παρέμβαση που επικεντρώνεται στο φάσμα των αυτιστικών συμπεριφορών
- Στις ειδικές τεχνικές για την καλλιέργεια των δεξιοτήτων που σχετίζονται με τα διάφορα πλαίσια που βρίσκεται το παιδί
- Στο εκπαιδευτικό περιβάλλον και το καθημερινό πρόγραμμα το οποίο πρέπει να είναι απόλυτα προβλέψιμο για τα παιδιά
- Στη συμμετοχή των γονέων στο ρόλο της θεραπείας
- Στην έμφαση στην ανάπτυξη των ικανοτήτων, που είναι απαραίτητες για την ένταξη του παιδιού στο σχολικό περιβάλλον

### **1.6.1. Το θεραπευτικό σχέδιο**

Ένα σωστό θεραπευτικό σχέδιο πρέπει να περιλαμβάνει όλα τα εμπλεκόμενα μέλη που σχετίζονται με τη διαδικασία της θεραπείας, προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι. Έτσι, σε αυτό πρέπει να συμμετέχουν οι γονείς, τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, οι εκπαιδευτικοί και οι ειδικοί ψυχικής υγείας. Οι στόχοι πρέπει να περιγράφονται με σαφή τρόπο και να επιλέγονται για την επίτευξή τους με συγκεκριμένες προτεραιότητες, οι οποίες πρέπει να ιεραρχούνται. Επίσης, πρέπει να υπάρχει ισορροπία ανάμεσα στο άτομο με αυτισμό και τα μέλη της οικογένειας, ενώ πρέπει να περιλαμβάνει τρόπους, ώστε να ελέγχεται η πορεία της ανάπτυξης του παιδιού στα διαφορετικά πλαίσια λειτουργίας και αποτελεσματικότητάς του (Lennard and Brown, 2004).

Τέλος, πρέπει να υπάρχουν τακτικές συνεδρίες αξιολόγησης, προκειμένου το θεραπευτικό σχέδιο συνεχώς να διορθώνεται και να εξελίσσεται ανάλογα με τις ανάγκες του ατόμου με αυτισμό. Κατά τη διάρκεια της σχολικής ηλικίας, το σχέδιο παρέμβασης πρέπει να περιλαμβάνει ένα κατάλληλο αναλυτικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα που θα προσαρμόζεται στις ανάγκες του συγκεκριμένου ατόμου καθώς οι

μαθητές με αυτισμό διαφέρουν μεταξύ τους και δεν έχουν όλοι τις ίδιες δυνατότητες και αδυναμίες. Για κάθε άτομο θα πρέπει να υπάρχει ισορροπία με βάση τις συνήθειές του. Στο εκπαιδευτικό πλαίσιο θα πρέπει να περιλαμβάνεται η διδασκαλία με οπτικά μέσα, η χρήση της τεχνολογίας, η δόμηση συγκεκριμένου χρόνου και περιβάλλοντος, η συμμετοχή του παιδιού στην αναπτυξιακή διαδικασία με ενεργό τρόπο, η εκπαίδευση μέσω ομαδικών δραστηριοτήτων που θα βοηθούν την προσαρμογή του παιδιού με αυτισμό, το κατάλληλο εκπαιδευτικό υλικό καθώς και οι ομαδοσυνεργατικές δραστηριότητες, με σκοπό το παιδί να έρχεται σε επαφή με τους συμμαθητές του (Καλύβα, 2005).

Κατά τη διάρκεια της εφηβικής φάσης το θεραπευτικό πλάνο θα πρέπει να βασίζεται στη χρονολογική ηλικία του παιδιού και να εξασφαλίζεται μέσα από μία σειρά υπηρεσιών στις οποίες τα άτομα με αυτισμό μπορούν να έχουν πρόσβαση, ώστε να έχουν τα καλύτερα αποτελέσματα για την εξέλιξή τους. Συγκεκριμένα, θα πρέπει να υπάρχει υποστήριξη για την περίθαλψή τους, κατάλληλη ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση, δυνατότητα πρόσβασης σε κέντρα ημερήσιας απασχόλησης καθώς και σε υπηρεσίες ή φορείς που σχετίζονται με τη συναισθηματική τους θεραπεία. Στη συνέχεια, είναι σημαντική η εκπαίδευση που θα λάβουν, ώστε να είναι εφικτή η προσαρμογή τους στην κοινωνική ζωή, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις συνιστάται και η επαγγελματική τους απασχόληση (Καλύβα, 2005).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ**

### **2.1. Ορισμός της ΔΕΠ-Υ**

Η «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής ή/και Υπερκινητικότητας» (ΔΕΠ-Υ) αποτελεί μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή που αναφέρεται ως χρόνια και εμφανίζεται στην παιδική ηλικία με συνέχεια όμως στην ενήλικη ζωή των ατόμων (Faraone, et al., 2015; Simon, et al., 2009).

Τα συμπτώματα της διαταραχής αφορούν την απροσεξία, την παρορμητικότητα και την υπερκινητικότητα, ενώ ο βαθμός εμφάνισής τους δεν συμφωνεί με την ηλικία του ατόμου. Συνεπώς, τα παιδιά δυσκολεύονται να είναι επικεντρωμένα ή να διατηρήσουν την προσοχή τους σε μία συγκεκριμένη δραστηριότητα καθώς επίσης παρουσιάζουν και προβλήματα στον τρόπο συμπεριφοράς τους (Simon et al., 2009).

Με βάση το «Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών» (DSM-5) η ΔΕΠ-Υ ανήκει στις νευροαναπτυξιακές διαταραχές και περιγράφεται ως ένα «μοτίβο» που εμμένει, αφού τα συμπτώματα απροσεξίας, παρόρμησης και υπερκινητικότητας επηρεάζουν την εξέλιξη του ατόμου και την ανάπτυξή του. Με βάση το DSM-5, η ΔΕΠ-Υ κατηγοριοποιείται σε διάφορες ομάδες ανάλογα με τα συμπτώματα. Η πρώτη ομάδα αφορά την απροσεξία, η δεύτερη την παρορμητικότητα-υπερκινητικότητα και η τρίτη και τα δύο, που αποτελεί έναν συνδυασμένο τύπο. Τα περισσότερα άτομα εμφανίζουν, ως επί το πλείστον, τον συνδυασμένο τύπο (Simon et al., 2009).

Επίσης, στο DSM-5 τονίζεται ότι η διάγνωση για να ισχύει, πρέπει το παιδί να εμφανίζει συμπτώματα σε δύο τουλάχιστον πλαίσια καθώς και οι πληροφορίες να συλλέγονται από τους ανθρώπους που βρίσκονται κοντά στο παιδί με ΔΕΠ-Υ. Η διάγνωση πραγματοποιείται με βάση την κλινική εικόνα που εμφανίζει το παιδί κατά την αξιολογητική διαδικασία (American Psychiatric Association, 2013; Καλύβα, 2005).

Ο ορισμός της ΔΕΠ-Υ καθιερώθηκε στην 4η έκδοση του «Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας», που εκδόθηκε το 2000. Παρ' όλα αυτά, η πρώτη προσέγγιση δόθηκε από

τον επιστήμονα Still, το 1902, ο οποίος μετά από εξέταση παιδιών με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, αναφέρθηκε σε ορισμένα βασικά στοιχεία της διαταραχής, όπως είναι η υπερκινητικότητα, οι δυσκολίες της συγκέντρωσης προσοχής και η παρορμητικότητα. Με βάση τη μελέτη του, οι δυσκολίες σχετίζονταν με έλλειμμα στον έλεγχο της συμπεριφοράς. Συνεπώς, συνέδεσε τη διαταραχή με κάποια εγκεφαλική βλάβη που αφορά στην αποκλίνουσα συμπεριφορά. Ωστόσο, το προφίλ της ΔΕΠ-Υ άλλαξε μέχρι να φτάσει στα σημερινά δεδομένα **Error! Reference source not found..**

Το 1957, σχετική έρευνα ανέφερε ότι τα παιδιά με προβλήματα υπερκινητικότητας έχουν πρόβλημα στο κεντρικό νευρικό σύστημα και έκανε λόγο για «υπερκινητική» διαταραχή **Error! Reference source not found..** Μετέπειτα, με βάση αυτόν τον όρο δημιουργήθηκε στο DSM-II ο όρος «Υπερκινητική Αντίδραση στην Παιδική Ηλικία» για να περιγράψει τη ΔΕΠ-Υ. Στην 3η έκδοση (DSM- III) η διαταραχή χαρακτηρίστηκε ως «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα», με βασικό χαρακτηριστικό την ελλειμματική προσοχή και όχι την υπερκινητικότητα (American Psychiatric Association, 1968). Στην 4η έκδοση του DSM- IV η «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής ή/και Υπερκινητικότητας» (ΔΕΠ-Υ) αποτέλεσε κατηγορία της «Ελλειμματικής Προσοχής και Διασπαστικής συμπεριφοράς» (American Psychiatric Association, 1994). Στην 5η έκδοση του DSM – V, το 2013, η ΔΕΠ-Υ αντικατέστησε τους προηγούμενους όρους και θεωρήθηκε μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή με τα συμπτώματα που έχουν αναφερθεί μέχρι σήμερα (American Psychiatric Association, 2013).

## **2.2. Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ**

Τα βασικά συμπτώματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι η ελλειμματική προσοχή, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα. Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζουν διαφορές ως προς τον βαθμό και τη συχνότητά τους. Συνεπώς, τα παιδιά μπορεί να εμφανίσουν διαφορετικές συμπεριφορές, προβλήματα λειτουργικότητας και δυσκολίες στην ανάπτυξή τους (Buitelaar et al., 2011).

Τα παιδιά διασπώνται συχνά από τις δραστηριότητες που αναλαμβάνουν ή δεν μπορούν να τις ολοκληρώσουν. Επίσης, δεν μπορούν να δουν τις λεπτομέρειες στις δραστηριότητες που αναλαμβάνουν και δείχνουν να «τεμπελιάζουν». Επιπλέον, έχουν

δυσκολίες στο να επικεντρωθούν σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο καθώς δεν έχουν καλή οργάνωση. Δεν έχουν ενδιαφέρον για ένα συγκεκριμένο στόχο, βαριούνται εύκολα και προτιμούν να συμμετέχουν μόνο σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες (Buitelaar et al., 2011).

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν μπορούν εύκολα να διδαχθούν νέες γνώσεις και δυσκολεύονται να οργανώσουν τη σκέψη τους και να εστιάσουν την προσοχή τους σε κάποια συγκεκριμένη δραστηριότητα. Γι' αυτό τον λόγο, συχνά αφήνουν τις ασκήσεις τους ανολοκλήρωτες, ενώ συγχέουν ή ξεχνούν τις υποχρεώσεις τους. Επιπλέον, φαίνεται ότι δεν δίνουν σημασία όταν κάποιος τους μιλάει και τους εξηγεί, ενώ δυσκολεύονται να ακολουθήσουν κάποιους κανόνες, όπως το να είναι συνεπείς, αφού συνήθως χάνουν την αίσθηση του χρόνου και δεν μπορούν να υπολογίσουν την ώρα (Βλάχος και συν., 2008).

Όσα παιδιά έχουν υπερκινητικότητα την εκδηλώνουν μέσα από νευρικές κινήσεις, τρέχουν και μιλούν χωρίς σταματημό. Επιπλέον, εμφανίζουν μεγάλη περιέργεια για τον κόσμο γύρω τους, ενώ θέλουν να εξερευνήσουν τα πάντα. Στο σχολικό περιβάλλον δυσκολεύονται κατά τη διάρκεια του μαθήματος να καθίσουν στη θέση τους, κοιτάνε συνεχώς την ώρα, κάνουν φασαρία, πετάγονται χωρίς να τους δοθεί ο λόγος και ενοχλούν τους συμμαθητές τους. Δεν παίρνουν μέρος σε δραστηριότητες που απαιτούν υπομονή και ησυχία, καθώς πρέπει να καθίσουν φρόνιμα και δεν μπορούν (Βλάχος και συν., 2008).

Τέλος, η παρορμητικότητα εμφανίζεται μέσα από τη δυσκολία τους να ελέγξουν τις παρορμητικές τους συμπεριφορές, την ανυπομονησία τους, τις πράξεις τους καθώς και τις συνέπειες των όσων λένε και κάνουν, αφού δεν έχουν μέτρο και φαίνεται να έχουν άγνοια κινδύνου. Επιπροσθέτως, αρκετά συχνά είναι εφικτό να προσβάλλουν κάποιον με απρεπή σχόλια, χωρίς να το θέλουν, ενώ, επίσης, διακόπτουν συνέχεια τους συνομιλητές τους, παρεμβαίνοντας σε συζητήσεις χωρίς να είναι η σειρά τους να μιλήσουν (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

Οι συμπεριφορές αυτές σχετίζονται με την ανάπτυξη και εξέλιξη των παιδιών, αφού επηρεάζουν τη λειτουργικότητά τους, τις επιδόσεις τους στο σχολείο καθώς και τις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις. Παρ' όλα αυτά, η αναγνώριση της ΔΕΠ-Υ δεν είναι πάντα εύκολη, αφού πολλές φορές χαρακτηρίζονται ως «άτακτα» παιδιά. Γι' αυτό τον λόγο, η διάγνωσή της θα πρέπει να γίνεται από τους ειδικούς με βάση συγκεκριμένες προδιαγραφές, προκειμένου να αντιμετωπίζεται έγκαιρα (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

### **2.3. Επιδημιολογία της ΔΕΠ-Υ**

Η επιδημιολογία της διαταραχής σχετίζεται με τη συχνότητα εμφάνισής της. Η σημασία της όπως και τα συμπτώματά της έχουν αλλάξει μέσα στα χρόνια, με αποτέλεσμα οι ερευνητές να έχουν δυσκολευτεί στη μελέτη της. Οι περισσότεροι συμφωνούν ότι η συχνότητά της στα παιδιά είναι από 3% έως 5%, ενώ στους ενήλικες είναι 2,5% έως 4,9%. Η συχνότητά της διαφέρει ανάλογα με τον τρόπο που ο ειδικός επιλέγει να κάνει τη μέτρηση, το δείγμα που θα χρησιμοποιήσει για την έρευνά του αλλά και τις απόψεις του οικογενειακού περιβάλλοντος, των εκπαιδευτικών και των ειδικών (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012).

Η ΔΕΠ-Υ είναι πιο συχνή στα αγόρια παρά στα κορίτσια, αφού όπως αναφέρουν και έρευνες τα αγόρια έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα, η αναλογία προσδιορίζεται στο 4:1 εις βάρος των αγοριών. Τα αγόρια εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό ΔΕΠ-Υ, αφού έχουν μεγαλύτερη τάση να εκδηλώνουν αντικοινωνικές ή επιθετικές συμπεριφορές σε σχέση με τα κορίτσια. Επιπλέον, τα κορίτσια που εμφανίζουν ΔΕΠ-Υ δεν έχουν τόσα συμπεριφορικά προβλήματα, ενώ τα συμπτώματα που εκδηλώνουν σχετίζονται περισσότερο με τη μάθηση, την επικοινωνία και το άγχος, παρά τις επιθετικές συμπεριφορές (Τρίγκα-Μερτίκα, 2005).

Η ΔΕΠ-Υ είναι μία διαταραχή με υψηλή συχνότητα εμφάνισης στα παιδιά, αφού αποτελεί το 50% του πληθυσμού των παιδιών με διαταραχές. Συνοδεύει τα άτομα σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους και τα δυσκολεύει σε όλες τις φάσεις τους, αφού αλλάζει την πορεία της εξέλιξής τους και τη λειτουργικότητά τους (Πεχλιβανίδης και συν., 2012).

### **2.4. Αίτια και παθογένεια της ΔΕΠ-Υ**

Η ΔΕΠ-Υ δεν αφορά μία συγκεκριμένη αιτία και δεν οφείλεται σε κάποιον συγκεκριμένο παράγοντα για την εμφάνισή της. Η αιτιολογία της αποτελεί μία δύσκολη διαδικασία, αφού σχετίζεται με γενετικούς, βιολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Αυτοί οι παράγοντες αφορούν σε πιθανά ελλείμματα που οδηγούν στην εμφάνισή της. Οι παράγοντες που έχουν επικεντρωθεί οι έρευνες είναι κυρίως οι νευροψυχολογικοί, αφού έχει διαφανεί ότι συνδέονται σε μεγάλο

βαθμό με την εμφάνιση της διαταραχής. Συγκεκριμένα, αυτοί οι παράγοντες αφορούν τον ανασταλτικό έλεγχο, τη μνήμη εργασίας, την αυτορρύθμιση και την αντίληψη του χρόνου (Nikolas and Nigg, 2015).

Ο *ανασταλτικός έλεγχος* σχετίζεται με την πραγματοποίηση μιας συγκεκριμένης δραστηριότητας και αφορά στην καταστολή κάποιων ερεθισμάτων που μπορεί να εμποδίσουν μία συμπεριφορά ή λειτουργία που πρόκειται να πραγματοποιηθεί εκείνη τη στιγμή. Ωστόσο, στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ η καταστολή αυτή δεν πραγματοποιείται, γι' αυτό τα παιδιά οδηγούνται σε συμπεριφορές ή λειτουργίες που είναι λανθασμένες. Το άτομο με ΔΕΠ-Υ ενώ γνωρίζει ότι μια συμπεριφορά δεν είναι αποδεκτή, δεν μπορεί να την ελέγξει ή να την σταματήσει (Fuster, 2001).

Η *μνήμη εργασίας* σχετίζεται με την ικανότητα διατήρησης πληροφοριών κατά τη διάρκεια των νοητικών διεργασιών. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν δυσκολίες στη μνήμη εργασίας, με αποτέλεσμα να μην είναι σωστή η λειτουργία τους κι έτσι επηρεάζεται αρνητικά η επίδοση των παιδιών στον μαθησιακό τομέα. Αυτό συμβαίνει επειδή δεν μπορούν να ανακαλέσουν τις πληροφορίες που έχουν αποθηκευτεί στη μνήμη. Επιπλέον, η προσοχή τους αποσπάται εύκολα όταν πρέπει να ασχοληθούν με μία συγκεκριμένη εργασία για μεγάλο χρονικό διάστημα, εξαιτίας των δυσλειτουργιών στη μνήμη εργασίας (Sjöwall et al., 2013; Sergeant, 2005).

Σχετικά με την ικανότητα της *αυτορρύθμισης*, η ικανότητα αυτή αφορά τις εγκεφαλικές λειτουργίες με βάση τις οποίες ένα άτομο έχει τη δυνατότητα να εστιάσει την προσοχή του σε έναν στόχο, να συγκρατεί λεπτομέρειες, να θυμάται τις οδηγίες, να αξιολογεί τις πράξεις του καθώς και να διορθώνει τα λάθη του. Στόχος της αυτορρύθμισης είναι να ελέγχει τις παρορμήσεις, με σκοπό τα παιδιά να μπορούν να πραγματοποιούν συγκεκριμένες πράξεις. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν δυσλειτουργίες σε αυτήν την ικανότητα, αφού δυσκολεύονται να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους, τις παρορμήσεις τους, τις σκέψεις τους, τα συναισθήματά τους και τις πράξεις τους. Συνεπώς, δεν μπορούν να συγκρατήσουν την υπομονή τους, χάνουν εύκολα το ενδιαφέρον τους, βαριούνται και θεωρούν ότι οι δραστηριότητες που ασχολούνται δεν έχουν νόημα. Επιπλέον, βασικό χαρακτηριστικό τους είναι ότι δεν έχουν κίνητρα για να κάνουν κάτι (Martinuessen, et al., 2005).

Τέλος, σχετικά με την *αντίληψη του χρόνου* τα παιδιά δεν μπορούν να υπολογίσουν τον χρόνο, την μέτρησή του, τη χρονική διάρκεια των γεγονότων και την απόστασή του. Η αντίληψη του χρόνου αφορά μια ικανότητα που μπορεί να βοηθήσει το άτομο προς τη διαχείριση διαφόρων γεγονότων και καταστάσεων σε όλη

τη διάρκεια της ζωής του. Μέσα από τις αντίστοιχες έρευνες έχει προκύψει ότι τα άτομα με ΔΕΠ-Υ δεν έχουν την ικανότητα να αντιλαμβάνονται τον χρόνο και δεν μπορούν να υπολογίσουν τις χρονικές αποστάσεις, με αποτέλεσμα να είναι ασυνεπή, να αργούν και να αναβάλλουν διάφορα γεγονότα (Κάκουρος, 2001).

Υπάρχουν πολλές θεωρίες που σχετίζονται με την παθογένεια της ΔΕΠ-Υ. Στην αρχή οι θεωρίες ταύτιζαν τη ΔΕΠ-Υ με πρόβλημα στον πρόσθιο εγκέφαλο. Σύμφωνα με σχετική έρευνα τα συμπτώματα της διαταραχής οφείλονται σε δυσλειτουργίες στην ικανότητα ελέγχου, στην επεξεργασία των πληροφοριών, στην αντίληψη του χρόνου, στη μνήμη εργασίας, στον έλεγχο των παρορμήσεων και στον έλεγχο των συναισθημάτων (Βάρβογλη και Γαλάνη, 2006).

Μέσα από σχετική μελέτη διαφάνηκε ότι τα άτομα με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν ελλείψεις σχετικά με την ικανότητα προσοχής και την αυτορρύθμιση, γι' αυτό έχουν δυσκολίες στην καταγραφή, οργάνωση και επεξεργασία των πληροφοριών. Επιπλέον, τα ελλείμματα αυτά δεν επιτρέπουν στα άτομα να ελέγξουν τις παρορμήσεις τους και να ρυθμίσουν τα συναισθήματά τους **Error! Reference source not found..**

Άλλη μια θεωρία αναφέρει ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ αφορούν στο εγκεφαλικό στέλεχος, το οποίο έχει σχέση με άλλες εγκεφαλικές περιοχές και τις διαδικασίες της προσοχής και της παρόρμησης. Τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά ενεργούν αυτόματα και έχουν τη δυνατότητα να ελέγχουν τις παρορμήσεις τους, όταν οι συνθήκες το απαιτούν. Αντίθετα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν προβλήματα στις ικανότητες της προσοχής και δυσλειτουργίες σχετικές με τη συγκέντρωση, την παρορμητικότητα και την κίνηση. Με βάση αυτή τη θεωρία τα άτομα με ΔΕΠ-Υ έχουν δυσλειτουργίες στις εγκεφαλικές περιοχές (Goldstein and Goldstein, 1998).

Τέλος, μια θεωρία ακόμη που αφορά στη ΔΕΠ-Υ σχετίζεται με το μοντέλο της αυτορρύθμισης, αφού με βάση τον Barkley (1996) η αυτορρύθμιση αφορά στην ικανότητα του ατόμου να ελέγχει τα συναισθήματά του, τις συμπεριφορές του και τις σκέψεις του στο περιβάλλον το οποίο βρίσκεται. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν δυσλειτουργίες στον συμπεριφοριστικό, τον εκτελεστικό και τον κινητικό τομέα. Συνεπώς, κάθε δυσλειτουργία προκαλεί αποδιοργάνωση και διάσπαση, με αποτέλεσμα το άτομο να μην ελέγχει τη συμπεριφορά του και τις πράξεις του (Barkley, 1996; Nomi, et al., 2017).

Οι επιστήμονες τις τελευταίες δεκαετίες έχουν συμφωνήσει ότι η ΔΕΠ-Υ ανήκει στις νευροαναπτυξιακές διαταραχές και δεν οφείλεται σε έναν μόνο

παράγοντα, αλλά σε αρκετούς παράγοντες και συγκεκριμένα σε γενετικούς, βιολογικούς και περιβαλλοντικούς, προκαλώντας επιπτώσεις στις εγκεφαλικές λειτουργίες. Γι' αυτόν τον λόγο, η αιτιολογία της χαρακτηρίζεται πολυπαραγοντική, αφού οι παράγοντες που ευθύνονται γι' αυτήν είναι πολλοί και διαφορετικοί (Nomi, etal., 2017).

Ορισμένοι παράγοντες, οι οποίοι χαρακτηρίζονται ως *γενετικοί*, αφορούν σε γονιδιακές διαταραχές, που σχετίζονται με τη μεταφορά των μηνυμάτων μέσα από συγκεκριμένους νευροδιαβιβαστές. Η ΔΕΠ-Υ συνδέεται συγκεκριμένα με τις γονιδιακές διαταραχές που επηρεάζουν τη μεταφορά της «ντοπαμίνης» και της «νοραδρεναλίνης». Τα ελλείμματα αυτά ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό για την εμφάνιση της διαταραχής **Error! Reference source not found..**

Επίσης, η ΔΕΠ-Υ συνδέεται με διάφορες *μεταβολές* που πραγματοποιούνται στον εγκεφαλικό φλοιό. Συνεπώς, το αποτέλεσμα είναι να προκύπτουν δυσλειτουργίες στον τομέα της προσοχής και της συμπεριφοράς. Επιπλέον, οι αλληλεπιδράσεις που συμβαίνουν ανάμεσα στην «ντοπαμίνη» και το «γλουταμινικό οξύ» επηρεάζουν τις λειτουργίες του ατόμου στον γνωστικό τομέα (Solanto, 2002; Tripp and Wickens, 2008). Επιπροσθέτως, η «σεροτονίνη» και η πρωτεΐνη “SNAP-25” έχουν σχετιστεί με την υπερκινητικότητα των ατόμων με ΔΕΠ-Υ (Franke, και συν., 2016).

Η ΔΕΠ-Υ μπορεί να χαρακτηριστεί και ως μια *κληρονομική* διαταραχή, αφού όπως έχει αποδειχτεί η επίδραση της κληρονομικότητας είναι σημαντική στην εμφάνισή της. Ένα παιδί έχει 58% πιθανότητες να εμφανίσει ΔΕΠ-Υ αν έχει και ο γονιός του. Οι έρευνες τονίζουν ότι οι κληρονομικοί παράγοντες σχετίζονται με το είδος της συγγένειας καθώς και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων **Error! Reference source not found..**

Η άποψη να οφείλεται σε *περιβαλλοντικούς* παράγοντες δεν έχει μεγάλη αποδοχή, αφού δεν μπορεί μόνο από εξωτερικούς παράγοντες ένα άτομο να εμφανίσει ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, ορισμένες περιβαλλοντικές αιτίες που συνδέονται με την εμφάνισή της αφορούν τη μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ο τρόπος ζωής της μητέρας μπορεί να επηρεάσει το έμβρυο και την ανάπτυξή του. Επιπλέον, το χαμηλό βάρος γέννησης και η προωρότητα μπορούν να ευθύνονται για τη διαταραχή, αν το έμβρυο δεν έχει αναπτυχθεί κατάλληλα (Πεχλιβανίδης και συν., 2012).

Επίσης, σε σχετικές μελέτες έχει αναφερθεί ότι ορισμένοι περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορεί να επιδράσουν γενετικά ή επιγενετικά. Για παράδειγμα η έκθεση στη νικοτίνη κατά τη διάρκεια της κύησης καθώς και σε άλλες βλαβερές ουσίες μπορεί να επιφέρουν γενετικές ανωμαλίες. Αυτό ισχύει και με την ατμοσφαιρική ρύπανση, αφού οι ρύποι μπορούν να επιδράσουν γενετικά στην ανάπτυξη του εμβρύου και να είναι υπαίτιοι για την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ καθώς και άλλων διαταραχών (Πεχλιβανίδης και συν., 2012).

## **2.5. Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ**

Η διαδικασία διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ πραγματοποιείται μέσα από διαφορετικές μεθόδους. Αρχικά, ο ειδικός συλλέγει πληροφορίες για το προφίλ του παιδιού μέσα από τη διαδικασία της συνέντευξης με τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς. Στη συνέχεια, μέσα από τις κλίμακες αξιολόγησης, τις μελέτες, την άμεση παρατήρηση καθώς και τις μετρήσεις αξιολογούνται τα συμπτώματα της διαταραχής, με σκοπό να διαφανεί η ένταση και η συχνότητά τους αλλά και η σοβαρότητα της διαταραχής (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

Το παιδί κατά τη διάρκεια της διαγνωστικής διαδικασίας αξιολογείται λεπτομερώς στον γνωστικό, συμπεριφορικό και συναισθηματικό τομέα. Στην αξιολόγησή του λαμβάνεται υπόψη τόσο το προφίλ του όσο και το οικογενειακό περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει. Επιπλέον, μέσα από την αξιολόγηση μπορούν να διαφανούν οι ελλείψεις του παιδιού καθώς και οι δυνατότητές του, με σκοπό να εξεταστεί η ανάπτυξή του και να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα. Μέσα από τη διάγνωση είναι εφικτό να εντοπιστούν στοιχεία, όπως η συχνότητα και η ένταση των συμπτωμάτων, οι αιτίες, η εξέλιξη του ατόμου, οι δυνατότητές του καθώς και οι αδυναμίες που μπορεί να έχει (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006· Τρίγκα-Μερτίκα, 2005).

Η διαδικασία της αξιολόγησης είναι σημαντική για την πορεία των ατόμων με ΔΕΠ-Υ, αφού μέσα από αυτή μπορεί να διαφανεί η ύπαρξη ή όχι άλλων διαταραχών που συνυπάρχουν με τη συγκεκριμένη διαταραχή. Επίσης, ελέγχεται η σοβαρότητα της διαταραχής καθώς και οι παράγοντες που ευθύνονται για την εμφάνισή της, με σκοπό να εφαρμοσθούν οι κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις για την ανάπτυξη

του παιδιού και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2000).

Για τον λόγο αυτό, είναι απαραίτητο όλοι οι ειδικοί και οι επιστήμονες που ασχολούνται με τη συγκεκριμένη διαταραχή να συνεργάζονται, προκειμένου να διαφανούν τα συμπτώματα και ο τρόπος που επιδρούν στα παιδιά. Το παιδί με ΔΕΠ-Υ μπορεί να χρειαστεί κι άλλες εξετάσεις, με σκοπό να διαφανεί αν υπάρχουν συνοδά ιατρικά προβλήματα καθώς και να συλλεχθούν στοιχεία για διάφορους τομείς που ο επιστήμονας θα θεωρήσει ότι πρέπει να διερευνηθούν περαιτέρω (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2000).

## **2.6. Διαφορική διάγνωση της ΔΕΠ-Υ**

Η διαδικασία της διαφοροδιάγνωσης είναι καθοριστική, αφού με βάση τα αποτελέσματα που θα προκύψουν θα διαφανεί αν συνυπάρχει με άλλες διαταραχές ή όχι. Η σωστή αξιολόγηση θα δείξει αν υπάρχουν συμπτώματα που δεν οφείλονται στη ΔΕΠ-Υ, αλλά σχετίζονται με άλλους παράγοντες. Η διαφοροδιάγνωση, δηλαδή, μπορεί να συμβάλλει στη διάκρισή της από την ύπαρξη άλλων διαταραχών και προβλημάτων που οφείλονται σε διαφορετικές αιτίες (Βάρβογλη και Γαλάνη, 2006).

Μια βασική δυσκολία που προκύπτει κατά τη διαδικασία της διαφορικής διάγνωσης αφορά στη διάκριση της ΔΕΠ-Υ από την «Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή» και τη «Διαταραχή Διαγωγής». Τα συμπτώματα αυτών των διαταραχών μοιάζουν ως ένα βαθμό με αυτά της ΔΕΠ-Υ, με αποτέλεσμα συχνά να συγχέονται. Ωστόσο, η ένταση, η συχνότητα και η σοβαρότητά τους διαφέρουν κι έτσι ο ειδικός θα πρέπει να είναι πολύ προσεχτικός στη διάκρισή τους, ώστε η διάγνωση να είναι σωστή και η παρέμβαση αποτελεσματική (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2000).

Η διαφορική διάγνωση της ΔΕΠ-Υ στηρίζεται στην ύπαρξη ή όχι των προβλημάτων στον τομέα της προσοχής, στον έλεγχο και στη συμπεριφορά καθώς και στην ηλικία που εμφανίζονται τα πρώτα συμπτώματα του παιδιού. Τα συμπτώματα που αφορούν στη συγκεκριμένη διαταραχή εμφανίζονται στη μικρή ηλικία των παιδιών και αρκετά νωρίτερα σε σχέση με τα συμπτώματα των άλλων δύο διαταραχών. Τα συμπτώματα που εμφανίζονται ως κοινά μεταξύ των διαταραχών θα πρέπει να εξεταστούν με μεγάλη προσοχή, προκειμένου να μην γίνει κάποιος λάθος. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν αρνητική συμπεριφορά, επειδή δεν μπορούν

να ελέγξουν την παρορμητικότητά τους, ενώ στις δύο άλλες διαταραχές η αρνητική συμπεριφορά οφείλεται σε άλλους παράγοντες (Βάρβογλη και Γαλάνη, 2006).

Τα πρώτα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ διαφαίνονται από νωρίς, στην παιδική ηλικία του ατόμου. Αντίθετα, άλλες διαταραχές που μπορεί να φαίνεται ότι έχουν τα ίδια συμπτώματα με τη ΔΕΠ-Υ δεν εκδηλώνονται νωρίς, αλλά σε μεγαλύτερη ηλικία, γεγονός που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη για τη σωστή διαφοροδιάγνωση. Ο σκοπός είναι να εφαρμοσθεί εγκαίρως το κατάλληλο πρόγραμμα παρέμβασης, με σκοπό την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και τη μείωση των αρνητικών συμπεριφορών (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

## **2.7. Η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ**

Η έννοια της συννοσηρότητας αφορά στην συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ με άλλες διαταραχές. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να εμφανίζουν και συμπτώματα άλλων διαταραχών, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό με ΔΕΠ-Υ μπορεί να εμφανίσει ακόμη και τρεις επιπρόσθετες διαταραχές. Τα υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας δείχνουν ότι η αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ είναι μια δύσκολη υπόθεση, αφού πρέπει να αντιμετωπιστούν και τα συμπτώματα άλλων διαταραχών. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η ΔΕΠ-Υ λειτουργεί ως βάση για την εκδήλωση μιας άλλης διαταραχής, ενώ σε άλλη περίπτωση μπορεί η εμφάνισή της να έχει την ίδια αιτιολογία με την εμφάνιση μιας άλλης διαταραχής. Επιπλέον, η συννοσηρότητα μπορεί να λειτουργήσει ως ένδειξη για την εμφάνιση ξεχωριστών υποκατηγοριών μιας μόνο διαταραχής (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2000).

Η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ αφορά κυρίως την εμφάνιση άλλων διαταραχών, όπως είναι η «Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή» και η «Διαταραχή της Διαγωγής», αφού έχει διαφανεί πως είναι οι πιο συχνές διαταραχές που εμφανίζονται μαζί με τη ΔΕΠ-Υ. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ που εμφανίζουν και κάποια άλλη διαταραχή αποτελούν μια ιδιαίτερη ομάδα με έντονα συμπτώματα, που αντιμετωπίζονται πιο δύσκολα σε σχέση με τα παιδιά που έχουν ΔΕΠ-Υ ή τα παιδιά που έχουν μόνο μία από τις άλλες διαταραχές (Hartley and Sikora, 2009).

Άλλες διαταραχές που εμφανίζονται με τη ΔΕΠ-Υ είναι οι «Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες» που σε ένα μεγάλο ποσοστό μπορούν να παρουσιάσουν συννοσηρότητα με τη ΔΕΠ-Υ. Η υψηλή συννοσηρότητα οφείλεται στην κοινή

αιτιολογία των διαταραχών, αφού σε μεγάλο βαθμό προέρχονται από κοινούς γενετικούς παράγοντες. Οι «Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες» εμφανίζουν κοινά συμπτώματα με τη ΔΕΠ-Υ, γι' αυτό πολλές φορές κατά τη διαδικασία της διάγνωσης είναι δύσκολη η διάκρισή τους (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

Επίσης, συννοσηρότητα σε μεγάλο βαθμό υπάρχει και με τη «Νοητική Υστέρηση», επειδή όπως έχει διαφανεί συχνά τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν χαμηλές επιδόσεις στα τεστ νοημοσύνης. Συνεπώς, ορισμένοι μελετητές έχουν αναφέρει ότι οι δύο διαταραχές συνυπάρχουν τις περισσότερες φορές στα παιδιά (Hartley and Sikora, 2009).

Την ίδια συσχέτιση έχουν βρει και ανάμεσα στη ΔΕΠ-Υ με τις «Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος». Παρ' όλα αυτά, τα προβλήματα δημιουργούνται γιατί και οι δύο διαταραχές έχουν πολλές ομοιότητες ως προς την εκδήλωση των συμπτωμάτων τους, όπως είναι η υπερκινητικότητα, η παρορμητικότητα, ο έλεγχος της προσοχής, τα συμπεριφορικά προβλήματα καθώς και οι δυσκολίες στις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις. Γι' αυτό τον λόγο, πολλά παιδιά που ανήκουν στο αυτιστικό φάσμα έχουν διαγνωστεί λανθασμένα με ΔΕΠ-Υ, με αποτέλεσμα να μην έχουν σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση (Αποστολοπούλου, 2009). Από την άλλη, αρκετές έρευνες έχουν αναφερθεί σε δυσλειτουργίες κοινές και κυρίως σε όσες αφορούν τον οργανικό τομέα (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012; Nijmeijer et al., 2009; Rommelse, et al., 2010).

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, επίσης, έχουν μεγάλες πιθανότητες να εμφανίσουν συννοσηρότητα με τις διαταραχές διάθεσης. Ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ μπορεί να παρουσιάσει αρνητικά συναισθήματα και συμπεριφορές, αν εκτεθεί σε καταστάσεις αρνητικές για το ίδιο, με αποτέλεσμα να εμφανίσει κάποια διαταραχή διάθεσης (Skirrow et al., 2012). Επιπλέον, απαντάται συχνά και η συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ με τις «Αγχώδεις Διαταραχές», αφού τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να εμφανίσουν διαταραχές άγχους. Η συννοσηρότητα αφορά μια δύσκολη κατάσταση, επειδή χρειάζεται να αντιμετωπιστεί με πολλούς τρόπους και με διαφορετικά μέσα σε σχέση με τα παιδιά που εμφανίζουν μόνο ΔΕΠ-Υ. Ορισμένες θεραπευτικές μέθοδοι μπορεί να βοηθήσουν σε σημαντικό βαθμό τα παιδιά και να οδηγήσουν σε σημαντικές βελτιώσεις την κατάστασή τους (Buitelaar et al., 2011).

## 2.8. Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της διαταραχής περιλαμβάνει διάφορες μεθόδους και μέσα. Το θεραπευτικό σχέδιο δεν περιλαμβάνει μόνο τον ασθενή αλλά και τα άτομα του περιβάλλοντός του, όπως είναι η οικογένεια και το σχολικό περιβάλλον. Παρ' όλα αυτά, η θεραπεία δεν αφορά στην πλήρη αντιμετώπιση της διαταραχής, αφού τα συμπτώματα συνεχίζουν να υπάρχουν στο άτομο για όλη τη διάρκεια της ζωής του. Ωστόσο, η έγκαιρη παρέμβαση οδηγεί στην εκδήλωση δευτερογενών συμπτωμάτων που μπορεί να προκύψουν από τη διαταραχή (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της διαταραχής αφορά την ύπαρξη τριών παραγόντων και συγκεκριμένα τις ανάγκες των ασθενών, τη σωστή και δομημένη παρέμβαση και την ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση. Αυτό σημαίνει ότι ένας ασθενής πρέπει να αντιμετωπιστεί με βάση τις ανάγκες του και την ψυχολογία του μέσα από το κατάλληλο πρόγραμμα παρέμβασης που θα εφαρμοσθεί εγκαίρως (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2000).

Πολλές φορές για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων χρησιμοποιούνται φάρμακα, ενώ σε σημαντικό βαθμό βοηθάει και η ψυχοθεραπεία, αφού μπορεί να μειώσει τα αρνητικά συναισθήματα των ατόμων. Ωστόσο, καμία πρακτική δεν πρέπει να εφαρμόζεται μόνη της, αφού μόνο μέσα από τον κατάλληλο συνδυασμό είναι εφικτό το άτομο να οδηγηθεί στη θεραπεία. Η αντιμετώπιση των προβλημάτων της ΔΕΠ-Υ είναι εφικτή μέσα από την εφαρμογή μιας σωστής πολύπλευρης θεραπείας (Καλαντζή - Αζίζι, 2005).

Για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της διαταραχής, η συνεργασία των ειδικών είναι απαραίτητη. Έτσι, διάφοροι επιστήμονες, όπως είναι οι ψυχοθεραπευτές, οι λογοθεραπευτές, οι εργοθεραπευτές, οι παιδοψυχίατροι και οι εκπαιδευτικοί, πρέπει μέσα από τις δικές τους μεθόδους να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που εμφανίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και να προτείνουν την εφαρμογή των κατάλληλων παρεμβατικών προγραμμάτων (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2000).

Μέσα από τη συνεργασία των ειδικών μπορούν να επιτευχθούν πολλά οφέλη στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. Φυσικά, για να συμβεί αυτό, θα πρέπει να υπάρξει η κατάλληλη συνεργασία και με το οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού. Οι ειδικοί οφείλουν να ενημερώνουν τους γονείς για την κατάσταση και τα συμπτώματα

των παιδιών αλλά και να τους δίνουν τις κατάλληλες οδηγίες για να αντιμετωπίσουν με αποτελεσματικό τρόπο τη διαταραχή. Οι γονείς είναι τα πρόσωπα που πρέπει να γνωρίζουν τις αιτίες που τα παιδιά τους συμπεριφέρονται αρνητικά με σκοπό να κατανοήσουν ότι οι συμπεριφορές αυτές οφείλονται στη διαταραχή και όχι σε κάποιο άλλο παράγοντα. Η αντίληψή τους είναι καθοριστική για τον τρόπο που συμπεριφέρονται στα παιδιά τους, αφού πρέπει να αντιλαμβάνονται ότι δεν είναι άτακτα, αλλά ότι έχουν ΔΕΠ-Υ. Η επικοινωνία των γονέων με τους ειδικούς και τους εκπαιδευτικούς είναι σημαντική για τη θεραπεία του παιδιού, προκειμένου να φέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2000).

Σε πολλές περιπτώσεις έχει προταθεί η χορήγηση ορισμένων φαρμάκων για τα άτομα με ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, όσον αφορά στα παιδιά χρειάζεται προσοχή, αφού θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ένταση και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων τους. Επιπλέον, πολλά προβλήματα μπορεί να οφείλονται και στην ύπαρξη άλλων διαταραχών που συνοδεύουν τη ΔΕΠ-Υ. Η χορήγηση των φαρμάκων μπορεί να βοηθήσει στη μείωση ορισμένων συμπτωμάτων, αλλά όχι στην πλήρη αντιμετώπισή τους (Neuhaus, 1998).

Η φαρμακοθεραπεία πρέπει να εφαρμόζεται συνδυαστικά με άλλες θεραπευτικές μεθόδους και ειδικά όταν τα συμπτώματα είναι σοβαρά και αφορούν τη συνύπαρξη άλλων διαταραχών με τη ΔΕΠ-Υ. Σε αυτές τις περιπτώσεις, τα παιδιά πρέπει να λαμβάνουν συγκεκριμένα φάρμακα για να μην επιδεινωθούν τα συμπτώματά τους (Neuhaus, 1998).

Μερικά από αυτά σχετίζονται με τη «μεθυλφαινιδάτη» και την «ατομοξετίνη». Μέσα από μελέτες έχει διαφανεί ότι αυτές οι ουσίες μπορούν να βοηθήσουν στη βελτίωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και να μειώσουν τα συμπτώματά της. Επίσης, μέσα από αυτές μπορούν να αντιμετωπιστούν τα δευτερογενή προβλήματα που συνοδεύουν τη διαταραχή (Αρμενάκα, 2013). Η «μεθυλφαινιδάτη» συνδέεται με τον ερεθισμό του νευρικού συστήματος, ενώ μπορεί να επιδράσει θετικά και στη συμπεριφορά των ασθενών. Η «ατομοξετίνη» αφορά την αύξηση της νοραδρεναλίνης, που βελτιώνει τον αυτοέλεγχο και τη συγκέντρωση των ατόμων με ΔΕΠ-Υ (Αρμενάκα, 2013). Επίσης, μπορεί να χορηγούνται και αντικαταθλιπτικά ή αντιπερτασικά, ώστε να αντιμετωπίζονται συμπτώματα που οφείλονται σε άλλες διαταραχές που συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012).

Εκτός από τη φαρμακοθεραπεία, ο ρόλος των γονέων είναι βασικός στη θεραπεία του παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Οι ειδικοί θα πρέπει να τους ενημερώσει για

τα προβλήματα που θα αντιμετωπίσουν κατά την εξέλιξη και ανάπτυξη του παιδιού. Επιπροσθέτως, τα περισσότερα παιδιά με τη βοήθεια των γονέων μαθαίνουν να μην αντιμετωπίζουν αρνητικά τη θεραπεία τους και να δέχονται την αγωγή των ειδικών (Neuhaus, 1998).

Η φαρμακοθεραπεία μπορεί να είναι μια χρήσιμη μέθοδος, αλλά δεν αποτελεί μία αναγκαστική πρακτική. Πολλές φορές τα παιδιά μπορούν να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα της διαταραχής χωρίς φάρμακα, αφού ειδικά στις μικρές ηλικίες χρησιμοποιούνται σπάνια. Επίσης, τα συμπτώματα μπορεί να μην είναι σοβαρά, με αποτέλεσμα ο ειδικός να μην προτείνει τη φαρμακευτική θεραπεία, αλλά να περιοριστεί μόνο στην ψυχολογική αντιμετώπιση της κατάστασης (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012).

Συμπερασματικά, ορισμένα φάρμακα μπορούν να μειώσουν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, όταν εκείνα είναι σοβαρά. Η φαρμακοθεραπεία σε συνδυασμό με τις ψυχολογικές θεραπείες και την υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος του παιδιού μπορούν να βοηθήσουν σε σημαντικό βαθμό την αντιμετώπιση της διαταραχής. Έχει αποδειχθεί ότι οι ασθενείς που ακολουθούν μια ψυχολογική και φαρμακευτική θεραπεία μπορούν να έχουν σημαντικά αποτελέσματα που επιδρούν θετικά στην εξέλιξη της διαταραχής (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012).

Μία ακόμη μέθοδος που μπορεί να βελτιώσει τα συμπτώματα της διαταραχής αφορά τη γνωσιακή - συμπεριφορική θεραπεία. Η θεραπεία αυτή μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση των αρνητικών συναισθημάτων και σκέψεων που εμφανίζουν τα άτομα με ΔΕΠ-Υ. Επίσης, μπορεί να βοηθήσει και το οικογενειακό περιβάλλον των παιδιών μέσω της στήριξης των γονέων αλλά και των αδερφών, συμβάλλοντας στην κατανόηση και διαχείριση των συμπτωμάτων (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

Στόχος της θεραπείας είναι να βοηθήσει τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αλλά και το περιβάλλον τους, για να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα αλλά και να δοθεί υποστήριξη σε όλα τα μέλη. Μια πρακτική που συχνά χρησιμοποιείται σχετίζεται με τον έλεγχο των ερεθισμάτων που λαμβάνουν τα παιδιά. Μέσα από αυτήν είναι εφικτό να ελεγχθούν οι ανεπιθύμητες συμπεριφορές. Πρώτος στόχος είναι να εντοπιστούν τα γεγονότα που δημιουργούν τις αρνητικές συμπεριφορές στα παιδιά και στη συνέχεια να αλλάξουν, προκειμένου να μην οδηγούν σε αρνητικές αντιδράσεις. Γι' αυτόν τον λόγο, ο θεραπευτής πρέπει να συμβουλεύει τους γονείς και το παιδί με τις απαραίτητες οδηγίες, ώστε να αντιμετωπίζονται οι καταστάσεις που του προκαλούν τις αρνητικές αντιδράσεις μέσα στη μέρα (Αγγελή, 2011).

Μία ακόμη τεχνική που αφορά στην αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ είναι η διατήρηση της προσοχής του παιδιού σε μια συγκεκριμένη δραστηριότητα. Ο ειδικός θέτει στο παιδί συγκεκριμένες δραστηριότητες, που μπορεί εκείνο να τις ολοκληρώσει με επιτυχία για να νιώσει ικανοποίηση. Έτσι, το παιδί αποκτά αυτοπεποίθηση και γίνεται θετικό απέναντι στις δραστηριότητες που του τίθενται, χωρίς να νιώθει το αίσθημα της αποτυχίας. Ο θεραπευτής στη συνέχεια το ενθαρρύνει να ασχοληθεί με πιο δύσκολες ασκήσεις, οι οποίες σχετίζονται κυρίως με τις ανάγκες της καθημερινότητάς του (Αγγελή, 2011). Για να είναι αποτελεσματική αυτή η τεχνική, ο ειδικός πρέπει κάθε φορά να δυσκολεύει τις δραστηριότητες του παιδιού με βάση τα αποτελέσματα που προκύπτουν. Σκοπός είναι το παιδί να μπορέσει να συγκεντρωθεί σε μία δραστηριότητα όσο περισσότερο γίνεται. Μετά την κατάκτηση κάθε στόχου, το παιδί πρέπει να προχωράει στον επόμενο. Έτσι, μαθαίνει σταδιακά να ασχολείται για αρκετό χρόνο με μία δραστηριότητα και να μένει συγκεντρωμένο σε αυτήν (Φατούρου, 1997).

Επιπροσθέτως, μπορεί να βοηθήσουν σημαντικά στην αντιμετώπιση της διαταραχής η μάθηση και κατάκτηση των κοινωνικών δεξιοτήτων καθώς και οι τεχνικές επίλυσης προβλημάτων, προκειμένου τα παιδιά να μάθουν να διαχειρίζονται τα προβλήματά τους και να τα αντιμετωπίζουν όσο καλύτερα γίνεται. Επίσης, ορισμένες τεχνικές που σχετίζονται με τη διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους, ελέγχοντας την παρορμητικότητά τους και τις αντιδράσεις τους. Όταν για παράδειγμα ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει θυμό και επιθετικές συμπεριφορές, μέσα από συγκεκριμένες τεχνικές είναι εφικτό να μάθει να ελέγχει το θυμό του και τα αρνητικά του συναισθήματα, με αποτέλεσμα να μην οδηγείται σε ακραίες συμπεριφορές. Επιπλέον, οι τεχνικές χαλάρωσης μπορούν να το βοηθήσουν στον έλεγχο της παρορμητικότητάς του και των υπερβολικών συμπεριφορών του. Όλες οι θεραπευτικές τεχνικές πραγματοποιούνται με τις οδηγίες και τη βοήθεια των θεραπειών στη διάρκεια της συνεδρίας, ενώ επιλέγονται όσες θεωρούνται κατάλληλες για την κάθε περίπτωση ξεχωριστά (Αγγελή, 2011).

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ πρέπει να λαμβάνουν ψυχολογική υποστήριξη, με σκοπό να αντιμετωπίσουν πολλά από τα προβλήματα που οφείλονται στην ψυχολογία τους είτε σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ είτε με τις συνοδές διαταραχές. Οι ψυχολογικές θεραπείες μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματικές για τα άτομα, αφού μέσα από τη σωστή καθοδήγηση παρέχεται βοήθεια στην αντιμετώπιση των αρνητικών

συμπτωμάτων της διαταραχής. Οι ασθενείς είναι εφικτό να διαχειριστούν τα προβλήματά τους μέσα από τις κατάλληλες τεχνικές. Η ψυχοθεραπεία μπορεί να συμβάλει αποτελεσματικά στην αποδοχή της διαταραχής, την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων καθώς και στον έλεγχο των συναισθημάτων τους (Πεχλιβανίδης και συν., 2012).

Μέσα από την ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση το παιδί μπορεί να βελτιώσει τις κοινωνικές του ικανότητες, την αυτοπεποίθησή του καθώς και τη λειτουργικότητά του στο σχολικό, κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον, ενώ αργότερα ακόμη και στον επαγγελματικό τομέα (Πεχλιβανίδης και συν., 2012).

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

#### **3.1. Σκοπός και σχεδιασμός ανασκόπησης**

Αυτή η συστηματική ανασκόπηση αποσκοπεί στην πολυδιάστατη διερεύνηση της επίδρασης της πανδημίας COVID-19 σε παιδιά και εφήβους με ΔΑΦ ή ΔΕΠ-Υ. Διενεργήθηκε σύμφωνα με το συνιστώμενο πλαίσιο αναφοράς για συστηματικές ανασκοπήσεις και τις κατευθυντήριες γραμμές PRISMA για συστηματικές ανασκοπήσεις (Liberati et al., 2009). Η έρευνα διεξήχθη στις ακόλουθες βάσεις δεδομένων: PubMed, Google Scholar, EMBASE, SCOPUS και PsycInfo, έως τις 4 Φεβρουαρίου 2022. Ο αλγόριθμος που χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα είναι ο ακόλουθος: (COVID-19 OR SARS-CoV-19 OR SARS-CoV-2 OR “2019-nCoV” OR “novel coronavirus”) AND (child OR children OR kid OR kids OR teen OR teens OR adolescent OR adolescents OR teenager OR teenagers) AND (“mental disorders” OR “autism spectrum disorder” OR “autism” OR “attention-deficit/hyperactivity disorder” OR ADHD). Αναζητήθηκαν επίσης αναφορές επιλέξιμων μελετών και σχετικών ανασκοπήσεων, εφαρμόζοντας την τεχνική της χιονοστιβάδας.

#### **3.2. Κριτήρια ένταξης**

Κρίθηκαν επιλέξιμα όλα τα άρθρα που εξετάζουν παιδιά, εφήβους ή νεαρούς ενήλικες κατά την περίοδο της πανδημίας COVID-19 (και όχι οποιονδήποτε άλλο ιό που προκάλεσε πανδημία στο παρελθόν), αναφέροντας οποιαδήποτε ψυχική κατάσταση που σχετίζεται με τη ΔΕΠ-Υ ή τη ΔΑΦ. Δεν εφαρμόστηκαν γλωσσικοί περιορισμοί. Επίσης, όσον αφορά το σχεδιασμό της μελέτης, επιλέχθηκαν μελέτες κούρτης, συγχρονικές, αναλυτικές και ποιοτικές. Τα δεδομένα ψυχικής υγείας θα μπορούσαν να αναφέρονται από παιδιά και εφήβους ή από τους γονείς/φροντιστές αυτών. Δυο μελέτες χρησιμοποίησαν «ανάμεικτο πληθυσμό», σε περίπτωση που το ηλικιακό εύρος τους περιελάμβανε παιδιά, εφήβους και νεαρούς ενήλικες. Δύο

συγγραφείς (Α.Σ και Α.Α.Σ.) που εργάζονταν ανεξάρτητα μεταξύ τους σε ζευγάρια προέβησαν στην επιλογή των μελετών.

### **3.3. Εξαγωγή και ανάλυση δεδομένων**

Τα δεδομένα εξήχθησαν από κατάλληλα άρθρα χρησιμοποιώντας προηγουμένως πιλοτική φόρμα εξαγωγής δεδομένων και εξετάστηκαν ταυτόχρονα και ανεξάρτητα από δύο αναθεωρητές (Α.Σ, Α.Α.Σ.). Για κάθε μελέτη, εξήχθησαν δεδομένα για τις ακόλουθες μεταβλητές: όνομα και ταυτότητα του άρθρου, όνομα πρώτου συγγραφέα και έτος δημοσίευσης, περιοχή/χώρα όπου πραγματοποιήθηκε η έρευνα, γλώσσα, περίοδος μελέτης, σχεδιασμός μελέτης, μέγεθος δείγματος, ποσοστό κάθε φύλο στο δείγμα, ηλικιακό εύρος, επιλογή δείγματος, διαπίστωση ή/και συσχέτιση με πανδημία COVID-19, αποτελέσματα, στατιστική ανάλυση και κύρια ευρήματα, συμπεριλαμβανομένων χαρακτηριστικών ή διαταραχών σύμφωνα με το PICOS (βλ. Παράρτημα 2). Οποιαδήποτε διαφωνία επιλύθηκε με συζήτηση μέσω κριτικών και συναίνεσης της ομάδας.

### **3.4. Αξιολόγηση ποιότητας**

Η αξιολόγηση ποιότητας πραγματοποιήθηκε από δύο ανεξάρτητους αναθεωρητές (ΑΣ, ΑΑΣ) στη διαδικασία διαλογής, αξιολογώντας τον κίνδυνο μεροληψίας σε επιλέξιμες μελέτες, μέσω της κλίμακας Newcastle-Ottawa για συγχρονικές μελέτες (Modesti et al., 2016) ή μελέτες κοόρτης (Stang, 2010) και την Κλίμακα CASP (Nadelson & Nadelson, 2014) για την ποιοτική μελέτη (βλ. Παραρτήματα 3 και 4).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

### **4.1. Επιλογή ερευνητικών μελετών**

Η έρευνα σε βάσεις δεδομένων εντόπισε 2.237 στοιχεία. Ύστερα από αφαίρεση, παρέμειναν προς περαιτέρω διερεύνηση 2.231 αρχεία με τα 2.146 να αποκλείονται από τη μελέτη λόγω τίτλου και περιγραφής. Συνολικά, 85 στοιχεία σχετικά με τον COVID-19 αξιολογήθηκαν σε πλήρες κείμενο. Από αυτά, εξαιρέθηκαν τα ακόλουθα: δεκαεπτά άρθρα που αφορούσαν κατευθυντήριες γραμμές, τρία έγιναν σε ενήλικες, τρία παρουσίαζαν μόνο ιατρικά δεδομένα, δύο παρείχαν μόνο δεδομένα σχετικά με την τεχνολογία και δεκαπέντε ήταν κριτικές. Συνεπώς, 11 μελέτες συμπεριλήφθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση (βλ. Παράρτημα 5). Η πλειονότητά τους ήταν συγχρονικές μελέτες (5 από τις 11 μελέτες), τέσσερις (4) αφορούσαν σε αναλυτική μελέτη, μια (1) σε ποιοτική ανάλυση και μία (1) ήταν μελέτη κοόρτης (βλ. Παράρτημα 1). Οι περισσότερες (5 εκ των 11 μελετών) πραγματοποιήθηκαν στον ανατολικό πολιτισμό, τέσσερις στην Ευρώπη και δυο στην Αμερική. Δυο μελέτες περιελάμβαναν δείγμα με «ηλικιακή πρόσμιξη». Όλες οι μελέτες δημοσιεύτηκαν στην αγγλική γλώσσα.

Οι περισσότερες μελέτες αφορούν σε δεδομένα που πάρθηκαν κατά τη διάρκεια του lockdown στις χώρες της Ευρώπης (Ιταλία, Πορτογαλία), της Ανατολής (Κίνα, Ιαπωνία, Τουρκία) και της Αμερικής, μετρώντας το αντίκτυπο της πανδημίας COVID-19 στην ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων. Η ηλικία κυμαινόταν από 6 ετών έως 18 ετών, εξαιρουμένων ερευνών «πρόσμιξης της ηλικίας». Λόγω των μέτρων καραντίνας και κοινωνικής απόστασης, αξιοποιήθηκαν κατά βάση διαδικτυακά ερωτηματολόγια μέσω διαδικτυακών πλατφορμών ή ηλεκτρονικών μηνυμάτων προς την αξιολόγηση των συμμετεχόντων (βλ. Παράρτημα 1).

### **4.2. Αποτελέσματα ερευνών ΔΕΠ-Υ**

Η έρευνα των Kara et al. (2021) επικεντρώθηκε στην αξιολόγηση της συμμετοχής των παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) σε καθημερινές ασχολίες και δραστηριότητες ελεύθερου

χρόνου, συγκρίνοντας την ενεργητικότητα των παιδιών, την υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον και τα ενδεχόμενα εμπόδια πριν την έλευση της πανδημίας COVID-19 και ύστερα. Στην έρευνα πήραν μέρος συνολικά 55 παιδιά με ΔΕΠ-Υ, ηλικίας 6 έως 11 ετών. Η συχνότητα συμμετοχής, η εμπλοκή, η επιθυμία για αλλαγή, η υποστήριξη και τα εμπόδια κατά την εκτέλεση δραστηριοτήτων στο σπίτι αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας το Μέτρο Συμμετοχής και Περιβάλλοντος για Παιδιά και Νέους (PEM-CY). Τα αποτελέσματα ήταν ενδεικτικά πως κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 σε σύγκριση με τα προηγούμενα έτη, η μέση συχνότητα συμμετοχής των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε ηλεκτρονικά παιχνίδια και βιντεοπαιχνίδια ήταν σε ποσοστό 5,8% έναντι 5%, συναναστροφές με άλλα άτομα ανήλθαν σε ποσοστό 7% έναντι 6,2% ενώ η συμμετοχή στις εργασίες του σπιτιού σημείωσαν ποσοστό 5,5% έναντι 4,6%. Επιπλέον, οι μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα εμπλοκής κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 σε σύγκριση με την περίοδο πριν την έξαρση του ιού σε τέσσερις τομείς συμμετοχής στο σπίτι, συμπεριλαμβανομένων των ηλεκτρονικών παιχνιδιών και των βιντεοπαιχνιδιών (4,1% έναντι 3,2%, αντίστοιχα), των τεχνών, της χειροτεχνίας, της μουσικής (3,7% έναντι 3%), των εργασιών του σπιτιού (3,6% έναντι 2,8%) και της διαχείρισης της προσωπικής φροντίδας (4,2% έναντι 3,5%). Μάλιστα, οι συμμετέχουσες επεσήμαναν πως κατά τη διάρκεια της πανδημίας οι γνωστικές απαιτήσεις (36,4% έναντι 60%) και οι κοινωνικές πιέσεις (5,5% έναντι 34,5%) συνέβαλαν στην ευκολότερη διαχείριση και συμμετοχή των παιδιών σε οικιακές δράσεις. Τέλος, η πλειονότητα των μητέρων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν ότι οι υπηρεσίες (92,7%), οι προμήθειες (87,3%) και οι πληροφορίες (85,5%) ήταν διαθέσιμες ή/και επαρκείς κατά την περίοδο COVID-19 σε σχέση με τα προγενέστερα χρόνια. Απ' την άλλη, η μελέτη των Zhang et al. (2020) που διεξήχθη στη Σαγκάη σημείωσε επιδείνωση και εντατικοποίηση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και των προτύπων συμπεριφοράς σε παιδιά με τη διαταραχή, τα οποία μειώνονταν με την πάροδο του χρόνου, ως αποτέλεσμα του COVID-19. Το 53,9% των γονέων ανησυχούσε για την αυξημένη αδυναμία των παιδιών τους να παραμείνουν συγκεντρωμένα, το 67,2% διαχειριζόνταν τον θυμό τους και ήταν λειτουργικοί στην καθημερινότητά τους, ενώ περισσότερο από το 50% δήλωσαν ότι η απόδοση των παιδιών τους σε άλλους τομείς παρέμενε ανεπηρέαστη.

Σε συνάφεια με τα ανωτέρω ευρήματα, οι Cetin et al. (2020) έθεσαν ως στόχο να διερευνήσουν τη σχέση μεταξύ της σοβαρότητας των συμπτωμάτων των παιδιών

με ΔΕΠ-Υ και της προτίμησης χρονοτύπου ή προβλημάτων ύπνου στην περίοδο της COVID-19. Η συγχρονική αυτή μελέτη αποτελείται από 76 παιδιά με ΔΕΠ-Υ και τους γονείς τους. Προς την αξιολόγηση των συμπτωμάτων τραύματος αξιοποιήθηκε η κλίμακα CRIES-8, οι συνήθειες ύπνου μετρήθηκαν μέσω του ερωτηματολογίου CSHQ, ενώ ο χρονότυπος εξετάστηκε, χρησιμοποιώντας το εργαλείο Children's Chronotype Questionnaire (CCQ). Οι στατιστικές αναλύσεις έδειξαν πως τα τραυματικά συμπτώματα συσχετίστηκαν θετικά με τις βαθμολογίες στις κλίμακες ύπνου και χρονοτύπου συναρτήσει της σοβαρότητας εκδήλωσης των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον, οι αναλύσεις διαμεσολάβησης αποκάλυψαν πως τα προβλήματα ύπνου ήταν πλήρης μεσολαβητικός παράγοντας στη σύνδεση μεταξύ των τραυμάτων και της σοβαρότητας των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και της σχέσης του χρονοτύπου με τη ΔΕΠ-Υ. Με άλλα λόγια, τα εν λόγω πορίσματα υπέδειξαν πως ο χρονότυπος ενέχει καθοριστικό ρόλο στις επιπτώσεις του περιορισμού στο σπίτι των παιδιών με ΔΕΠ-Υ κατά τη διάρκεια της επιδημίας COVID-19.

Διαφορετική μελέτη (Sibley et al., 2021) αξιολόγησε την πορεία των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ στην περίοδο της πανδημίας COVID-19, χρησιμοποιώντας ως ομάδα-στόχου 134 εφήβους και νεαρούς ενήλικες που έπασχαν από τη διαταραχή. Κατά την έναρξη της πανδημίας (Απρίλιος-Ιούνιος 2020) χορηγήθηκαν ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς και γονέων, καλώντας τους συμμετέχοντες να δηλώσουν τα πιο σημαντικά προβλήματα που αναδύθηκαν στη διάρκεια της πανδημίας, καθώς και τις επιπτώσεις ή τα οφέλη αυτής στην πορεία των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν φανέρωσαν ως τα πιο συνηθισμένα και αξιοσημείωτα προβλήματα της COVID-19 την κοινωνική απομόνωση (ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς: 41,5%, δηλώσεις γονέων: 26,7%), τις δυσκολίες συμμετοχής στη διαδικτυακή μάθηση (ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς: 20,3%, δηλώσεις γονέων: 23,3%), την αδυναμία εύρεσης κινήτρων (δηλώσεις γονέων: 27,9%) και την πλήξη (ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς; 21,3%). Εντούτοις, σημειώθηκε πως οι αλλαγές κατά την περίοδο της πανδημίας δε μετρίασαν τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα, τα μοντέλα πολλαπλών επιπέδων ήταν αποκαλυπτικά πως οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ και υψηλό δείκτη νοημοσύνης παρουσίασαν σοβαρότερες παροξύνσεις προβλημάτων στη διάρκεια των περιορισμών της COVID-19, με συχνότερη την κατάθλιψη και την επιθυμία εγκατάλειψης του σχολείου.

Παρομοίως, οι Ueda et al. (2021) εξέτασαν την επίδραση του εγκλεισμού στο σπίτι λόγω της COVID-19 στην ποιότητα ζωής των παιδιών με νευροαναπτυξιακές διαταραχές και των γονιών τους. Απώτερος σκοπός ήταν να εντοπίσουν πιθανούς παράγοντες που επέτρεψαν τη διατήρηση μιας σχετικά βέλτιστης ποιότητας ζωής. Στην έρευνα πήραν μέρος 136 παιδιά σχολικής ηλικίας και οι γονείς τους, όπου χορηγήθηκαν ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής εστιάζοντας στη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά, την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες. Άξιο να σημειωθεί πως εξετάστηκε επιπλέον και η σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής των παιδιών και των κλινικών χαρακτηριστικών τους. Από τις αναλύσεις όσον αφορά τη ΔΕΠ-Υ προέκυψε, πως η μείωση της ποιότητας ζωής των παιδιών και των γονέων συνδέθηκε με την περιορισμένη εργασιακή ευελιξία της μητέρας. Η μειωμένη ποιότητα ζωής συσχετίστηκε επίσης με αλλαγές στους ρυθμούς ύπνου των παιδιών, ενώ οι δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές στα παιδιά συνδέθηκαν με το γονικό άγχος. Ωστόσο, η διατήρηση της ποιότητας ζωής ορισμένων οικογενειών βρέθηκε να εξαρτάται από την παρουσία μειωμένου άγχους και κατάθλιψης των γονέων και ηπιότερης δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς των παιδιών. Χαμηλά επίπεδα άγχους στους γονείς συσχετίστηκαν με μειωμένη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά στα παιδιά και αυξημένη ικανότητα διατήρησης της ποιότητας ζωής της οικογένειας.

Ολοκληρώνοντας, οι Pecor et al. (2021) επεχείρησαν να αντιπαραβάλουν την ποιότητα ζωής των φροντιστών των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και ΔΑΦ συγκριτικά με τους φροντιστές παιδιών με νευρολογικές ελλείψεις στην περίοδο της πανδημίας COVID-19. Αξιοποιήθηκαν μέτρα ποιότητας ζωής της υγείας των γονέων, ενώ συγχρόνως ελέγχθηκε η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ και της ΔΑΦ με την εκδήλωση νευροτυπικών αδυναμιών. Σε όλες τις μετρήσεις, οι φροντιστές των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και/ή ΔΑΦ ανέφεραν χαμηλότερη ποιότητα ζωής, τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια της πανδημίας, σε σύγκριση με εκείνους που φρόντιζαν παιδιά με νευρολογικά προβλήματα. Βέβαια, οι ερευνητές υπογράμμισαν την ύπαρξη περιορισμών όσον αφορά τη σύνθεση του δείγματος και τη μεθοδολογία, καλώντας τους ερευνητές για περαιτέρω αξιολογήσεις. Η αξιολόγηση ποιότητας των μελετών παρουσιάζεται στο Παράρτημα 3.

### **4.3. Αποτελέσματα ερευνών ΔΑΦ**

Οι Amorim et al. (2020) επέστησαν το ενδιαφέρον στα παιδιά με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), αναπτύσσοντας την υπόθεση πως λόγω της αδυναμίας τους να ανταπεξέλθουν ομαλά σε καταστάσεις αλλαγής, θα είναι πιο δύσκολο να προσαρμοστούν στα μέτρα επιβολής της πανδημίας COVID-19 φέροντας σημαντικά προβλήματα στις οικογένειές τους. Προς υποστήριξη της εν λόγω υπόθεσης, διενεργήθηκε μια συγχρονική, αναλυτική μελέτη με στοιχεία παρατήρησης. Εφαρμόστηκε ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των παιδιών, μαζί με κλίμακες μέτρησης του αντίκτυπου της COVID-19 σε διάφορες πτυχές της καθημερινής ζωής της οικογένειας. Από τα 99 ερωτηματολόγια που ελήφθησαν, τα 43 αφορούσαν παιδιά με ΔΑΦ και τα 56 την ομάδα ελέγχου (παιδιά χωρίς ΔΑΦ). Τα παιδιά με ΔΑΦ παρουσίασαν κυρίως αλλαγές στη συμπεριφορά, ενώ τα παιδιά της ομάδας ελέγχου ως επί το πλείστον δεν σημείωσαν αλλαγές. Η πλειονότητα των γονέων παιδιών με ΔΑΦ ανέφερε αρνητικό αντίκτυπο στη διαχείριση συναισθημάτων έναντι εκείνων της ομάδας ελέγχου. Επίσης, οι γονείς εκδήλωσαν υψηλότερες μέσες βαθμολογίες επιπέδων άγχους όσον αφορά τον εαυτό. Συνολικά, τα παιδιά με ΔΑΦ και οι γονείς τους διέθεταν υψηλότερα επίπεδα άγχους συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, ενώ η μη διατήρηση της καθοριζόμενης ρουτίνας συνδέθηκε με μεγαλύτερο στρες στους γονείς και τα παιδιά με αυτισμό.

Προς την ίδια κατεύθυνση, οι Colizzi et al. (2020) διερεύνησαν το αντίκτυπο της πανδημίας COVID-19 σε εφήβους με ΔΑΦ, προβλέποντας πως οι αλλαγές των υγειονομικών μέτρων θα ήταν επιβαρυντικές στην ψυχική τους ευημερία. Ως ομάδα-στόχος επιλέχθηκαν γονείς και κηδεμόνες των εφήβων με ΔΑΦ, οι οποίοι συμμετείχαν σε μια διαδικτυακή έρευνα αποτελούμενη από 40 ερωτήσεις, συμπεριλαμβανομένων κοινωνικοδημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των παιδιών τους, του αντίκτυπου της επιδημίας COVID-19 στην ευημερία τους και των αναγκών αντιμετώπισης αυτής της έκτακτης ανάγκης. Τα αποτελέσματα ήταν ενδεικτικά πως η πανδημία COVID-19 αποτέλεσε μια δύσκολη περίοδος για το 93,9% των οικογενειών με αυξημένα εμπόδια στη διαχείριση των καθημερινών δραστηριοτήτων, ιδιαίτερα του ελεύθερου χρόνου (78,1%) και των δομημένων δραστηριοτήτων (75,7%). Κατά συνέπεια, το 35,5% και το 41,5% των εφήβων παρουσίασαν πιο έντονα και συχνότερα προβλήματα συμπεριφοράς. Ακόμη, παρόλο που οι έφηβοι με ΔΑΦ λάμβαναν διαφορετικούς τύπους υποστήριξης, προέκυψαν ορισμένες ανάγκες, συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής περίθαλψης (47,4%), της

ιδιαίτερης φροντίδας στο σπίτι (29,9%), καθώς και παρεμβάσεων αντιμετώπισης των μέτρων καραντίνας (16,8%). Συνολικά, βρέθηκε πως η πανδημία COVID-19 οδήγησε σε αυξημένες δυσκολίες στους εφήβους με ΔΑΦ και τις οικογένειες αυτών.

Οι Mutluer, Doenyas και AslanGenc (2020) πραγματοποίησαν μια έρευνα προς τον έλεγχο της κατανόησης των παιδιών, εφήβων και ενηλίκων με ΔΑΦ αναφορικά με τα μέτρα της πανδημίας COVID-19, την τήρηση αυτών και την επικείμενη αλλαγή της συμπεριφοράς τους. Το δείγμα αποτελούταν από 87 άτομα με ΔΑΦ (οι ηλικίες κυμαίνονταν από 3-29 ετών, με μέσο όρο  $13,96 \pm 6,1$  ετών). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων εμφάνιζε δυσκολία αντίληψης της πανδημίας και των μέτρων που επιφέρει, με αποτέλεσμα οι προκλήσεις στην εφαρμογή των κανονισμών κοινωνικής απόστασης και υγιεινής να είναι μεγάλες. Άξιο αναφοράς ήταν η κλινική παρουσίαση μιας διαταραχής παρόμοιας με αυτή του μετατραυματικού στρες (PTSD) σε εφήβους και ενήλικες με ΔΑΦ προκαλούμενης από την πανδημία. Η εν λόγω διαταραχή είχε αντίκτυπο στις αυξημένες στερεοτυπικές συνήθειες, στην επιθετικότητα, στην υπερευαισθησία, στα προβλήματα συμπεριφοράς και στις αλλαγές ύπνου και όρεξης. Όσον αφορά τους φροντιστές, τα επίπεδα άγχους ήταν υψηλά και συσχετίστηκαν με τα τρέχοντα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών τους κατά τη διάρκεια της COVID-19. Καταλήγοντας, οι ερευνητές υπογράμμισαν την ανάγκη για άμεσες, εξ αποστάσεως παρεμβάσεις ειδικής αγωγής και άλλες υπηρεσίες υποστήριξης του κλινικού αυτού πληθυσμού.

Μια άλλη μελέτη (Degli Espinosa et al., 2020) κατά τη διάρκεια του COVID-19, με 30 οικογένειες με παιδιά με ΔΑΦ, έδειξε ότι κατά τη διάρκεια διαδικτυακών συναντήσεων με οικογένειες, τα παιδιά δεν ακολουθούσαν απλές οδηγίες, έχασαν την ανεξαρτησία και τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες, αύξησαν τις προβληματικές αλληλεπιδράσεις στη σχέση τους με τους γονείς τους και προέβησαν σε ανεξέλεγκτες ενέργειες με στόχο την πρόκληση της προσοχής. Οι κατευθυντήριες γραμμές που χρησιμοποιήθηκαν για να βοηθήσουν αυτές τις οικογένειες περιελάμβαναν εκτίμηση κινδύνου, επίπεδο λεκτικής λειτουργίας, σύστημα καθοδήγησης γονέων και άλλα (24 Φεβρουαρίου 2020).

Τέλος, οι Bruni et al. (2022), εστίασαν την προσοχή στα προβλήματα ύπνου, διερευνώντας το αντίκτυπο της πανδημίας COVID-19 σε άτομα με ΔΑΦ. Στη μελέτη συμμετείχαν 111 γονείς παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ οι οποίοι συμπλήρωσαν μια ανώνυμη διαδικτυακή έρευνα που κοινοποιήθηκε μέσω των μέσων κοινωνικής δικτύωσης, αξιολογώντας τα πρότυπα ύπνου και τα συμπτώματα της διαταραχής πριν

και κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού (lockdown). Τα αποτελέσματα φανέρωσαν πως ο εγκλεισμός (lockdown) τροποποίησε σημαντικά την καθημερινή ώρα ύπνου (57,8%), με την πλειονότητα των συμμετεχόντων (69,2%) να αναφέρουν μείωση στις ώρες. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκαν δηλώσεις υπέρ του άγχους πριν τον ύπνο (22,5%), τρόμου κατά τον ύπνο (5,4%) και υπνηλίας κατά τη διάρκεια της ημέρας (14,4%). Βάσει αυτών των ευρημάτων, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η COVID-19 επιδείνωσε σημαντικά τις διαταραχές ύπνου των παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ. Η αξιολόγηση ποιότητας των μελετών παρουσιάζεται στο Παράρτημα 3.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι παρούσες έρευνες που αξιοποιήθηκαν για την ανωτέρω βιβλιογραφική ανασκόπηση ήταν ενδεικτικές πως η περίοδος της πανδημίας COVID-19 έχει επιδράσει σημαντικά στην ψυχική υγεία και λειτουργικότητα τόσο των παιδιών και εφήβων με ΔΕΠ-Υ όσο και εκείνων με ΔΑΦ. Όσον αφορά τη ΔΕΠ-Υ, η κοινωνική απομόνωση, οι δυσκολίες συμμετοχής στη διαδικτυακή μάθηση, η πλήξη και η κατάθλιψη ήταν αυξημένα κατά την περίοδο του εγκλεισμού (Sibley et al., 2021). Επιπλέον, το γονικό άγχος, η πίεση και η συναισθηματική δυσφορία σημείωσε υψηλά επίπεδα στην πλειονότητα των ερευνών που αναλύθηκαν (Pecor et al., 2021· Ueda et al., 2021· Zhang et al., 2020). Μάλιστα, αξίζει να αναφερθεί πως η σοβαρότητα των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ δεν μετριάστηκε στη διάρκεια του lockdown (Çetin et al., 2020). Εξάιρεση αποτέλεσε η έρευνα των Kara et al. (2021) όπου οι αλλαγές της καθημερινότητας που έφερε η καραντίνα είχαν θετικό αντίκτυπο στη συμμετοχή των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στο σπίτι και στην κοινωνική τους λειτουργικότητα.

Αναφορικά με τον αυτισμό, οι περισσότερες έρευνες μαρτύρησαν πως η πανδημία ήταν μια δύσκολη περίοδος προσαρμογής για τα παιδιά και τους εφήβους με ΔΑΦ, ιδιαίτερα στην περίπτωση που καλούνταν να μεταβάλουν τις στερεοτυπικές τους συνήθειες και το πρόγραμμα ρουτίνας (Amorim et al., 2020· Colizzi et al., 2020). Τα παιδιά με ΔΑΦ παρουσίασαν κυρίως αλλαγές στη συμπεριφορά, στην επιθετικότητα, στις επικοινωνιακές δεξιότητες, στην υπερευαισθησία, στα προβλήματα συμπεριφοράς και στις αλλαγές ύπνου (Bruni et al., 2022) και όρεξης (Degli Espinosa et al., 2020). Επίσης, η πλειονότητα των γονέων τους ανέφερε αρνητικό αντίκτυπο στη διαχείριση συναισθημάτων και υψηλές μέσες βαθμολογίες επιπέδων άγχους (Mutluer, Doenyas & AslanGenc, 2020).

Κάνοντας λόγο για τους περιορισμούς που επιβάλλονται σε αυτή τη μελέτη, είναι δυνατό να ειπωθεί πως η πανδημία COVID-19 είναι ένα νέο φαινόμενο, επομένως, η βιβλιογραφία ήταν περιορισμένη κατά τη στιγμή της εκπόνησης της διπλωματικής αυτής εργασίας. Οι πληροφορίες και το αντίκτυπο της COVID-19 στην ψυχική υγεία και την καθημερινή λειτουργικότητα προήλθαν από μόνο 11 έρευνες. Επιπλέον, η συμπεριφορά των παιδιών αναφέρθηκε συχνά μέσω γονικών παρατηρήσεων. Οι περισσότερες μελέτες, επειδή ήταν συγχρονικές, δεν μπορούσαν να παράσχουν μακροπρόθεσμα αποτελέσματα και η αυτοαναφορά αξιολόγησης του

αποτελέσματος, συχνά έθετε σε κίνδυνο την ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων. Ωστόσο, αξίζει να αναφερθούν τα πλεονεκτήματα και τα δυνατά σημεία της εργασίας. Αυτή είναι πρωτότυπη συστηματική ανασκόπηση σχετικά με τις πτυχές της ψυχικής υγείας παιδιών, εφήβων και νεαρών ενηλίκων κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, παρέχοντας χρήσιμες γνώσεις σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο επηρεάστηκαν τα άτομα και φιλοδοξώντας να χρησιμεύσει ως πρότυπο για μελλοντικές παρόμοιες μελέτες στο πεδίο.

Συνολικά, μέσα από την υπάρχουσα βιβλιογραφία διαπιστώθηκε ότι ο αυτισμός και η ΔΕΠ-Υ αποτελούν τις πιο βασικές και συχνές νευροαναπτυξιακές διαταραχές, που οφείλονται σε πολλές και διάφορες αιτίες, ενώ εμφανίζονται από την παιδική ηλικία των ατόμων και συνεχίζονται για όλη τη ζωή τους. Τα συμπτώματά των διαταραχών, η σοβαρότητά τους και ο βαθμός που παρουσιάζονται διαφέρουν από άτομο σε άτομο, αφού κάθε περίπτωση θεωρείται ξεχωριστή. Έτσι, τα άτομα εμφανίζουν διακυμάνσεις ως προς τη συχνότητα και την ένταση των συμπτωμάτων τους, γι' αυτό χρειάζονται μία εξατομικευμένη θεραπευτική παρέμβαση.

Οι παράγοντες εμφάνισης των διαταραχών μπορεί να αφορούν βιολογικές, γενετικές και περιβαλλοντικές αιτίες. Το οικογενειακό περιβάλλον στο οποίο αναπτύσσεται και εξελίσσεται το παιδί με διαταραχή δρα καθοριστικά στην αντιμετώπισή της. Επίσης, διαφάνηκε ότι οι διαταραχές αυτές συνδέονται με υψηλό ποσοστό συννοσηρότητας, γεγονός που σημαίνει ότι συνυπάρχουν και με άλλες διαταραχές.

Η διάγνωσή τους πραγματοποιείται μέσα από διαφορετικές διαγνωστικές μεθόδους και πρακτικές, προκειμένου να διαφανεί η σοβαρότητα των συμπτωμάτων τους. Τα στοιχεία που συλλέγονται από τους ειδικούς μέσα από τη διαδικασία της συνέντευξης, από τη χρήση των κατάλληλων κλιμάκων αξιολόγησης καθώς και από τις μετρήσεις που σχετίζονται με την λειτουργικότητα των παιδιών, μπορούν να καθορίσουν το κλινικό τους προφίλ.

Μέσα από τη θεραπευτική αντιμετώπιση οι επιστήμονες μπορούν να βοηθήσουν το παιδί να διαχειριστεί τα προβλήματά του και τις αρνητικές συμπεριφορές του. Ο στόχος της θεραπείας δεν είναι να αντιμετωπιστούν ολοκληρωτικά οι διαταραχές, αφού αυτό δεν μπορεί να συμβεί, αλλά μπορούν να βελτιωθούν τα συμπτώματα που εμφανίζουν και ο τρόπος που τα εκδηλώνουν.

Οι κατάλληλες θεραπείες και η ψυχολογική υποστήριξη εκτός από τα παιδιά βοηθούν και το οικογενειακό τους περιβάλλον, αφού οι γονείς μαθαίνουν να

κατανοούν τις συμπεριφορές τους και να τις αποδέχονται. Η συννοσηρότητα με άλλες οντότητες ψυχικής υγείας μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την εξέλιξη των διαταραχών. Γι' αυτόν τον λόγο, είναι σημαντικό να πραγματοποιηθεί σωστά η διάγνωσή τους καθώς και να εφαρμοσθεί το κατάλληλο παρεμβατικό πλαίσιο.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αγγελή, Κ. (2011). Μέθοδοι/Τεχνικές της γνωσιακής –συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας για παιδιά και εφήβους. Στο Α. Καλαντζή-Αζίζι, *Γνωσιακές - συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις στην ψυχοθεραπεία: Φάκελος Άρθρων*. Αθήνα: Πανεπιστημιακές Σημειώσεις.
- Αποστολοπούλου, Κ. (2009). *Σύγχρονες Διεθνείς Παράμετροι στην Κλινική Αξιολόγηση και Αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ και των Συνοδών Καταστάσεων. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής –Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ): Διεθνή δεδομένα και Ελληνική Πραγματικότητα*. 6ο Πανελλήνιο Παιδοψυχιατρικό συνέδριο.
- Αρμενάκα, Μ. (2013). *Φαρμακευτική Αγωγή*. Ανάκτηση από Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ): <http://www.adhdhellas.org/2013-09-13-13-14-13/therapeies/farmakeftiki-agogi>
- (Βάρβογλη), Λ., & Γαλάνη, Μ. (2006). *Η διάγνωση της διάσπασης της προσοχής. Πρακτικός οδηγός*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη Α.Ε.
- Βλάχος, Φ., Αγαπητού, Π., & Νησιώτου, Ι. (2008). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα: Μια προσέγγιση της αιτιολογίας της με βάση σύγχρονα ερευνητικά ευρήματα. *Ελληνική Επιθεώρηση Ειδικής Αγωγής, 1*, σσ. 175-193.
- Βογινδρούκας, Ι. (2002). *Η ανάπτυξη του λόγου σε παιδιά με αυτισμό και βαριές διαταραχές στην επικοινωνία*. Ιωάννινα.
- Γενά, Α. (2002). *Αυτισμός και Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές. Αξιολόγηση-διάγνωση-αντιμετώπιση*. Αθήνα: Έκδοση συγγραφέως.
- Γκαράνη, Σ. (2008). *Αυτισμός και παιχνίδι – μια πιλοτική έρευνα της καταγραφής και διερεύνησης των απόψεων εκπαιδευτικών, εκπροσώπων ειδικοτήτων και γονέων για τη χρήση του παιχνιδιού στην εκπαίδευση και θεραπεία των παιδιών με αυτισμό*. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
- Γκονέλα, Ε. (2006). *Αυτισμός, αίτιγμα και πραγματικότητα, από τη θεωρητική εκπαίδευση στην παρέμβαση*. Αθήνα: Οδυσσέας.

- Ελληνική Εταιρεία για τις Νευροεπιστήμες. 2011. *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας*. Ανάκτηση από Ελληνική Εταιρεία για τις Νευροεπιστήμες: <https://www.hsfm.gr/el/>
- Κάκουρος, Ε. (2001). *Το Υπερκινητικό Παιδί*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2006). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2012). *ΔΕΠ-Υ θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση*. Αθήνα: Gutenberg.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλαντζή - Αζίζι, Α. (2005). *ADHD-διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα*. Σημειώσεις μαθήματος, Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς.
- Καλύβα, Ε. (2005). *Αυτισμός – Εκπαιδευτικές και Θεραπευτικές Προσεγγίσεις*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Καραβία, Ε. (2008). *Αυτισμός. Εκπαιδευτικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Κουμούλα, Α. (2012). Η εξέλιξη της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας ΔΕΠΥ στο χρόνο. *Ψυχιατρική*, 23, σσ. 49– 59.
- Κρουσταλάκης, Γ. (2005). *Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες στην οικογένεια και στο σχολείο: ψυχοπαιδαγωγική παρέμβαση*. Αθήνα: Δανιάς.
- Κυπριωτάκης, Α. (2000). *Τα Ειδικά παιδιά και η Αγωγή τους*. Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρης.
- Μακρής, Ν. (2002). Θεωρία του νου: προπομποί, αναπτυξιακά ορόσημα και επικοινωνιακές προεκτάσεις. *Ψυχολογία*, 9(3), σσ. 378-395.
- Νότας, Σ. (2005). *Το φάσμα του αυτισμού, διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές : Ένας οδηγός για την οικογένεια*. Λάρισα: έλλα.
- Παπαγεωργίου, Β. (2012). *Θεραπευτικές προσεγγίσεις των διαταραχών του φάσματος του Αυτισμού*. Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Β. Ελλάδος.
- Πεχλιβανίδης, Α., Σπυροπούλου, Α., Γαλανόπουλος, Α., Παπαχρήστου, Χ., & Παπαδημητρίου, Γ. (2012). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στους ενήλικες Κλινική αναγνώριση, διάγνωση και θεραπευτικές παρεμβάσεις. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(5), σσ. 562-576.

- Συριοπούλου-Δελη, Χ., & Κασίμος, Δ. (2013). *Επικοινωνία και εκπαίδευση ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές / αυτισμό*. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
- Τρίγκα-Μερτίκα, Ε. (2005). *Διάσπαση προσοχής και υπερκινητικότητα παιδιών και εφήβων. Διάγνωση-αξιολόγηση-αντιμετώπιση*. Αθήνα: Πλοηγός.
- Φατούρου, Μ. (1997). Άσκηση στην προσοχή. Ένας σημαντικός θεραπευτικός παράγοντας. *Material Medica Greca*, 5 (3), σσ. 50-56.
- Φρανσίς, Κ. (2007). *Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές ή Διαταραχές του Αυτιστικού Φάσματος. Διαναπηρικός Οδηγός Εξειδίκευσης (ΕΠΕΑΕΚ)*. Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.

### **Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία**

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- Amorim, R., Catarino, S., Miragaia, P., Ferreras, C., Viana, V., &Guardiano, M. (2020). The impact of COVID-19 on children with autism spectrum disorder. *Revista de Neurología*, 71, 285-91. doi:10.33588/rn.7108.2020381
- Arnsten, A. F. (2009). The biology of feeling frazzled. *Science*, 280, 1711–1712.
- Baird, G., Charman, T., Cox, A., Baron-Cohen, S., Swettenham, J., Wheelwright, S., et al. (2001). Screening and Surveillance for Autism and Pervasive Developmental Disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 84, 468–75.
- Barkley, R. A. (1996). Attention - Deficit/ Hyperactivity Disorder. Στο E. J. Mash, and R. Barkley, *Child Psychopathology* (pp. 63-112). New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A., & Peters, H. (2012). The Earliest Reference to ADHD in the Medical Literature? Melchior Adam Weikard's Description in 1775 of "Attention Deficit". *Journal of Attention Disorders*, 16(8),623-630.
- Berger, Z. D., Evans, N. G., Phelan, A. L., & Silverman, R. D. (2020). Covid-19: control measures must be equitable and inclusive. *BMJ*. 368:m1141.
- Bruni, O., Melegari, M. G., Breda, M., Cedrone, A., Finotti, E., Malorgio, E., ... &Ferri, R. (2022). Impact of COVID-19 lockdown on sleep in children with autism spectrum disorders. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 18(1), 137-143.

doi:10.5664/jcsm.9518

- Buitelaar, J., Kan, C., & Asherson, P. (2011). *ADHD in Adults. Characterization, Diagnosis and Treatment*. Cambridge University Press.
- Çetin, F. H., Uçar, H. N., Türkoğlu, S., Kahraman, E. M., Kuz, M., & Güleç, A. (2020). Chronotypes and trauma reactions in children with ADHD in home confinement of COVID-19: full mediation effect of sleep problems. *Chronobiology International*, 37(8), 1214-1222. doi:10.1080/07420528.2020.1785487
- Clements, J., & Zarkowska, E. (2000). *Behavioural Concerns and Autistic Spectrum Disorders*. London: Jessica Kingsley.
- Colizzi, M., Sironi, E., Antonini, F., Ciceri, M. L., Bovo, C., & Zocante, L. (2020). Psychosocial and behavioral impact of COVID-19 in autism spectrum disorder: an online parent survey. *Brain sciences*, 10(6), 341. doi:10.3390/brainsci10060341
- Cook, E. H. (1997). Pathophysiology of autism: neurochemistry. *J Autism and Developmental Disorders*, 26, 221-225.
- Dawson, G., & Osterling, J. (1996). Early intervention in autism. The effectiveness of early intervention. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
- Degli Espinosa, F., Metko, A., Raimondi, M., Impenna, M., & Scognamiglio, E. (2020). A model of support for families of children with autism living in the COVID-19 lockdown: Lessons from Italy. *Behavior Analysis in Practice*, 13(3), 550-558.
- Delion, P. (2000). *Ταβρέφησεαυτιστικόκίνδυνο*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις University studio press.
- Doggett, M. A. (2004). ADHD and drug therapy: Is it still a valid treatment? *Journal of Child Health Care*, 8(1), 69-81.
- Douglas, V. I. (1972). Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 4(4), 259-282.
- Edelson, S. (2009). *Theory of Mind*. Autism Research Institute. Ανάκτηση από <https://www.autism.org/learning-styles-autism/>

- Faraone, S., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J., Ramos-Quiroga, J., et al. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(15020).
- Franke, B., Stein, J., Ripke, S., Anttila, V., Hibar, D., Van Hulzen, K., et al. (2016). Genetic influences on schizophrenia and subcortical brain volumes: large-scale proof of concept. Schizophrenia Working Group OF The Psychiatric Genomics. *Nat Neurosci*, 19(3), 420-431.
- Frith, U. (1999). *Αυτισμός* (Τόμ. 5). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Fuster, J. (2001). The prefrontal cortex--an update: time is of the essence. *Neuron*, 30(2), pp. 319-33.
- Galéra, C., Cote, S., Bouvard, M., Pingault, J., Melchior, M., Michel, G., et al. (2011). Early risk factors for hyperactivity-impulsivity and inattention trajectories from age 17 months to 8 years. *Archives of General Psychiatry*, 68(12), pp. 1267–1275.
- Gillberg, C. (2003). Deficits in attention, motor control, and perception: A brief review. *Archives of Disease in Childhood*, 88, 904-910.
- Goldstein, S., & Goldstein, M. (1998). *Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: A guide for practitioners (2nd ed.)*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Goodman, L. S., & Gilman, A. (1975). *The pharmacological basis of therapeutics, fifth edition*. New York: Macmillan, 866 Third Ave.
- Hallowell, E., & Ratey, J. (2003). *Ζώντασμετηδιάσπαση*. (Ε. Λιβανίου, Επιμ.) Αθήνα: Ελληνική Παιδεία.
- Hartley, S., & Sikora, D. (2009). Which DSM-IV-TR criteria best differentiate high-functioning autism spectrum disorder from ADHD and anxiety disorders in older children? *Autism*, 13, 485-509.
- Howlin, P., & Moore, A. (1997). Diagnosis in Autism: A Survey of over 1200 Patients in the UK'. *Autism*, 1(2), 135–62.
- Jenkins, J., and Astington, J. (2000). Theory of mind and social behavior: casual models tested in a longitudinal study. *Merill-Palmer Quarterly*, 46(2), 203-220.
- Kara, O. K., Tonak, H. A., Kara, K., Ulu, H. S., Kose, B., Sahin, S., & Kara, M. Z. (2021). Home participation, support and barriers among children with attention-deficit/hyperactivity disorder before and during the COVID-19 pandemic. *Public Health*, 196, 101-106. doi:10.1016/j.puhe.2021.04.015

- Lahey, B., Pelham, W., Loney, J., Lee, S., & Willcutt, E. (2005). Instability of the DSM-IV Subtypes of ADHD from preschool through elementary school. *Archives of General Psychiatry*, 62(8), 896-902.
- Lennard-Brown, S. (2004). *Αυτισμός*. Αθήνα: Σαββάλας.
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., ... & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Journal of clinical epidemiology*, 62(10), e1-e34. doi:10.1016/j.jclinepi.2009.06.006
- Lohr, W., & Tanguay, P. (2013). DSM-5 and proposed changes to the diagnosis of autism. *Pediatric annals*, 42(4), 161-166.
- Martinussen, R., Hayden, J., Hogg-Johnson, S., & Tannock, R. (2005). A meta-analysis of working memory impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(4), 377-384.
- Midence, K., & O'Neill, M. (1999). The Experience of Parents in the Diagnosis of Autism. *Autism*, 3(3), 273-85.
- Modesti, P. A., Reboldi, G., Cappuccio, F. P., Agyemang, C., Remuzzi, G., Rapi, S., ... & ESH Working Group on CV Risk in Low Resource Settings. (2016). Panethnic differences in blood pressure in Europe: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 11(1), e0147601. doi:10.1371/journal.pone.0147601
- Mutluer, T., Doenyas, C., & Aslan Genc, H. (2020). Behavioral implications of the Covid-19 process for autism spectrum disorder, and individuals' comprehension of and reactions to the pandemic conditions. *Frontiers in psychiatry*, 1263. doi:10.3389/fpsy.2020.561882
- Nadelson, S., & Nadelson, L. S. (2014). Evidence-based practice article reviews using CASP tools: a method for teaching EBP. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(5), 344-346. doi:10.1111/wvn.12059
- Nagel, B. J. (2011). Altered white matter microstructure in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50, 282-292.
- Neuhaus, C. (1998). *Το Υπερκινητικό Παιδί και τα προβλήματα του*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Nijmeijer, J. H., Buschgens, C., Fliers, E., Rommelse, N., Sergeant, J., & Hatman, C. (2009). PDD symptoms in ADHD, an independent familial trait? *Journal of Abnormal Child Psychology*, *37*, 443-453.
- Nikolas, M. A., & Nigg, J. T. (2015). Moderators of neuropsychological mechanism in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *43*, 271-281.
- Noesi. (2009). *Οδηγός: Φυσική άσκηση για μαθητές 5-8 ετών με αυτισμό (Εγχειρίδιο για εκπαιδευτικούς)*. Ανάκτηση από <https://www.noesi.gr/book/syndrome/autism/odigos-fisikis-askisis-gia-ekpaideftikous>
- Nomi, J. S., Bolt, T. S., Ezie, C. C., Uddin, L. Q., & Heller, A. S. (2017). Moment-to-moment BOLD signal variability reflects regional changes in neural flexibility across the lifespan. *J. Neurosci*, *37*, 5539–5548.
- Passarotti, A. M., & Pavuluri, M. N. (2011). Brain functional domains inform therapeutic interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder and pediatric bipolar disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *11*(6), 897-914.
- Pavlidis, G., & Giannouli, V. (2014). Linking ADHD - Dyslexia and Specific Learning Difficulties. Στο P. Garner, J. Kauffman, & J. Elliott (Επιμ.), *Handbook of Emotions & Behavioural Difficulties*. London: SAGE.
- Pecor, K. W., Barbayannis, G., Yang, M., Johnson, J., Materasso, S., Borda, M., ... & Ming, X. (2021). Quality of Life Changes during the COVID-19 Pandemic for Caregivers of Children with ADHD and/or ASD. *International journal of environmental research and public health*, *18*(7), 3667. doi:10.3390/ijerph18073667
- Peeters, T. (2000). *Autism. From Theoretical Understanding to Educational Intervention*. San-Diego-London: Singular Publishing Group, Inc.
- Quill, K. (2000). *Do-Watch-Listen-Say. Social and Communication Intervention for Children with Autism*. Baltimore-London: Brookes Publishing Co.
- Quine, L., & Rutter, M. (1994). First Diagnosis of Severe Mental and Physical Disability: A Study of Doctor–Parent Communication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *35*(7), 1273–1287.
- Rommelse, N., Altink, M., Fliers, E., Martin, N., Buschgens, C., Hartman, C., et al. (2010). Comorbid problems in ADHD: Degree of association, shared

- endophenotypes, and formation of distinct subtypes, Implications for a future DSM. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 793-804.
- Russell, V. A. (2003). Dopamine hypofunction possibly results from a defect in glutamate-stimulated release of dopamine in the nucleus accumbens shell of a rat model for attention deficit hyperactivity disorder—the spontaneously hypertensive rat. *Neurosci Biobehav Rev*, 27(7), 671-682.
- Sergeant, J. (2005). Modeling attention-deficit/hyperactivity disorder: a critical appraisal of the cognitive-energetic model. *Biol Psychiatry*, 57(11), 1248-1255.
- Sibley, M. H., Ortiz, M., Gaias, L. M., Reyes, R., Joshi, M., Alexander, D., & Graziano, P. (2021). Top problems of adolescents and young adults with ADHD during the COVID-19 pandemic. *Journal of psychiatric research*, 136, 190-197. doi:10.1016/j.jpsychires.2021.02.009
- Simon, V., Czobor, P., Balint, S., Meszaros, A., & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br. J. Psychiatry*, 194, 204–211.
- Sjowall, D., & Thorell, L. B. (2014). Functional impairments in attention deficit/hyperactivity disorder: The mediating role of neuropsychological functioning. *Developmental Neuropsychology*, 39, 187–204.
- Sjöwall, D., Roth, L., Lindqvist, S., & Thorell, L. (2013). Multiple deficits in ADHD: executive dysfunction, delay aversion, reaction time variability, and emotional deficits. *J Child Psychol Psychiatry*, 54(6), 619-627.
- Skirrow, C., Hosang, G., Farmer, A., & Asherson, P. (2012). An update on the debated association between ADHD and bipolar disorder across the lifespan. *Journal of Affective Disorders*, 141, 143-159.
- Solanto, M. V. (2002). Dopamine dysfunction in ADHD: integrating clinical and basic neuroscience research. *Behav Brain Res*, 130(1-2), 65-71.
- Stang, A. (2010). Critical evaluation of the Newcastle-Ottawa scale for the assessment of the quality of nonrandomized studies in meta-analyses. *European journal of epidemiology*, 25(9), 603-605.
- Tripp, G., & Wickens, J. (2008). Research review: dopamine transfer deficit: a neurobiological theory of altered reinforcement mechanisms in ADHD. *J Child Psychol Psychiatry*, 49(7), 691-704.
- Ueda, R., Okada, T., Kita, Y., Ozawa, Y., Inoue, H., Shioda, M., ... & Ozawa, H. (2021). The quality of life of children with neurodevelopmental disorders and

their parents during the Coronavirus disease 19 emergency in Japan. *Scientific reports*, 11(1), 1-8.

Wicks-Nelson, R., & Israel, A. (2003). *Behaviour Disorders of childhood*. UnitedStatesofAmerica: PrenticeHall.

Wing, L. (2000). *Το αυτιστικό φάσμα: Ένας οδηγός για γονείς και επαγγελματίες για διάγνωση*. Αθήνα: ΕΕΠΑΑ.

Zhang, J., Shuai, L., Yu, H., Wang, Z., Qiu, M., Lu, L., ... & Chen, R. (2020). Acute stress, behavioural symptoms and mood states among school-age children with attention-deficit/hyperactive disorder during the COVID-19 outbreak. *Asianjournal of psychiatry*, 51, 102077. doi:10.1016/j.ajp.2020.102077

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

### Παράρτημα 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά επιλεγμένων ερευνών προς ανασκόπηση

Όνομα πρώτου συγγραφέα (έτος)	Περιοχή, χώρα	Περίοδος μελέτης	Σχεδιασμός μελέτης	Μέγεθος δείγματος	Εύρος ηλικιών	Εύρεση δείγματος
Karaetal. (2021)	Αττάλεια, Τουρκία	Σεπτέμβριος 2019-Ιούνιος 2020	Αναλυτική μελέτη	55	6-11 ετών	Κλινική της Αττάλεια και διαδικτυακά
Zhangetal.(2020)	Σαγκάη, Κίνα	Άγνωστο	Συγχρονική μελέτη	241	6-15 ετών	Ιατρικά αρχεία της Σαγκάης του νοσοκομείου Xinhua
Çetinetal. (2020)	Τουρκία	Απρίλιος 2020-Μάιος 2020	Αναλυτική μελέτη	76	≥8 ετών	Εξωτερική Κλινική Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Selçuk
Uedaetal. (2021)	Hachioji, Ιαπωνία	Μάρτιος 2020-Μάιος 2020	Συγχρονική μελέτη	152	Μέσος όρος παιδιά: 10,6 Μέσος όρος γονείς: 42,4	Διαδικτυακά
Pecor et al. (2021)	Αμερική	Απρίλιος-Ιούλιος 2020	Συγχρονική μελέτη	580	Φροντιστές παιδιών (άγνωστη ηλικία)	Διαδικτυακά
Amorim et al. (2020)	Πορτογαλία	Απρίλιος-Μάιος 2020	Αναλυτική μελέτη	99	Γονείς παιδιών με ΔΑΦ	Διαδικτυακά
Colizzi et al. (2020)	Βερόνα, Ιταλία	Απρίλιος-Μάιος 2020	Συγχρονική μελέτη	527	13 ετών (Μ.Ο)	Νοσοκομείο της Βερόνα και διαδικτυακά

DegliEspinosa et al. (2020)	Ιταλία	24 Φεβρουαρίου 2020	Ποιοτική μελέτη	30 οικογένειες παιδιών με ΔΑΦ	Άγνωστο	Διαδικτυακά
Bruni et al. (2022)	Ιταλία	Μάιος-Ιούνιος 2020	Μελέτη κούρτης	111	1-18 ετών	Διαδικτυακά
<b>Ανάμειξη ηλικιών</b>						
Sibley et al. (2021)	παν-Λατινική Αμερική και παν-Καραϊβική πόλη των ΗΠΑ	Ιανουάριος 2020-Ιούλιος 2020	Συγχρονική μελέτη	134	13-22 ετών	Τοπικά σχολεία της Αμερικής
Mutluer, Doenyas& Aslan Genc (2020)	Κωνσταντινούπολη, Τουρκία	Στη διάρκεια της πανδημίας COVID-19	Αναλυτική μελέτη	87	3-22 ετών	Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Κοκ και διαδικτυακά

## Παράρτημα 2. Κύρια ευρήματα επιλεγμένων ερευνών προς ανασκόπηση

Όνομα πρώτου συγγραφέα (έτος)	Διαπίστωση ή/και συσχέτιση με την πανδημία COVID-19	Εύρος δείγματος	Αποτελέσματα, τρόποι/ερωτηματολόγια που μετρήθηκαν	Στατιστικές αναλύσεις	Κύρια ευρήματα
Karaetal. (2021)	Έξαρση της COVID-19	55	PEM-CY Κλίμακα (Participation and Environment Measure for Children and Youth)	Έλεγχος Κανονικότητας Shapiro-Wilk Διαγράμματα Q-QPlots	Η μέση συχνότητα συμμετοχής των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε ηλεκτρονικά παιχνίδια και βιντεοπαιχνίδια ήταν σε ποσοστό 5,8% έναντι 5%, συναναστροφές με άλλα άτομα ανήλθαν σε ποσοστό 7% έναντι 6,2% ενώ η συμμετοχή στις εργασίες του σπιτιού σημείωσαν ποσοστό 5,5% έναντι 4,6%. Οι μητέρες επεσήμαναν πως κατά τη διάρκεια της πανδημίας οι γνωστικές απαιτήσεις (36,4% έναντι 60%) και οι κοινωνικές πιέσεις (5,5% έναντι 34,5%) συνέβαλαν στην ευκολότερη διαχείριση και συμμετοχή των παιδιών σε οικιακές δράσεις.
Zhangetal. (2020)	Έξαρση της COVID-19	241	Κλίμακες Swanson, Nolan, and Pelham (SNAP-IV) –κλίμακα αυτό-αναφοράς γονέων, The Child Stress Disorders Checklist (CSDC),	Άγνωστο	Παρόξυνση συμπτωμάτων μιας σοβαρής και επίμονης σωματικής διαταραχής συμπτωμάτων (SSD), που προκλήθηκε από τον φόβο για

			Κλίμακα αυτό-αναφοράς για έλεγχο χρονοτύπου καθημερινών δραστηριοτήτων των παιδιών		την COVID-19.
Çetinetal. (2020)	Εγκλεισμός στο σπίτι λόγω COVID-19	76	Φόρμα συμπλήρωσης κοινωνιογραφικών δεδομένων/ Κλίμακα Children's Impact of Event Scale (CRIES-8)/ Κλίμακα Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ)/ Κλίμακα Children's chronotype questionnaire (CCQ)/ Κλίμακα The Turgay DSM-IV Disruptive Behavior Disorders Rating Scale (T-DSM-IV-S)	Οι μέσες τιμές και οι τιμές τυπικής απόκλισης με ελάχιστα και μέγιστα επίπεδα χρησιμοποιήθηκαν για την στατιστική έκφραση των δεδομένων. Δεδομένου ότι οι βαθμολογίες της κλίμακας των ομάδων σύγκρισης καταμετρήθηκαν κανονικά, χρησιμοποιήθηκε t-test του μαθητή για δυαδική σύγκριση συνεχών δεδομένων. Το chi-square test διεξήχθη για να συγκριθούν οι κατηγορικές μεταβλητές των ομάδων. Ο έλεγχος συσχέτισης Pearson πραγματοποιήθηκε για να αξιολογηθεί η συσχέτιση μεταξύ των βαθμολογιών CRIES-8, CSHQ, CCQ και T-DSM-IV-S. Μια τιμή $p < 0,05$ θεωρήθηκε στατιστικά σημαντική.	Ο χρονότυπος ενέχει καθοριστικό ρόλο στις επιπτώσεις του περιορισμού στο σπίτι των παιδιών με ΔΕΠ-Υ κατά τη διάρκεια της επιδημίας COVID-19
Uedaetal. (2021)	Έξαρση της COVID-19	152	Ερωτηματολόγια για τη μέτρηση ποιότητας ζωής των παιδιών και των γονέων τους. <i>N</i> number, <i>CBCL</i> Child behavior checklist, <i>WISC-IV</i> Wechsler Intelligence Scale for Children – Fourth Edition, <i>WHO</i> world health organization, <i>QOL</i> quality of life, <i>CES-D</i> κλίμακα κατάθλιψης, <i>STA</i> state-trait anxiety inventory (κλίμακα άγχους για τα παιδιά), <i>STI</i> parenting stress index (κλίμακα άγχους για γονείς)	Άγνωστο	Η μείωση της ποιότητας ζωής των παιδιών και των γονέων συνδέθηκε με την περιορισμένη εργασιακή ευελιξία της μητέρας, αλλαγές στους ρυθμούς ύπνου των παιδιών, ενώ οι δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές στα παιδιά συνδέθηκαν με το γονικό άγχος. Ωστόσο, η διατήρηση της ποιότητας ζωής ορισμένων οικογενειών βρέθηκε να εξαρτάται από την παρουσία μειωμένου άγχους και κατάθλιψης των γονέων και ηπιότερης δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς των παιδιών.

Pecor et al. (2021)	Έξαρση της COVID-19	580	Ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο στο Qualtrics ή στο Google Forms που περιλάμβανε δημογραφικές ερωτήσεις (π.χ. ηλικία του φροντιστή, εθνικότητα, φύλο), οικογενειακή κατάσταση (π.χ. μέλη του νοικοκυριού, αριθμός φροντιστών, απασχόληση), τη διάγνωση του παιδιού και το πλήρες συμπλήρωμα ερωτήσεων από το Pediatric Quality of Life Inventory™ (PedsQL™) Family Impact Module (FIM) έκδοση 2.0	Οι βαθμολογίες των κλιμάκων των ερωτηματολογίων αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας ξεχωριστή ανάλυση διακύμανσης επαναλαμβανόμενων μετρήσεων (ANOVA). Εκτελέστηκαν μονόδρομες ANOVA για κάθε βαθμολογία με τη διάγνωση ως τον παράγοντα μεταξύ των υποκειμένων. Διεξήχθησαν t-test επαναλαμβανόμενων μετρήσεων για τη σύγκριση των δεδομένων προ-COVID και μετά-COVID.	Οι φροντιστές των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και/ή ΔΑΦ ανέφεραν χαμηλότερη ποιότητα ζωής, τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια της πανδημίας, σε σύγκριση με εκείνους που φρόντιζαν παιδιά με νευρολογικά προβλήματα.
Amorim et al. (2020)	Μετά την καραντίνα λόγω της COVID-19	99	Τηλεφωνικά επικοινωνία ή μέσω e-mail (διαδικτυακή φόρμα)/ Ανώνυμο ερωτηματολόγιο	Οι μεταβλητές «επίπεδα άγχους» και «προσαρμογή στην καραντίνα» βαθμολογήθηκαν σε μια κλίμακα 0-10, με την υψηλότερη βαθμολογία να δείχνει μέγιστο άγχος/ολική προσαρμογή στην καραντίνα. Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως συχνότητες και ποσοστά και οι συνεχείς μεταβλητές ως μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις. Η σύγκριση μεταξύ της ομάδας ΔΑΦ με την ομάδα ελέγχου πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του Student's t-test και του Chi-square. Όλες οι αναφερόμενες τιμές του p είναι διπλής ουράς, με τιμή p 0,05 που υποδεικνύει στατιστική σημασία. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με χρήση λογισμικού SPSS v. 24.	Τα παιδιά με ΔΑΦ και οι γονείς τους διέθεταν υψηλότερα επίπεδα άγχους συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, ενώ η μη διατήρηση της καθοριζόμενης ρουτίνας συνδέθηκε με μεγαλύτερο στρες στους γονείς και τα παιδιά με αυτισμό.
Colizzi et al. (2020)	Πανδημία COVID-19	527	Η έρευνα γονέων αναπτύχθηκε από μια ομάδα εστίασης γιατρών, ψυχολόγων και ειδικών της παιδικής ζωής. Η έρευνα περιελάμβανε 40 ερωτήσεις (18 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, 20 ερωτήσεις ναι/όχι και 2 ερωτήσεις ανοιχτής απάντησης) σε 3 κατηγορίες: (i) κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων με ΔΑΦ, (ii) επιπτώσεις της COVID-19 έξαρσης στην ευημερία τους και (iii) αντιμετώπιση κατάστασης έκτακτης ανάγκης. Οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να επιλέξουν μόνο 1 στοιχείο για κάθε ερώτηση πολλαπλής επιλογής.	Τα τελικά δεδομένα μεταφορτώθηκαν από το Google Forms σε ένα αρχείο Microsoft Excel για ανάλυση χρησιμοποιώντας λογισμικό SPSS (Έκδοση 26.0; IBM). Χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικές στατιστικές για την παροχή βασικών πληροφοριών σχετικά με τα παιδιά με ΔΑΦ/ Πραγματοποιήθηκαν πολλαπλές λογιστικές παλινδρομήσεις για να διερευνηθεί εάν τυχόν κοινωνικοδημογραφικά ή κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων με ΔΑΦ θα προέβλεπαν μεγαλύτερη συχνότητα και ένταση προβλημάτων συμπεριφοράς μετά την έξαρση της COVID-19	Η πανδημία COVID-19 αποτέλεσε μια δύσκολη περίοδος για το 93,9% των οικογενειών με αυξημένα εμπόδια στη διαχείριση των καθημερινών δραστηριοτήτων, ιδιαίτερα του ελεύθερου χρόνου (78,1%) και των δομημένων δραστηριοτήτων (75,7%). Κατά συνέπεια, το 35,5% και το 41,5% των εφήβων παρουσίασαν πιο έντονα και συχνότερα προβλήματα συμπεριφοράς.

Degli Espinosa et al. (2020)	Κρίση πανδημίας COVID-19	30	Συστηματικό μοντέλο	Άγνωστο	Κατά τη διάρκεια διαδικτυακών συναντήσεων με οικογένειες, τα παιδιά δεν ακολουθούσαν απλές οδηγίες, έχασαν την ανεξαρτησία και τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες, αύξησαν τις προβληματικές αλληλεπιδράσεις στη σχέση τους με τους γονείς τους και προέβησαν σε ανεξέλεγκτες ενέργειες με στόχο την πρόκληση της προσοχής.
Bruni et al. (2022)	Κατά την πανδημία-lockdown	111	Ένα ειδικό online ερωτηματολόγιο	Εφαρμόστηκαν περιγραφικές στατιστικές για τον χαρακτηρισμό κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών, προτύπων ύπνου και διαταραχών ύπνου. Διεξήχθησαν τεστ MacNemarchisquare για να συγκριθούν οι αλλαγές στα πρότυπα ύπνου, το πρόγραμμα ύπνου και οι διαταραχές ύπνου πριν και κατά τη διάρκεια του lockdown. Για όλες τις συγκρίσεις, οι τιμές $P < 0,05$ θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές. Οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας το λογισμικό SPSS έκδοση 17.0.	Η πανδημία COVID-19 επιδείνωσε σημαντικά τις διαταραχές ύπνου των παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ.
<b>Ανάμειξη ηλικιών</b>					
Sibley et al. (2021)	Έξαρση της πανδημίας COVID-19	134	Κλίμακα TopProblemsAssessment/ Κλίμακα BenefitsofCOVID-19/ Κλίμακα Πρόβλεψης της σοβαρότητας κορυφαίου προβλήματος	Δείγματα στιγμών για ποιοτικά κωδικοποιημένα κορυφαία προβλήματα και οφέλη παρουσιάστηκαν περιγραφικά. Η Ανάλυση Διακύμανσης επαναλαμβανόμενων μετρήσεων (ANOVA) διεξήχθη για την αξιολόγηση των αντιληπτών διαφορών προ και μετά-πανδημίας στη σοβαρότητα της TP. Υπολογίστηκαν οι τυποποιημένες βαθμολογίες διαφοράς του Cohen, διεξήχθησαν μοντέλα πολλαπλών επιπέδων χρησιμοποιώντας το Mplus 8.1. Η μέθοδος Johnson-Neyman χρησιμοποιήθηκε για την ανίχνευση σημαντικών αλληλεπιδράσεων. Η Μέγιστη Πιθανότητα Πλήρους Πληροφοριών χρησιμοποιήθηκε για τον χειρισμό δεδομένων που λείπουν, με προγνωστικούς παράγοντες έλλειψης (δηλαδή εκπαίδευση γονέων, επάρκεια αγγλικών, εθνότητα, βασική διάγνωση ODD)	Οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ και υψηλό δείκτη νοημοσύνης παρουσίασαν σοβαρότερες παροξύνσεις προβλημάτων στη διάρκεια των περιορισμών της COVID-19, με συχνότερη την κατάθλιψη και την επιθυμία εγκατάλειψης του σχολείου.
Mutluer, Doenyas& Aslan Genc (2020)	Κρίση της COVID-19	87	Κοινωνικο-δημογραφικά δεδομένα/ Κλινικά δεδομένα/ Ερωτήσεις σχετικές με την πανδημία/AberrantBehaviorChecklist (ABC)/PittsburghSleep Quality Index	Στατιστικές με το λογισμικό IBMSPSS Statistics, Έκδοση 26.0. Οι συνεχείς μεταβλητές σχετικά με πριν και κατά τη διάρκεια των μέτρων πανδημίας συγκρίθηκαν	Η πλειονότητα των συμμετεχόντων εμφάνισε δυσκολία αντίληψης της πανδημίας και των μέτρων που επιφέρει, με αποτέλεσμα οι προκλήσεις στην εφαρμογή των κανονισμών κοινωνικής απόστασης και υγιεινής να είναι μεγάλες. Όσον αφορά τους φροντιστές, τα επίπεδα άγχους

			(PSQI)/BeckAnxietyInventory (BAI)	με τη δοκιμή t-testεπαναλαμβανόμενων μετρήσεων και ANOVA επαναλαμβανόμενων μετρήσεων. Έγιναν αναλύσεις συσχέτισης Spearman για τον υπολογισμό της συσχέτισης μεταξύ συνεχών μεταβλητών/ Ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης για τον προσδιορισμό προγνωστικών παραγόντων άγχους των γονέων.	ήταν υψηλά και συσχετίστηκαν με τα τρέχοντα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών τους κατά τη διάρκεια της COVID-19.
--	--	--	-----------------------------------	---	---

### Παράρτημα 3. Κλίμακα NewCastle Ottawa για συγχρονικές μελέτες και μελέτες κούρτης

Όνομα πρώτου συγγραφέα (έτος)	Επιλογή				Συγκρισιμότητα		Αποτέλεσμα Στατιστικές αναλύσεις	Σύνολο
	Αντιπροσωπευτικότητα δείγματος	Μέγεθος δείγματος	Μη-ερωτηθέντες	Διαπιστώσεις εγκυρότητας μετρήσεων	Οι συμμετέχοντες σε διαφορετικές ομάδες αποτελεσμάτων είναι συγκρίσιμοι, με βάση το σχεδιασμό ή την ανάλυση της μελέτης. Οι συγχυτικοί παράγοντες ελέγχονται.	Εκτίμηση αποτελέσματος		
Zhangetal. (2020)	*	*	-	*	**	*	*	7/10
	(παιδιά σχολικής ηλικίας με διάγνωση ΔΕΠ-Υ)	(194 αγόρια 47 κορίτσια)	άγνωστο	(μη επικύρωση-το εργαλείο περιγράφεται)	(γενική διάθεση παιδιών), (συνολική διάθεση γονέων, χρόνος μελέτης παιδιών)	(αυτό-αναφορά)		
Ueda et al. (2021)	*	*	*	*	**	*	*	8/10
	(104 παιδιά και 131 γονείς)	(107 άνδρες-αγόρια και 128 γυναίκες-κορίτσια)	(σύνολο απαντήσεων 89,5%)	(επικυρωμένο εργαλείο, χωρίς να περιγράφεται)	(φύλο), (διαφορετικές ηλικιακές ομάδες)	(αυτό-αναφορά)		
Pecor et al. (2021)	*	*	-	*	**	*	*	7/10
	(580 φροντιστές παιδιών με ΔΕΠ-Υ και ΔΑΦ)	(92% γυναίκες, 7,2% άνδρες-0,6% «προτιμώ να μην απαντήσω»)	άγνωστο	Quality of life (QOL)	(φύλο), (ηλικία, εθνικότητα)	(αυτό-αναφορά)		
Colizzi et al. (2020)	*	-	*	-	**	*	*	6/10
	(527 παιδιά με ΔΑΦ)	Άγνωστο	(σύνολο απαντήσεων 99,9%)	(άγνωστο)	(ηλικία), (γλωσσικές ικανότητες, διάγνωση και θεραπεία)	(αυτό-αναφορά)		

Sibley et al. (2021)	*	*	*	*	**	*	*	<b>8/10</b>
	(134 παιδιά και γονείς)	(65% άνδρες και 34,3% γυναίκες)	(σύνολο απαντήσεων 83,6%)	Top Problems (TP) assessment Benefits of COVID-19 Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence-2nd Edition	(φύλο) , (ηλικία, κοινωνικές-ψυχολογικές μεταβλητές)	(αυτό-αναφορά)		
Kara et al. (2021)	*	*	-	*	* *	*	*	<b>8/10</b>
	(παιδιά ηλικίας 6-11 ετών)	55 άτομα	(κανείς)	PEM-CY Κλίμακα (επικυρωμένο εργαλείο)	(διάγνωση)(ηλικία)	(αυτό-αναφορά)		
Cetin et al. (2020)	*	*	*	*	* *	*	*	<b>7/10</b>
	(άτομα πάνω από 8 ετών)	Άγνωστο	άγνωστο	(επικυρωμένα εργαλεία μέτρησης)	(ηλικιακές ομάδες)(φύλο)	(αυτό-αναφορά)		
Anorim et al. (2020)	*	*	-	*	**	*	*	<b>6/10</b>
	(γονείς παιδιών με ΔΑΦ)	97,7% συμμετοχή	άγνωστο	(νέο εργαλείο αξιολόγησης)	(φύλο), (ηλικία, εθνικότητα)	(αυτό-αναφορά)		
Miltver, Doenyas & Aslan Genc (2020)	*	-	*	-	* *	*	*	<b>7/10</b>
	(άτομα ηλικίας 3-22 ετών)	87 άτομα	(σύνολο απαντήσεων 98,4%)	AberrantBehaviorChecklist (ABC)/PittsburghSleep Quality Index (PSQI)/BeckAnxietyInventory (BAI)	(ηλικία), (διάγνωση και θεραπεία)	(αυτό-αναφορά)		
<b>Επίλογή</b>					<b>Συγκρισιμότητα</b>		<b>Αποτέλεσμα</b>	
<b>Όνομα πρώτου συγγραφέα (έτος)</b>	<b>Αντιπροσωπευτικότητα κοόρτης</b>	<b>Επίλογή μη εκτεθειμένης κοόρτης</b>	<b>Διαπιστώσεις έκθεσης</b>	<b>Απόδειξη ότι το αποτέλεσμα δεν προ-υπήρχε κατά την έναρξη της μελέτης</b>	<b>Συγκρισιμότητα κοορτών με βάση το σχεδιασμό ή την ανάλυση που ελέγχεται για συγχυτικές μεταβλητές</b>	<b>Εκτίμηση αποτελέσματος</b>	<b>Η μετά-ανάλυση ήταν αρκετά μεγάλη για να προκύψουν αποτελέσματα</b>	<b>Επάρκεια μετά-ανάλυσης κοορτών</b>
	-	*		*	-	-	*	-
Bruni et al. (2022)	Επιλεγμένη ομάδα συμμετεχόντων	Ίδια περιοχή	Αυτό-αναφορά	ναι	Άγνωστο	Αυτό-αναφορά	1 μήνας	Μη αναφορά
	<b>Σύνολο</b>	<b>Σχετικά φτωχή ποιότητα</b>						

**Παράρτημα 4. Κλίμακα CASP για ανάλυση ποιοτικών μελετών**

Όνομα πρώτου συγγραφέα (έτος)	Επιλογή				Αποτέλεσμα		
	Αντιπροσωπευτικότητα ποιοτικής μελέτης	Επιλογή μη εκτεθειμένης ποιοτικής μελέτης	Διαπιστώσεις έκθεσης	Απόδειξη ότι το αποτέλεσμα δεν προ-υπήρχε κατά την έναρξη της μελέτης	Εκτίμηση αποτελέσματος	Η ποιοτική μελέτη ικανή προς την ανάδειξη έγκυρων αποτελεσμάτων	Επάρκεια ποιοτικής μελέτης
	-	*		*	-	*	-
Degli-Espinosa et al. (2020)	Συγκεκριμένο δείγμα	Ίδια περιοχή	Αυτό-αναφορά	ναι	Αυτό-αναφορά	Ναι	Ναι (8/10)
	Σύνολο	Αρκετά καλή ποιότητα					

**Παράρτημα 5. Διάγραμμα ροής Prisma που παρουσιάζει τα βήματα στην επιλογή των μελετών**

