

Η προβολή των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ) στην ενήλικη ζωή

Κ.Γ. Φρανσίς

Β' Ψυχιατρική Κλινική, ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

Ψυχιατρική 2012, 23:Π66–Π73

Οι Διαταραχές του Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) είναι μια ομάδα νευροαναπτυξιακών διαταραχών που διαγιγνώσκονται στην πρώιμη παιδική ηλικία, αλλά επιμένουν σε όλη τη ζωή, αν και σημαντικές αλλαγές μπορούν να συμβούν. Απαντώνται σε συχνότητα 1–1,2%. Τα άτομα με τα σοβαρότερα προβλήματα, που χαρακτηρίζονται συνήθως από την απουσία λειτουργικής γλώσσας και άλλοτε άλλου βαθμού Νοητική Υστέρηση, χαρακτηρίζονται ως άτομα χαμηλής λειτουργικότητας. Στην άλλη άκρη του φάσματος βρίσκονται άτομα με ελαφρότερη συμπτωματολογία, λειτουργική ομιλία και τουλάχιστον φυσιολογική νοημοσύνη, τα οποία συχνά αναφέρονται ως άτομα με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας ή, αν δεν έχουν καθυστέρηση στην ανάπτυξη της ομιλίας, ως άτομα με σύνδρομο Asperger. Οι χαμηλότερης λειτουργικότητας πάσχοντες ενήλικοι μπορούν να παραπεμφθούν στον ψυχίατρο ενηλίκων κυρίως για προβλήματα συμπεριφοράς. Η αδυναμία έκφρασης των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν αφενός λόγω των γλωσσικών περιορισμών και αφετέρου λόγω των ελλειμμάτων στην εναισθησία τους, τους οδηγεί σε συμπεριφορικές εκτροπές (συχνά αυτο- και έτερο-επιθετικότητα), που προβληματίζουν και ανησυχούν το περιβάλλον τους και οδηγούν στην αναζήτηση ψυχιατρικής βοήθειας. Η αντιμετώπισή τους συχνότερα, αν και όχι πάντοτε δικαιολογημένα, εστιάζεται στη φαρμακευτική αγωγή. Μια ιδιαίτερη κατάσταση που θα πρέπει να προσεχθεί είναι η κατατονία που μπορεί να εμφανιστεί μετά την εφηβεία στο πλαίσιο της ΔΑΦ και η οποία δεν σηματοδοτεί συννοσηρότητα με άλλη διαταραχή, όπως η σχιζοφρένεια, αλλά αποτελεί ακραία εκδήλωση άγχους της ίδιας της ΔΑΦ. Τα άτομα υψηλότερης λειτουργικότητας είναι πιο δύσκολο να εντοπιστούν, αλλά και αυτά μπορεί να έχουν ανάγκη ψυχιατρικής αντιμετώπισης. Πρόκειται για άτομα που μπορεί να μην έχουν λάβει ποτέ τη διάγνωση της ΔΑΦ, αλλά αντιθέτως να έχουν στο ιστορικό τους ποικιλία διαγνωστικών κατηγοριοποιήσεων. Η διάγνωσή τους παρεμποδίζεται ακόμα περισσότερο όταν αυτοί επιδεικνύουν εξαιρετικές ικανότητες, επαγγελματική επιτυχία ή και κάποια κοινωνική προσαρμογή (π.χ. γάμος-οικογένεια). Η συχνή σύγχυση της παρουσιαζόμενης σε αυτούς κλινικής εικόνας με συμπτώματα άλλων διαταραχών οδηγεί στη λανθασμένη και συνεπώς ανεπιτυχή αντιμετώπισή τους με τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής. Στο άρθρο γίνεται αναφορά των συμπτωμάτων και των καταστάσεων που θα πρέπει να προβληματίσουν τον ψυχίατρο για την παρουσία ΔΑΦ σε έναν ενήλικο με καλή νοημοσύνη και λειτουργικότητα που παραπέμπεται για κάποιες περίεργες ιδέες ή συμπεριφορές. Η διαγνωστική διαδικασία που ενδείκνυται δεν διαφοροποιείται πολύ από αυτή που εφαρμόζεται στα παιδιά και τους εφήβους, και αποτελείται από λεπτομερή λήψη αναπτυξιακού ιστορικού και παρατήρηση-συνέντευξη. Τέλος, συζητώνται τα συχνότερα διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα που παρουσιάζονται στους λειτουργικούς ενήλικους με ΔΑΦ, όπως η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η σχιζοειδής διαταραχή προσωπικότητας, η σχιζοφρένεια και οι ψυχώσεις, και παρέχονται κάποιες διευκρινήσεις που μπορούν να βοηθήσουν τη σωστότερη αξιολόγηση και κατάταξη των παρουσιαζόμενων συμπτωμάτων.

Λέξεις ευρετηρίου: Διαταραχή του αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ), κατατονία, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, σχιζοειδής διαταραχή προσωπικότητας, σχιζοφρένεια, ψύχωση.

Εισαγωγή

Οι Διαταραχές του Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) περιγράφουν μια διά βίου κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ατυπίες στην κοινωνική συναλλαγή, διαταραγμένη λεκτική και μη-λεκτική επικοινωνία, περιορισμένο εύρος ενδιαφερόντων, φαντασίας και ευελιξίας, και διαταραγμένη πρόσληψη και επεξεργασία αισθητηριακών ερεθισμάτων.¹ Η έννοια του φάσματος αποτυπώνει τη μεγάλη ποικιλία στην κλινική έκφραση των συμπτωμάτων στους ανωτέρω τομείς και στον χρόνο.² Η βαρύτητα, επίσης, ποικίλει σημαντικά, με τα λιγότερο επηρεασμένα άτομα να χαρακτηρίζονται από ήπιες συμπεριφορικές δυσκολίες και σχετικά μονήρη φαινοτυπικά χαρακτηριστικά και με μόνο μικρή έκπτωση στο λεκτικό νοητικό τους δυναμικό (broader phenotype – ευρύτερος φαινότυπος). Οι ΔΑΦ είναι μια ομάδα νευροαναπτυξιακών διαταραχών, στο πλαίσιο της οποίας γνωστικές δυσλειτουργίες παίζουν έναν καθοριστικό ρόλο και στην αιτιολογία της οποίας οι γενετικοί παράγοντες φαίνεται να είναι οι πιο σημαντικοί.³

Στο παρόν άρθρο θα εστιάσουμε στην εμφάνιση των ΔΑΦ στην ενήλικη ζωή και στα διαφοροποιημένα ζητήματα που τίθενται, ιδιαίτερα δε στους ενήλικους του υψηλότερου λειτουργικά άκρου του φάσματος, που μπορούν να επισκεφθούν μια δομή ψυχιατρικής ενηλίκων.

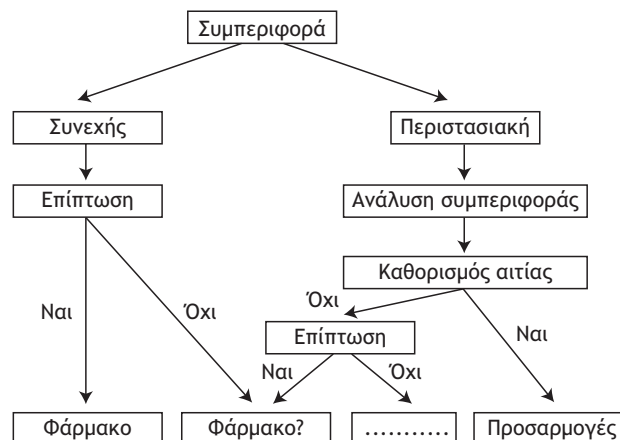
Ενήλικοι με ΔΑΦ

Τα άτομα με χαμηλότερη ή μέση λειτουργικότητα θα συνεχίσουν να χρειάζονται ειδική φροντίδα και θα παραπεμφθούν στον ψυχίατρο κυρίως για προβλήματα συμπεριφοράς. Η προέλευση αυτών των προβλημάτων μπορεί, βέβαια, να προέρχεται από την εμφάνιση μιας νέας ψυχιατρικής διαταραχής, και αυτό δεν θα πρέπει να διαφύγει του κλινικού, αλλά η αναγνώριση αυτών των καταστάσεων δεν είναι εύκολη σε αυτή την υπο-ομάδα, εξαιτίας κυρίως των επικοινωνιακών περιορισμών της.⁴

Στις περισσότερες όμως περιπτώσεις τα προβλήματα συμπεριφοράς πηγάζουν από τους περιορισμούς που θέτουν στην προσαρμογή του ατόμου οι ίδιες οι ΔΑΦ, αλλά και οι περιορισμένες νοητικές δυνατότητες αυτής της υπο-ομάδας. Όταν οι περιορισμένες δεξιότητες αυτών των ατόμων υπολείπονται των ολόένα αυξανόμενων σε πολυπλοκότητα αναγκών τους, τότε δημιουργείται χώρος για την εμφάνιση προκλητικών και επιθετικών συμπεριφορών, κυρίως ως ακατάλληλων επικοινωνιακών ισοδυναμών.⁵ Συνεπώς,

αντίθετα από την κυρίαρχη σε αυτές τις περιπτώσεις πρακτική, ο κύριος τρόπος αντιμετώπισης αυτών των ανεπιθύμητων συμπεριφορών, είναι πιο συχνά οι συμπεριφορικές προσαρμογές και οι περιβαλλοντικές τροποποιήσεις και λιγότερο η φαρμακευτική αγωγή. Η τελευταία θα πρέπει να αποτελεί επιλογή μόνο στις περιπτώσεις εκείνες που η συμπεριφορά είναι συνεχής (π.χ. διαρκής ευερεθιστότητα) και με επιπτώσεις στην εν γένει προσαρμογή του ατόμου (π.χ. μη συνεργασία με το εκπαιδευτικό ή εργασιακό περιβάλλον), ή σε εκείνες τις περιπτώσεις που ενώ η εμφάνιση του προβλήματος είναι περιστασιακή (π.χ. εκρήξεις θυμού) υπάρχει αδυναμία εντοπισμού των αιτιών του και η επίπτωσή του είναι σημαντική για την προσαρμογή (π.χ. κίνδυνος για τους άλλους). Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις η χρήση φαρμάκων είναι άσκοπη και χωρίς αποτελεσματικότητα (σχήμα 1).

Ειδική μνεία πρέπει να γίνει στην εμφάνιση κατατονικών συμπτωμάτων στις ΔΑΦ. Αυτά συνίστανται σε εμφάνιση βραδύτητας, δυσκολίας στην έναρξη της κίνησης, ανάγκη παρακίνησης, υπερβολικής παθητικότητας, περιέργης βάδισης, περιέργων και άκαμπτων στάσεων του σώματος, «παγώματος», παρορμητικών πράξεων, ανικανότητας τερματισμού μιας πράξης, ακράτειας, προβλημάτων ύπνου, κ.ά.⁶ Αποτέλεσμα αυτών είναι η δραματική επιδείνωση της καθημερινής ζωής αυτών των ατόμων. Η κατάσταση αυτή δεν είναι σπάνια και υπολογίζεται ότι ένα στα επτά άτομα με ΔΑΦ θα την παρουσιάσει μετά την ηλικία των 12 ετών,⁷ είναι δε συχνότερη σε άτομα με κατατονικόμορφα χαρακτηριστικά στην παιδική ηλικία, όπως αρνητισμός, ηχολαλία, ηχοπραξία, δυστονικές στάσεις, στερεοτυπίες, κ.λπ.⁶ Το σοβαρό και



Σχήμα 1. Ο αλγόριθμος της χρήσης φαρμάκων στις ΔΑΦ.

συνεχές άγχος είναι μέρος της παθοφυσιολογίας της κατατονίας στις ΔΑΦ και υπάρχει μια τάση για βελτίωση με την ηλικία, ιδιαίτερα αν έχουν φυσιολογική νοημοσύνη.⁸

Η παρατηρούμενη επιδείνωση στην κλινική εικόνα του ατόμου και η απώλεια κατεκτημένων δεξιοτήτων συχνά αποδίδεται στη «φυσιολογική» πορεία των ΔΑΦ μετά την εφηβεία ή/και στην επίδραση κάποιων ψυχοπαιστικών γεγονότων. Όμως, θα πρέπει να σημειωθεί ότι, σύμφωνα με τα νεότερα δεδομένα, η θρυλούμενη «φυσιολογική» επιδείνωση στις ηλικίες αυτές δεν έχει την καθολικότητα και την έκταση που της αποδιδόταν παλαιότερα,⁹ ενώ η παρουσία κάποιου ψυχοπαιστικού γεγονότος ή αλλαγής μπορεί να είναι η αφορμή για την εμφάνιση της κατατονίας στις ΔΑΦ. Συνεπώς, σε τέτοιες περιπτώσεις θα πρέπει ο κλινικός να περιλαμβάνει την κατατονία στη διαφορική του διάγνωση και βέβαια να διερευνά εάν αυτή αποτελεί αποτέλεσμα κάποιας συννοσηρής κατάστασης (λ.χ. κατάθλιψη) ή αν απλά αποτελεί κλινική εκδήλωση της ίδιας της ΔΑΦ.

Στην τελευταία περίπτωση, προκειμένου να επιλεγεί η θεραπευτική αντιμετώπιση,^{10,11} συνιστάται να γίνει η δοκιμασία πρόκλησης με διάλυμα λοραζεπάμης (2–4 mg/2 mL). Αρχικά γίνεται έγχυση του 1 mL και επαναξιολογούμε σε 2–5 min. Σε περίπτωση αποτυχίας γίνεται έγχυση και του υπολοίπου. Εάν η δοκιμασία είναι θετική, το φάρμακο χορηγείται σε ψηλές δόσεις per os (6–24 mg/ημ) και εφόσον ο ασθενής βελτιωθεί διατηρείται η θεραπεία για τουλάχιστον 6 μήνες. Αν αποτύχει η δοκιμασία ή δεν υπάρξει βελτίωση με την per os αγωγή, τότε συνιστάται αμφοτερόπλευρη ηλεκτροσπασμοθεραπεία.^{10,11} Επίσης, έχουν χρησιμοποιηθεί χαμηλές δόσεις άτυπων αντιψυχωσικών με ή χωρίς αμανταδίνη. Τέλος, έχει αναπτυχθεί και ένα πρωτόκολλο ψυχολογικής και συμπεριφορικής παρέμβασης με στόχο τη μείωση του άγχους, συχνό αίτιο εμφάνισης της κατάστασης.^{11,12} Στο πρωτόκολλο αυτό περιλαμβάνεται εκπαίδευση γονέων, αναδόμηση του τρόπου ζωής και του περιβάλλοντος για τη μείωση του άγχους, παροχή εξωτερικών ερεθισμάτων και στόχων ώστε να αυξηθεί το κίνητρο και η ενεργητική ενασχόληση του ατόμου με ευχάριστα πράγματα, χρήση λεκτικών και σωματικών βοθημάτων (prompts) ως εξωτερικά ερεθίσματα για την αντιμετώπιση των κινητικών δυσκολιών, διατήρηση προβλέψιμης δόμησης και ρουτίνας στο περιβάλλον και ιδιαίτερη συμβουλευτική για προβλήματα όπως η ακράτεια, το πάγωμα σε θέση, το φαγητό και τα επεισόδια διέγερσης.¹²

Ενήλικοι με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας

Ως άτομα με υψηλής λειτουργικότητας αυτισμό (ΥΛΑ) θεωρούμε, σύμφωνα με το DSM-IV, τα άτομα με αυτιστική διαταραχή με τουλάχιστον φυσιολογική νοημοσύνη, και τα άτομα που χαρακτηρίζονται ότι πάσχουν από σύνδρομο Asperger. Οι κατηγορίες αυτές, σύμφωνα με το προσχέδιο του DSM-V, θα καταργηθούν και απλά θα μιλάμε για άτομα με ΔΑΦ, στα οποία θα σημειώνονται ως προσδιοριστές η υψηλή τους λειτουργικότητα και η τουλάχιστον τυπική νοημοσύνη.

Η ομάδα αυτή των ατόμων με ΥΛΑ παραπέμπεται επίσης συχνά σε ψυχιατρικές δομές και ιατρεία και υπολογίζεται ότι μπορεί να αποτελεί περίπου τα 3/4 των ατόμων με ΔΑΦ που παραπέμπονται στην ενήλικη ζωή.¹³ Σύμφωνα με τους Nylander & Gillberg, το 1,4% των ενήλικων εξονοσοκομειακών ψυχιατρικών ασθενών πληρούν τα κριτήρια για διαταραχή του Asperger,¹⁴ ενώ υπολογίζεται ότι το 0,2% των ασθενών που εισήχθησαν στα τμήματα ψυχιατρικών επειγόντων περιστατικών έλαβαν ως πρώτη διάγνωση διαταραχή του Asperger.¹⁵ Τα άτομα αυτά μπορεί να έχουν ήδη διαγνωστεί ως άτομα με ΥΛΑ στο παρελθόν (συνήθως στην παιδική ηλικία), αλλά συχνά είναι περιστατικά που ουδέποτε έχουν πάρει αντίστοιχη διάγνωση στο παρελθόν.

Η παραπομπή τους μπορεί να είναι αποτέλεσμα προβλημάτων συμπεριφοράς, συναισθηματικών ή ψυχιατρικών συμπτωμάτων, αδυναμία να βρουν εργασία, συνεχιζόμενες δυσκολίες στις σχέσεις, κ.λπ. Ολοένα και περισσότεροι, όμως, έρχονται για αξιολόγηση μόνοι τους έχοντας παρακολουθήσει κάποιο σχετικό πρόγραμμα στην TV ή έχοντας δει σχετικές πληροφορίες στο διαδίκτυο ή, τέλος, έχοντας γνωρίσει κάποιον με διάγνωση ΔΑΦ (συχνά κάποιον συγγενή τους, όπως το παιδί τους). Αρκετοί από τα άτομα με ΥΛΑ που αναζητούν βοήθεια έχουν (συχνά λαθεμένα) αντιμετωπιστεί για άλλες διαγνώσεις, όπως ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΨΔ), σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις, αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές προσωπικότητας, κατάθλιψη, κ.λπ.

Συμπτώματα σε ενηλίκους με υψηλής λειτουργικότητας αυτισμό

Ίσως το πιο καθολικό και χαρακτηριστικό έλλειμμα των ατόμων με ΥΛΑ, ακόμα και των πλέον ικανών, είναι αυτό στην κοινωνική επικοινωνία ή, όπως αναφέρεται στη γλωσσολογία, στην πραγματολογία της

γλώσσας. Κατά τον Morris η γλώσσα αποτελείται από τη σύνταξη (σχέσεις μεταξύ των συμβόλων), τη σημασιολογία (σχέσεις μεταξύ των συμβόλων και των αναφορών τους), και την πραγματολογία (σχέση μεταξύ των συμβόλων και των ανθρώπων που τα χρησιμοποιούν).¹⁶ Η πραγματολογία αναφέρεται δηλαδή στη χρήση της γλώσσας στο κοινωνικό πλαίσιο και εμπεριέχει στοιχεία που αφορούν στην κατανόηση και τη χρήση: (α) του πλαισίου επικοινωνίας (χώρος, χρόνος, συνομιλητής), (β) των μη λεκτικών επικοινωνιακών πληροφοριών (εκφράσεις προσώπου, στάση σώματος, χειρονομίες κ.λπ.), (γ) των κατάλληλων γλωσσικών δομών (σημασιολογία, μορφοσυντακτικό), (δ) των κατάλληλων παραλεκτικών πληροφοριών (ένταση/χροιά φωνής, επιτονισμός, παύσεις στη ροή της ομιλίας κ.λπ.) και (ε) των κατάλληλων κοινωνικών συμπεριφορών. Με άλλα λόγια, η πραγματολογία είναι η επιδέξια επικοινωνία μέσω της ικανότητας του ατόμου να μπορεί να λέει το σωστό πράγμα στον κατάλληλο χρόνο και τόπο και με τον σωστό τρόπο, όπως αυτός ορίζεται από τις κοινωνικές συνθήκες.¹⁷

Τα άτομα με ΥΛΑ έχουν, λοιπόν, δυσκολίες στο να σηματοδοτούν την πρόθεση της επικοινωνίας, να διασφαλίζουν την κατανόηση του συνομιλητή τους, να είναι ενήμεροι του κοινωνικού πλαισίου και των χαρακτηριστικών της συναλλαγής (π.χ. να ξεκινά και να κρατάει τη σειρά στη συζήτηση). Εξαιτίας αυτών των δυσκολιών μπορεί να έχουν δυσκολία στη συζήτηση, να μιλούν μόνο για τα ενδιαφέροντά τους, να μην κρατούν τη σειρά τους, να κάνουν ακατάλληλα σχόλια και να μην κατανοούν την έννοια της καθημερινής κουβέντας που γίνεται απλά για την ευχαρίστηση των εμπλεκόμενων ή από κοινωνική ανάγκη. Παρουσιάζουν δυσκολία στο να εκφράσουν ή/και να κατανοήσουν το μη λεκτικό μέρος της επικοινωνίας και να χρησιμοποιήσουν αυτές τις πληροφορίες για να ξεκαθαρίσουν τις προθέσεις του άλλου. Άλλα άτυπα χαρακτηριστικά της ομιλίας τους είναι η χρήση εξεζητημένων εκφράσεων, η κυριολεκτική κατανόηση και χρήση της ομιλίας, ο ασυνήθης τόνος και προσωδία (συχνά μονότονος χωρίς να μεταφέρει νόημα ή συναίσθημα στον συνομιλητή), οι πολλές επαναλήψεις, η ιδιοσυστασιακή χρήση λέξεων, η ακατάλληλη για το πλαίσιο ομιλίας, η εμμονή στη θεματολογία και η κακή ρύθμιση της ποσότητας της ομιλίας (υπερβολικά πολύ ή –αντίθετα– ελάχιστα), αλλά και της ποσότητας της πληροφορίας που παρέχουν στον συνομιλητή τους (υπερβολικές και άχρηστες λεπτομέρειες, ή αντίθετα παράλειψη κρίσιμων για την κατανόηση του άλλου πληροφοριών).

Βέβαια, ο πυρήνας των δυσκολιών των ατόμων με ΔΑΦ αποτελείται από τις ελλείψεις κοινωνικές δεξιότητες και κοινωνική επίγνωση. Τα άτομα αυτά μπορεί να εστιάζουν σε διαφορετικά ερεθίσματα στο κοινωνικό περιβάλλον, να μην καταλαβαίνουν συνήθεις κοινωνικούς κανόνες, να δίνουν την εικόνα ή να είναι σχετικά «μοναχικοί», να έχουν δυσκολία να διακρίνουν μεταξύ διαφορετικών πλαισίων ή να κατανοήσουν τη διαφορά μεταξύ φίλων και γνωστών, ενώ στον γάμο ή τη σχέση τους δεν κατανοούν τις προσδοκίες, τις ευθύνες ή τα συναισθήματα που εμπεριέχονται σε αυτά.

Διαταραχές μπορούν να παρουσιάζουν στη συναισθηματική επίγνωση και την έκφρασή τους με ακατάλληλες εκφράσεις προσώπου (γέλιο, θυμό, κ.λπ.), έλλειμμα στην γκάμα των συναισθημάτων που μπορούν να εκφράσουν μη λεκτικά, δυσκολία στην ερμηνεία της έκφρασης του προσώπου και τη γλώσσα του σώματος του άλλου, ενώ μπορεί να εκδηλώνουν συναισθηματικές αντιδράσεις χωρίς να αναγνωρίζουν ότι το κάνουν ή χωρίς να αναγνωρίζουν την επίδραση που αυτές έχουν στον άλλο.

Οι στερεοτυπίες και τα περιορισμένα ενδιαφέροντα στους ενήλικους με ΥΛΑ έχουν διαφορετική εικόνα από αυτά που βλέπουμε στα παιδιά και στα άτομα με χαμηλότερη νοημοσύνη. Επειδή κατανοούν ότι αυτά θεωρούνται περίεργα ή απαράδεκτα μπορεί να τα συγκαλύπτουν σε δημόσιο περιβάλλον ή να τα κάνουν συγκαλυμμένα κατά κάποιο τρόπο. Μπορεί να έχουν λεκτικές τελετουργίες και πομπώδη ομιλία, ενώ στον τομέα των ενδιαφερόντων μπορεί να εμφανίζουν περιορισμένο εύρος, έλλειψη ενδιαφερόντων ή, αντίθετα, εμμονές και ιδεοληψίες με κάποια θέματα ή αντικείμενα.

Οι ενήλικοι με ΥΛΑ παρουσιάζουν δυσκολίες στις μεταβάσεις λόγω ελλειμμάτων στις εκτελεστικές λειτουργίες (εμμονή στη δραστηριότητα), άγχους (δεν μπορούν να προβλέψουν), κινητικών δυσκολιών (προβλήματα στον ιδεασμό), αισθητηριακών δυσκολιών (αρνητικά αισθητηριακά ερεθίσματα) ή αλλαγής στη ρουτίνα τους. Η ζωή τους διευκολύνεται αν υπάρχει δομή και ρουτίνα στη ζωή και την εργασία τους, αλλά όταν αυτά εγκαθιδρυθούν, πολύ δύσκολα αλλάζουν.

Οι αισθητηριακές δυσλειτουργίες είναι πολύ συχνότερες στα άτομα με ΔΑΦ,¹⁸ με σημαντική επίπτωση στην καθημερινή ζωή των ατόμων αυτών. Ως τέτοιες εννοούμε τις ασυνήθεις αισθητηριακές απαντήσεις που βιώνουν τα άτομα αυτά (είτε με τη μορφή της υπερ-καταγραφής και υπεραντίδρασης-αμυντικό-

τητας είτε με την υπο-καταγραφή και αναζήτηση) στους τομείς της αφής, της γεύσης, της όσφρησης, της όρασης, της ακοής, του αιθουσαίου και του ιδιοδεκτικού συστήματος. Αν και τα συμπτώματα αυτά βελτιώνονται γενικά στην ενήλικη ζωή, δεν εξαφανίζονται πάντα και συνεχίζουν να επηρεάζουν την καθημερινότητά τους, όπως αναφέρουν και οι ίδιοι στις αυτο-αναφορές τους.^{19,20}

Τέλος, οι ενήλικοι με ΥΛΑ μπορούν να έχουν συνοδές ψυχιατρικές διαταραχές, με την κατάθλιψη, το άγχος, την ΙΨΔ και τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) να είναι οι πιο συχνές, ενώ οι ψυχωσικές διαταραχές είναι μάλλον ασυνήθεις.²¹

Διαγνωστική διαδικασία

Οι αρχές για τη διαγνωστική προσπέλαση των ΔΑΦ στους ενήλικες δεν διαφέρουν από αυτές που ισχύουν για τα παιδιά και τους εφήβους. Χρειάζεται να ληφθεί ένα όσο είναι δυνατόν λεπτομερές αναπτυξιακό ιστορικό της πρώτης παιδικής ηλικίας, μια και αρκετοί ενήλικες με ΥΛΑ παύουν να πληρούν τα σχετικά κριτήρια, τουλάχιστον όπως αυτά ερμηνεύονται από τα αναγνωρισμένα για τη διαταραχή εργαλεία.⁹ Το γεγονός της μη πλήρωσης των κριτηρίων σε κάποιους ενήλικες με ΥΛΑ θέτει ένα ζήτημα σχετικά με το αν για τη διάγνωση θα πρέπει κανείς να λαμβάνει υπόψη του τις τρέχουσες βαθμολογίες των κριτηρίων, ή αν αντίθετα να επιμένει σε αυτές των πρώτων χρόνων ζωής (μεταξύ 4 και 5 ετών), όπως προτείνει το κατεξοχήν εργαλείο διάγνωσης, η Autism Diagnostic Interview-Revised.²² Το ζήτημα αναμένεται να ξεκαθαρίσει στην επικείμενη έκδοση του DSM-V.

Το ζήτημα της δυσκολίας συλλογής αξιόπιστων πληροφοριών για το πρώιμο αναπτυξιακό ιστορικό του ατόμου αντιμετωπίζεται τόσο με συλλογή πληροφοριών από την ευρεία οικογένεια και το φιλικό περιβάλλον του ατόμου όσο και με τη χρήση αυτο-συμπληρούμενων ερωτηματολογίων, όπως το Autism-Spectrum Quotient.²³ Με ερωτηματολόγια συλλέγουμε πληροφορίες και για τις ηπιότερες περιπτώσεις ατόμων που παρουσιάζουν τον ευρύτερο φαινότυπο της διαταραχής, όπως με το Broad Autism Phenotype Questionnaire.²⁴

Η διάγνωση ολοκληρώνεται με την άμεση παρατήρηση του ατόμου. Αυτή διευκολύνεται με τη χρήση ημι-δομημένων πρωτοκόλλων, όπως η Autism Diagnostic Observation Schedule.²⁵

Διαφορική διάγνωση

Η βασική πρόκληση που αντιμετωπίζει ο κλινικός όταν αντιμετωπίζει ένα άτομο με ΥΛΑ με συνοδά ψυχιατρικά συμπτώματα είναι η διάκριση αν αυτά οφείλονται αποκλειστικά στη ΔΑΦ ή αν αποτελούν συννοσηρή κατάσταση. Στην τελευταία περίπτωση, η οποία συνυπάρχουσα διαταραχή θα πρέπει να αντιμετωπιστεί ξεχωριστά. Ακολουθούν ορισμένες παρατηρήσεις για τη διαφορική διάγνωση διαταραχών των οποίων τα συμπτώματα συχνά συγχέονται με εκείνα των ΔΑΦ.

Η συμπτωματολογία της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (ΙΨΔ) μπορεί να θέσει θέμα διαφοροποίησης από τα συμπτώματα των περιορισμένων ενδιαφερόντων και των επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών.²⁶ Το μικρό εύρος ενδιαφερόντων και η πιθανή έντασή τους στις ΔΑΦ μπορεί να εκληφθούν ως ιδεοληψίες, ενώ οι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές ως καταναγκασμοί. Εξάλλου, οι δύο διαταραχές πιθανώς να μοιράζονται και κάποιο κοινό γενετικό υπόστρωμα και κοινή παθοφυσιολογία.²⁶ Συχνά η διάκριση των δύο διαταραχών είναι δυσχερής, εξαιτίας των επικοινωνιακών περιορισμών των ατόμων με ΔΑΦ. Οι περιορισμοί αυτοί υφίστανται ακόμα και στους ενήλικους με ΥΛΑ, οι οποίοι μπορούν να δώσουν συγκεχυμένη αναφορά, αφενός λόγω των πραγματολογικών τους δυσκολιών και αφετέρου λόγω της αδυναμίας τους να αντιληφθούν την επίδραση των λεγομένων τους στον άλλον, και άρα να προλάβουν την όποια παρεξήγηση από μέρους του.

Στοιχεία που διαχωρίζουν τις δύο αυτές καταστάσεις είναι ότι (α) η εμπλοκή σε αυτά τα ενδιαφέροντα στις ΔΑΦ μειώνουν το άγχος, ενώ αντίθετα οι ιδεοληψίες και οι καταναγκασμοί το προκαλούν και το αυξάνουν ή απλά το ανακουφίζουν μόνο στιγμιαία, (β) το περιεχόμενο των επαναλαμβανόμενων ιδεών στην ΙΨΔ (επιθετικές, μόλυνσης, σεξ, θρησκείας, σωματικές ή συμμετρίας) δεν είναι συχνό στις ΔΑΦ και (γ) το επίπεδο εναισθησίας είναι πιο περιορισμένο στις ΔΑΦ. Τέλος, τα συμπτώματα στην ΙΨΔ ξεκινούν συνήθως μετά την πρώιμη παιδική ηλικία, ενώ το αναπτυξιακό ιστορικό των παιδιών αυτών είναι φυσιολογικό, χωρίς τις χαρακτηριστικές αποκλίσεις και καθυστερήσεις των ΔΑΦ. Σε αυτές τις τελευταίες, αντίθετα, αναφέρονται δυσκολίες στην ανάπτυξη και την κοινωνική προσαρμογή σχεδόν από την αρχή της ζωής.

Σημειώνεται όμως ότι είναι δυνατό να συνυπάρχουν οι δυο διαταραχές και τότε απαιτείται η αντιμετώπιση ξεχωριστά της ΙΨΔ, συνήθως φαρμακευτικά, αν και υπάρχουν ενδείξεις ότι και η γνωσιακή συ-

μπεριφορική θεραπεία μπορεί να έχει επίσης κάποια αποτελέσματα.²⁷

Οι ΔΑΦ μοιράζονται με τη σχιζοειδή διαταραχή προσωπικότητας (ΣΔΠ) την έλλειψη στην ενσυναίσθηση, τις περιορισμένες κοινωνικές δεξιότητες και φιλίες, την απομόνωση, την «αναισθησία» και τη «στενοκεφαλιά». Η εννοιολογική τους συσχέτιση ήταν ακόμα πιο ισχυρή στο παρελθόν, στον βαθμό που άτομα τα οποία παλαιότερα είχαν αυτή τη διάγνωση σήμερα να αναγνωρίζονται ως άτομα με σύνδρομο Asperger ή γενικότερα άτομα με ΥΛΑ.²⁸ Ο διαχωρισμός μεταξύ των δύο διαταραχών γίνεται σήμερα στη βάση του ότι τα ελλείμματα στην κοινωνική συναλλαγή στη ΣΔΠ είναι συχνά λιγότερο σοβαρά και γίνονται εμφανή μετά τα τελευταία σχολικά χρόνια, οι επικοινωνιακές παρεκκλίσεις στη ΣΠΔ είναι ήπιες και με λιγότερη επίδραση στις σχέσεις, δεν υπάρχει έλλειμμα στη φαντασία ή έντονα και ιδιαίτερα ενδιαφέροντα.²⁹

Η πραγματική πρόκληση του κλινικού είναι ασφαλώς η διαφορική διάγνωση των ΔΑΦ και των «ψυχωσικόμορφων» εκδηλώσεών τους από τη σχιζοφρένεια και την ψύχωση. Οι δύο διαταραχές αρχικά θεωρήθηκαν ως άμεσα σχετιζόμενες, με τον Αυτισμό να περιγράφεται και ως παιδική σχιζοφρένεια, αλλά σύντομα διαχωρίστηκαν τελείως με βάση τις μελέτες του Kolvin και του Rutter.³⁰ Τα όρια των δύο διαταραχών συζητώνται εκ νέου, κυρίως στο επίπεδο ότι κάποια από τα πρόδρομα συμπτώματα της πρώιμης έναρξης σχιζοφρένειας ενδέχεται να περιγράφονται στο πλαίσιο μιας ΔΑΦ.³¹

Οι ψευδαισθήσεις αποτελούν το πιο ισχυρό διαφοροδιαγνωστικό στοιχείο μεταξύ των δύο διαταραχών. Όμως, η παρουσία τους δεν είναι πάντα εύκολο να διαπιστωθεί σε άτομα με ΔΑΦ μια και αυτά συχνά δυσκολεύονται να ξεχωρίσουν μια εξωτερική φωνή από τον εσωτερικό διάλογο, κάποιοι μιλούν δυνατά στον εαυτό τους, ενώ και οι αισθητηριακές δυσκολίες τους μπορεί να παρουσιαστούν ως ψευδαισθήσεις. Επιπλέον, μπορεί να δυσκολευτούν να διαχωρίσουν τις ψευδαισθήσεις από φανταστικά φαινόμενα, αγχώδεις ενασχολήσεις, παραισθήσεις ή μνήμες (οπτικές-φωτογραφικές, flashbacks).

Τα άτομα με ΔΑΦ μπορεί να έχουν ιδιοσυστασιακές και στερεότυπες αντιλήψεις για τον κόσμο γύρω τους και αυτά να εκληφθούν ως παραλήρημα, εξαιτίας και των επικοινωνιακών τους περιορισμών που αναφέρθηκαν παραπάνω. Ο ενίοτε διαταραγμένος λόγος τους (χαλαρές συσχετίσεις, παράλογη σκέψη και νεολογι-

σμοί) είναι σχεδόν πάντα το αποτέλεσμα των πραγματολογικών τους δυσκολιών. Αρκετές από τις περιέργες συμπεριφορές τους (στερεότυπος λόγος, ηχωλαλία, περιέργες στάσεις και μορφασμοί, ακαμψία) μπορούν να είναι και μέρος μιας κατατονικής εικόνας που, όπως ήδη αναφέρθηκε, σχετίζεται με την ίδια τη ΔΑΦ. Τέλος, τα αρνητικά συμπτώματα που μπορεί να εμφανιστούν (ελλιπής συγκέντρωση, κίνητρα και ενεργητικότητα) δεν είναι ειδικά για τη ψύχωση, ενώ η εν γένει επιδείνωση στη λειτουργικότητα μπορεί να προκύψει όχι από μείωση της λειτουργίας τους, αλλά από την αύξηση των απαιτήσεων του περιβάλλοντος.

Βοηθητικό διαφοροδιαγνωστικό στοιχείο είναι το γεγονός ότι τα συμπτώματα είναι γενικά περιορισμένα σε οικεία/ασφαλή πλαίσια (άτομα-μέρη), ενώ δεν παρατηρείται σημαντική έκπτωση του επιπέδου διαβίωσης του ατόμου. Τα συμπτώματα αυτά βελτιώνονται με άμεση προσέγγιση για τη μείωση του συνοδού άγχους και την προστασία από το κοινωνικό στρες, καθώς και με τη διδασχία και εφαρμογή δεξιοτήτων διαχείρισης του άγχους. Αντίθετα, η κατάσταση δεν βελτιώνεται με τη χορήγηση αντιψυχωσικών, παρά μόνο στο μέτρο που αυτά επιδρούν στο άγχος τους.

Όπως αναφέρθηκε για την ΙΨΔ, σχιζοφρένεια και ΔΑΦ μπορούν να συνυπάρξουν, οπότε χρειάζεται ξεχωριστή αντιμετώπιση. Η εμφάνιση όμως σχιζοφρένειας σε έδαφος ΔΑΦ δεν συμβαίνει συχνότερα από το στατιστικά αναμενόμενο για τον γενικό πληθυσμό.^{21,32}

Συμπεράσματα

Το γεγονός ότι αφενός η ΔΑΦ δεν είναι μια σπάνια διαταραχή, όπως πιστευόταν κάποτε, και αφετέρου η εκδήλωσή της είναι εξαιρετικά πολυσχιδής, καθιστά απολύτως απαραίτητη τη συμπερίληψη της συγκεκριμένης διάγνωσης στη διαφορική διάγνωση από τον ψυχίατρο. Συχνά, η συμπτωματολογία ενός ατόμου με ΔΑΦ με υψηλή λειτουργικότητα παρερμηνεύεται ως κάποια άλλη διαταραχή και αντιμετωπίζεται με λάθος τρόπο. Ο ψυχίατρος θα πρέπει να υποψιάζεται τη ΔΑΦ όταν στο ιστορικό του ασθενούς υπάρχει πολύ πρώιμη έναρξη δυσκολιών με κακή κοινωνικότητα με συνομηλικούς, όταν υπάρχουν πολλές και διαφορετικές διαγνώσεις και όταν τα τρέχοντα συμπτώματα έχουν κάποια διαφορετική ποιότητα από την τυπικά αναμενόμενη, ή/και τα συμπτώματα δείχνουν να ανθίστανται στη φαρμακευτική αγωγή. Ένα λεπτομερές αναπτυξιακό ιστορικό και η προσεκτική παρατήρηση της κοινωνικής επικοινωνίας του ατόμου, θα αποκαλύψουν τα πιθανά ελλείμματα που χαρακτηρίζουν τη ΔΑΦ.

The projection of autism spectrum disorders (ASDs) in adult life

K.G. Francis

*2nd Department of Psychiatry, National and Kapodistrian University of Athens,
"Attikon" University General Hospital of Athens, Athens, Greece*

Psychiatriki 2012, 23:S66–S73

Autism Spectrum Disorders (ASDs) consist a group of neurodevelopmental disorders that are usually diagnosed in early childhood but they persist throughout life, although significant changes can happen. The prevalence of the ASDs is estimated to be 1–1.2%. Subjects with the more severe form of the disorder that are usually characterised by the absence of a communicative language and learning difficulties of various severity, are often referred as persons with lower functioning. In the other end of the spectrum we can find subjects with less severe symptomatology, communicative language and at least of normal intelligence that are referred as high functioning autistic people or -in case of an absence of a language delay- as suffering from Asperger syndrome. The lower functioning adults can be referred to an adult psychiatrist mainly due to their behavioral problems and disruptive behaviors. Their inability to express their difficulties, due to their language restrictions and empathy deficits, can lead these people to behavioural deviances (often self- or hetero-destructive) that challenge their personal environment ending up in the pursuit of psychiatric help. In most cases, although not always justified, psychotropic medications will be prescribed in an attempt to control their maladaptive behaviors. Special attention should be paid to the catatonic exacerbation of ASD, which can be exhibited after adolescence. The catatonic features presented shouldn't be perceived as a possible comorbidity with another disorder, such as schizophrenia, but rather as an extreme form anxiety within the context of an ASD. High Functioning adults with ASDs are more difficult to be detected, but they may also need psychiatric consultation. These subjects may have never been diagnosed with an ASD, but they could have in their history a variety of diagnostic categorizations. Their accurate diagnosis could be further hampered in cases where they are exhibiting remarkable abilities, professional success or even an adequate social adaptation, such as marriage and family. Very often their symptoms will be confused with those of other disorders and they will be also prescribed psychotropic medication with very few, if any, results. In the current paper, we will point out the symptoms and situations that should alert the psychiatrist for the presence of an ASD in an adult with a normal intelligence and adequate functioning that is referred to him for bizarre ideas or behaviors. The designated diagnostic procedure for the ascertainment of the ASD in this case is similar to the one followed for children and adolescents and comprises of a detailed developmental history and a relevant observation and interview. Finally, we will discuss the most common difficulties in the differential diagnosis of the high functioning adults with an ASD from those suffering from Obsessive Compulsive Disorder, Schizoid Personality Disorder, Schizophrenia and Psychosis, and we will provide key issues that can be of an assistance in the more accurate assessment and categorization of the presented symptoms.

Key words: Autism Spectrum Disorder (ASD), catatonia, obsessive compulsive disorder, schizoid personality disorder, schizophrenia, psychosis.

Βιβλιογραφία

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Revised 4th ed). American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000
2. Wing L, Gould J. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *J Autism Child Schizophr* 1979, 9:11–29
3. Bailey A, Phillips W, Rutter M. Autism: Towards an integration of clinical, genetic, neuropsychological, and neurobiological perspectives. *J Child Psychol Psychiatry* 1996, 37:89–126
4. Skokauskas N, Gallagher L. Psychosis, affective disorders and anxiety in autistic spectrum disorder: prevalence and nosological considerations. *Psychopathology* 2010, 43:8–16

5. Loveland KA. Toward an ecological theory of autism. In: Burack JA, Charman T (eds) *The development of autism: Perspectives from theory and research*. Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ, 2001:17–37
6. Wing L, Shah A. Catatonia in autistic spectrum disorders. *Br J Psychiatry* 2000, 176:357–362
7. Kakooza-Mwesige A, Wachtel LE, Dhossche DM. Catatonia in autism: implications across the life span. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008, 17:327–335
8. Wing L, Shah A. A systematic examination of catatonia-like clinical pictures in autism spectrum disorders. *Int Rev Neurobiol* 2006, 72:21–39
9. Seltzer MM, Krauss MW, Shattuck PT, Orsmond G, Swe A, Lord C. The Symptoms of Autism Spectrum Disorders in Adolescence and Adulthood. *J Autism Dev Disord* 2003, 33:565–581
10. Fink M, Taylor MA, Ghaziuddin N. Catatonia in autistic spectrum disorders: a medical treatment algorithm. *Int Rev Neurobiol* 2006, 72:233–244
11. Dhossche DM, Shah A, Wing L. Blueprints for the assessment, treatment, and future study of catatonia in autism spectrum disorders. *Int Rev Neurobiol* 2006, 72:267–284
12. Shah A, Wing L. Psychological approaches to chronic catatonia-like deterioration in autism spectrum disorders. *Int Rev Neurobiol* 2006, 72:245–264
13. Barnard L, Young AH, Pearson J, Geddes J, O'Brien G. A systematic review of the use of atypical antipsychotics in autism. *J Psychopharmacol* 2002, 16:93–101
14. Nylander L, Gillberg C. Screening for autism spectrum disorders in adult psychiatric out-patients: a preliminary report. *Acta Psychiatr Scand* 2001, 103:428–434
15. Raja M, Azzoni A. Asperger's disorder in the emergency psychiatric setting. *Gen Hosp Psychiatry* 2001, 23:285–293
16. Morris CW. *Writings on the general theory of sings*. The Hague: Mouton 1971
17. Βογινδρούκας Ι. «Πραγματολογική ανάπτυξη και διαταραχές» Στο: Νικολόπουλος Δ (Επιμ.) *Γλωσσική Ανάπτυξη και Διαταραχές*. Εκδόσεις Τόπος, Αθήνα, 2008
18. Ben-Sasson A, Hen L, Fluss R, Cermak SA, Engel-Yeder B, Gal E. A Meta-Analysis of Sensory Modulation Symptoms in Individuals with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord* 2009, 39:1–11
19. Gerland G. *A real person: Life on the outside*. Souvenir Press, London, 2003
20. Grandin T, Scariano M. *Emergence: Labelled autistic*. Arena, Novato, CA, 1986
21. Hofvander B, Delorme R, Chaste P, Nydén A, Wentz E, Ståhlberg O et al. Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry* 2009, 9:35
22. Le Couteur A, Lord C, Rutter M. *The Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)*. Western Psychological Services, Los Angeles, 2003
23. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Skinner R, Martin J, Clubley E. The autism-spectrum quotient (AQ): evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *J Autism Dev Disord* 2001, 31:5–17
24. Hurley RS, Losh M, Parlier M, Reznick JS, Piven J. The broad autism phenotype questionnaire. *J Autism Dev Disord* 2007, 37:1679–1690
25. Lord C, Rutter M, DiLavore P, Risi S. *Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)*. Western Psychological Services, Los Angeles, 1999
26. Jacob S, Landeros-Weisenberger A, Leckman JF. Autism spectrum and obsessive-compulsive disorders: OC behaviors, phenotypes and genetics. *Autism Res* 2009, 2:293–311
27. Lang R, Regester A, Lauderdale S, Ashbaugh K, Haring A. Treatment of anxiety in autism spectrum disorders using cognitive behaviour therapy: A systematic review. *Dev Neurorehabil* 2010, 13:53–63
28. Wolf S. Schizoid personality in childhood and adult life. I: The vagaries of diagnostic labeling. *Br J Psychiatry* 1991, 159:615–620
29. Scheeringa MS. The differential diagnosis of impaired reciprocal social interaction in children: a review of disorders. *Child Psychiatry Hum Dev* 2001, 32:71–89
30. Kolvin I. Studies in the childhood psychoses. I. Diagnostic criteria and classification. *Br J Psychiatry* 1971, 118:381–384
31. Rapoport J, Chavez A, Greenstein D, Addington A, Gogtay N. Autism spectrum disorders and childhood-onset schizophrenia: clinical and biological contributions to a relation revisited. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009, 48:10–18
32. Dossetor, DR. "All That Glitters Is Not Gold": Misdiagnosis of Psychosis in Pervasive Developmental Disorders-A Case Series. *J Clin Child Psychol Psychiatry* 2007, 12:537–548

Αλληλογραφία: Κ.Γ. Φρανσίς, Παιδοψυχίατρος, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν», Ρίμνι 1, 124 62 Χαϊδάρι, Αθήνα
 Τηλ: (+30) 210-58 32 431, Fax: (+30) 210-53 26 453
 e-mail: cf Francis@otenet.gr