



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Διερεύνηση της Αναπτυξιακής Γλωσσικής Διαταραχής σε
παιδιά με ΔΕΠ-Υ**

Μερκούρη Ραφαΐλια

Τελούδη Αναστασία

Χαρίσκου Ελένη

Επιβλέπων: Παυλίδου Ευτέρπη

Επίκουρος Καθηγήτρια, Παιδιατρική

Ιωάννινα, Σεπτέμβριος, 2026

**INVESTIGATION OF DEVELOPMENTAL LANGUAGE DISORDER
IN CHILDREN WITH ADHD**

©

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Δήλωση μη λογοκλοπής

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

Μερκούρη, Ραφαΐλία

Τελούδη, Αναστασία

Χαρίσκου, Ελένη

Υπογραφή

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) αποτελεί συχνή νευροαναπτυξιακή διαταραχή της παιδικής ηλικίας, η οποία χαρακτηρίζεται από συμπτώματα απροσεξίας, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας. Η παρούσα εργασία εξετάζει την διερεύνηση της Αναπτυξιακής Γλωσσικής Διαταραχής (ΑΓΔ) σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ, καθώς και την ανάπτυξη και εφαρμογή του ερωτηματολογίου ΑΝΑΓΛΩ-ΔΕΠΥ.

Το εισαγωγικό κεφάλαιο αναφέρεται στη ΔΕΠ-Υ και παρουσιάζει τον ορισμό, τα βασικά συμπτώματα, τους τύπους της ΔΕΠ-Υ, την επιδημιολογία, τους παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνισή της, καθώς και τη διαγνωστική διαδικασία. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με άλλες διαταραχές, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγεται και η ΑΓΔ.

Το κεφάλαιο που ακολουθεί μελετά την ΑΓΔ, η οποία αποτελεί μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή που προκαλεί σημαντικά ελλείμματα στην κατάκτηση, κατανόηση και λειτουργική χρήση του λόγου, χωρίς να οφείλεται σε νευρολογικά, αισθητηριακά ή νοητικά αίτια. Συγκεκριμένα, εξετάζονται τα επιδημιολογικά δεδομένα, οι παράγοντες κινδύνου, οι διαφορές ανά φύλο και η διαγνωστική διαδικασία.

Στα τελευταία κεφάλαια αναλύεται το ερευνητικό μέρος, το οποίο περιλαμβάνει τη μεθοδολογία έρευνας, τα αποτελέσματα και την συζήτηση των ευρημάτων. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα ακολούθησε ποσοτική, διατομεακή σχεδίαση καθώς και ανάπτυξη του ερωτηματολογίου ΑΝΑΓΛΩ-ΔΕΠΥ. Το δείγμα αποτέλεσαν 36 γονείς παιδιών με διάγνωση ΔΕΠ-Υ, ηλικίας 4 έως 12 ετών.

Συμπερασματικά, η εργασία υπογραμμίζει την αναγκαιότητα έγκαιρης διεπιστημονικής αξιολόγησης, ανεξάρτητα από την ηλικία ή τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Επιπλέον, ενθαρρύνει τη διεξαγωγή σχετικών ερευνών σε μεγαλύτερο δείγμα, καθώς και τη διερεύνηση πρόσθετων παραγόντων που ενδέχεται να επηρεάζουν τη βαρύτητα των γλωσσικών συμπτωμάτων.

Λέξεις – κλειδιά: ΔΕΠ-Υ, ΑΓΔ, συννοσηρότητα, γλωσσικά ελλείμματα, ερωτηματολόγιο ΑΝΑΓΛΩ-ΔΕΠΥ

ABSTRACT

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is a common neurodevelopmental disorder of childhood, which is characterized by symptoms of inattention, hyperactivity, and impulsivity. The present study examines the investigation of Developmental Language Disorder (DLD) in children with ADHD, as well as the development and application of the ΑΝΑΓΛΩ-ΔΕΠΥ questionnaire.

The introductory chapter refers to ADHD and presents its definition, core symptoms, subtypes, epidemiology, factors associated with its occurrence and the diagnostic process. Special emphasis is placed on the comorbidity of ADHD with other disorders, among which DLD is also included.

The following chapter studies DLD, which is a neurodevelopmental disorder that causes significant deficits in the acquisition, comprehension and functional use of language, that cannot be attributed to neurological, sensory, or intellectual causes. Specifically, it examines the epidemiological data, risk factors, gender differences and the diagnostic process.

The final chapters present the research component of the study, which includes the research methodology, results, and discussion of the findings. Specifically, the research followed a quantitative, cross-sectional design as well as the development of the ΑΝΑΓΛΩ-ΔΕΠΥ questionnaire. The sample consisted of 36 parents of children diagnosed with ADHD, aged 4 to 12 years.

In conclusion, the study emphasizes the necessity of early multidisciplinary assessment, regardless of age or demographic characteristics. Furthermore, it encourages the conduct of related research on a larger sample, as well as the investigation of additional factors that may affect the severity of language symptoms.

Keywords: ADHD, DLD, comorbidity, language deficits, ΑΝΑΓΛΩ-ΔΕΠΥ questionnaire

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ)	10
1.1 Ορισμός:	10
1.2 DSM-5:	11
1.3 Επιπολασμός της ΔΕΠ-Υ ανά φύλο:	15
1.4 Διαφοροποίηση ανά ηλικία:	16
1.4.1 Βρεφική ηλικία:	16
1.4.2 Προσχολική ηλικία:	17
1.4.3 Σχολική ηλικία:	18
1.4.4 Εφηβική ηλικία:	18
1.4.5 Ενηλικίωση:	19
1.5 Τα κλινικά κριτήρια διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ:	19
1.6 Είδη της ΔΕΠ-Υ και κλινικά χαρακτηριστικά:	20
1.6.1 Τύπος ελλειμματικής προσοχής:	20
1.6.2 Υπερκινητικός / Παρορμητικός Τύπος:	21
1.6.3 Μικτός Τύπος:	21
1.7 Συννοσηρότητα:	22
1.7.1 Επιληψία και ΔΕΠ-Υ:	23
1.7.2 Μαθησιακές Δυσκολίες και ΔΕΠ-Υ:	23
1.7.3 Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή και ΔΕΠ-Υ:	24
1.7.4 Σύνδρομο Tourette και ΔΕΠ-Υ:	24
1.7.5 Κατάθλιψη και ΔΕΠ-Υ:	25
1.7.6 ΔΕΠ-Υ και Αυτισμός:	26
1.7.7 ΔΕΠ-Υ και Αναπτυξιακή Γλωσσική Διαταραχή (ΑΓΔ):	27
1.8 Διερεύνηση του παιδιού με ΔΕΠ-Υ:	28
1.9 Διαφορική Διάγνωση:	30
1.10 Αντιμετώπιση:	32
1.10.1 Φαρμακολογική Αντιμετώπιση:	33
1.10.2 Μη Φαρμακολογική Αντιμετώπιση:	35
1.11 Ανιχνευτικά Εργαλεία ΔΕΠ-Υ:	40
1.11.1 Vanderbilt Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Parent Rating Scale (VADPRS):	40
1.11.2 Child Behavior Checklist (CBCL):	40
1.11.3 SNAP- IV:	41
1.11.4 CONNERS 3:	41

1.11.5 Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños (ENFEN):	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Αναπτυξιακή Γλωσσική Διαταραχή (ΑΓΔ)	43
2.1 Ορισμός της ΑΓΔ:	43
2.2 Συχνότητα εμφάνισης της ΑΓΔ στα παιδιά:	43
2.3 Διαφορές της ΑΓΔ στα δύο φύλα:	44
2.4 Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης της ΑΓΔ:.....	44
Προωρότητα:.....	45
Οικογενειακή κατάσταση:.....	45
Χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών:	46
Σωματική και ψυχική υγεία μητέρας:	46
Ιογενείς λοιμώξεις:	46
2.5 Ανιχνευτικά Εργαλεία της ΑΓΔ:	47
2.5.1 Children’s Communication Checklist-2 (CCC-2):.....	47
2.5.2 Clinical Evaluation of Language Fundamentals–Fifth Edition (CELF-5):.....	47
2.5.3 Alberta Language Development Questionnaire (ALDeQ):	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	49
3.1 Σκοπός και Ερευνητικά Ερωτήματα	49
3.2 Ερευνητικός Σχεδιασμός	50
3.3 Δείγμα της Έρευνας	50
3.4 Ερευνητικό Εργαλείο (Ερωτηματολόγιο ΑΝΑΓΛΩ-ΔΕΠΥ)	55
3.5 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων και Δεοντολογία	56
3.6 Μέθοδοι Ανάλυσης Δεδομένων	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	59
4.1 Αποτελέσματα ανά Ενότητα του Ερωτηματολογίου	59
<i>Γραφική Απεικόνιση Απαντήσεων ανά Ερώτηση (Διαγράμματα Google Forms).....</i>	63
<i>Μέρος Α΄ — Κατανόηση Λόγου</i>	63
<i>Μέρος Β΄ — Έκφραση Λόγου</i>	65
<i>Μέρος Γ΄ — Συνοχή & Αφήγηση.....</i>	66
<i>Μέρος Δ΄ — Πραγματολογία</i>	68
<i>Μέρος Ε΄ — Συμπληρωματικά Στοιχεία</i>	70
4.2 Έλεγχοι Υποθέσεων και Συγκρίσεις Ομάδων (Independent Samples t-test)	72
4.3 Ανάλυση Συσχετίσεων Spearman (Spearman Correlation Matrix)	73
4.4 Μοντέλο Γραμμικής Παλινδρόμησης (Linear Regression)	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ	76
5.1 Σύνοψη και Ερμηνεία Ευρημάτων	76

5.2 Περιορισμοί της Έρευνας	78
5.3 Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα.....	79
5.4 Συμπεράσματα	79
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	81
<i>Εισαγωγικό Σημείωμα προς τους Γονείς/Κηδεμόνες</i>	<i>81</i>
<i>Δημογραφικά Στοιχεία</i>	<i>81</i>
<i>Μέρος Α' — Κατανόηση Λόγου</i>	<i>82</i>
<i>Μέρος Β' — Έκφραση Λόγου</i>	<i>82</i>
<i>Μέρος Γ' — Συνοχή & Αφήγηση.....</i>	<i>82</i>
<i>Μέρος Δ' — Πραγματολογία (Κοινωνική Χρήση Γλώσσας)</i>	<i>83</i>
<i>Μέρος Ε' — Συμπληρωματικά Στοιχεία (Διαφοροδιάγνωση ΑΓΔ έναντι ΔΕΠ-Υ)</i>	<i>83</i>
Βιβλιογραφία:	84

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ)

1.1 Ορισμός:

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ), είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή, η διάγνωση της οποίας βασίζεται στην αξιολόγηση συγκεκριμένων συμπεριφορικών εκδηλώσεων. Η εμφάνισή της συνήθως γίνεται πριν την ηλικία των 12 ετών και βάσει των επίσημων διαγνωστικών κριτηρίων, υπολογίζεται ότι επηρεάζει περισσότερα από 1 στα 20 παιδιά. Παρόλα αυτά, η κλινική εικόνα της ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζεται από έντονη ετερογένεια, καθώς τα συμπτώματα διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς την ένταση και τη μορφή τους. Συγκεκριμένα, τείνει να εκδηλώνεται με διαφορετικό τρόπο, ανάλογα με το εκάστοτε περιβάλλον ή τις συνθήκες που βιώνει το παιδί (*Drechsler et al., 2020*).

Σύμφωνα με τον *Barkley (2003)*, κατά τη διάρκεια του τελευταίου αιώνα έχει μεταβληθεί σημαντικά η ορολογία που έχει χρησιμοποιηθεί με σκοπό να περιγράψει συμπεριφορές των παιδιών που χαρακτηρίζονται από υπερκινητικότητα, απροσεξία και παρορμητικότητα. Παρ'όλα αυτά, η κλινική εικόνα της διαταραχής έχει παραμείνει σε μεγάλο βαθμό αμετάβλητη παρουσιάζοντας σημαντικές ομοιότητες με εκείνες που είχαν ήδη διατυπωθεί από τις πρώιμες παρατηρήσεις των *Still (1902)* και *Tredgold (1908)* έως την τελευταία έκδοση του *DSM-5 (2013)*. Συγκεκριμένα, ο ορισμός που ευρέως χρησιμοποιείται για τη ΔΕΠ-Υ είναι αυτός που έχει προταθεί από το *DSM-5*: «Όταν τα παιδιά εκδηλώνουν συμπτώματα απροσεξίας και /ή παρορμητικότητας –υπερκινητικότητας σε βαθμό που αποκλίνει σημαντικά από το αναπτυξιακό τους επίπεδο, ασκώντας αρνητική επίδραση σε σημαντικούς τομείς λειτουργικότητάς τους, τότε ενδεχομένως να διαγνωστεί σε αυτά Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με Υπερκινητικότητα, ή αλλιώς ΔΕΠ-Υ.»

1.2 DSM-5:

A. Επίμονη διαταραχή της προσοχής ή/και υπερκινητικότητα- παρορμητικότητα που επηρεάζει τη λειτουργία ή την ανάπτυξη, όπως χαρακτηρίζεται από το (1) ή/και το (2).
1. Απροσεξία: Έξι (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα, έχουν επιμείνει τουλάχιστον για 6 μήνες σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και ασυνεπή σε σχέση με το αναπτυξιακό επίπεδο και επηρεάζουν άμεσα αρνητικά τις κοινωνικές ή/και τις ακαδημαϊκές/επαγγελματικές δραστηριότητες. <u>Σημείωση:</u> Τα συμπτώματα δεν είναι αποκλειστικά εκδήλωση μιας εναντιωματικής συμπεριφοράς, περιφρόνησης, εχθρότητας ή αδυναμίας να κατανοήσει τις εργασίες ή τις οδηγίες. Για εφήβους μεγαλύτερης ηλικίας και ενήλικες (ηλικίας 17 και άνω), απαιτούνται τουλάχιστον 5 συμπτώματα.
α. Συχνά αποτυγχάνει να επικεντρώσει την προσοχή σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες, στη δουλειά, ή άλλες δραστηριότητες (π.χ., παραβλέπει ή του διαφεύγουν λεπτομέρειες, η εργασία είναι ατελής).
β. Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή σε δουλειές ή δραστηριότητες παιχνιδιού (π.χ., έχει δυσκολία να παραμείνει συγκεντρωμένος κατά τη διάρκεια ομιλιών, συζητήσεων ή μακράς ανάγνωσης).
γ. Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του απευθύνεται ο λόγος (π.χ., το μυαλό φαίνεται να βρίσκεται αλλού, ακόμη και κατά την απουσία οποιασδήποτε εμφανούς διάσπασης προσοχής).
δ. Συχνά δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αποτυγχάνει να διεκπεραιώσει σχολικές εργασίες, δουλειές που του ανατίθενται, ή καθήκοντα στο χώρο εργασίας (π.χ., ξεκινά τις εργασίες αλλά χάνει τη συγκέντρωση του και αποπροσανατολίζεται εύκολα).
ε. Συχνά δυσκολεύεται να οργανώσει δουλειές και δραστηριότητες (π.χ., δυσκολία στη διαχείριση διαδοχικών διαδοχικών εργασιών, δυσκολία στη διατήρηση υλικών και των

υπαρχόντων του σε τάξη, ακατάστατη, αποδιοργανωμένη εργασία, κακή διαχείριση χρόνου, αδυναμία τήρησης των προθεσμιών).
στ. Συχνά αποφεύγει, αποστρέφεται ή είναι απρόθυμος να εμπλακεί σε δουλειές που απαιτούν αδιάπτωτη πνευματική προσπάθεια (π.χ., σχολική εργασία ή προπαρασκευή μαθημάτων στο σπίτι για μεγαλύτερους εφήβους και ενήλικες, προετοιμασία εκθέσεων, συμπλήρωση εντύπων, επανεξέταση μακροσκελών εγγράφων).
ζ. Συχνά χάνει αντικείμενα απαραίτητα για δουλειές ή εργασίες (π.χ., σχολικές εργασίες που έχουν δοθεί για το σπίτι, μολύβια, βιβλία, εργαλεία, πορτοφόλια, κλειδιά, γραφική εργασία, γυαλιά, κινητά τηλέφωνα).
η. Συχνά η προσοχή διασπάται από εξωτερικά ερεθίσματα (για τους μεγαλύτερους έφηβους και τους ενήλικες, μπορεί να περιλαμβάνουν άσχετες σκέψεις).
θ. Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες (π.χ. να κάνει τις μικροδουλειές, τα θελήματα για μεγαλύτερους εφήβους και ενήλικες, να καλεί στο τηλέφωνο αυτούς που τον αναζητήσαν, να πληρώνει λογαριασμούς, να τηρεί τα ραντεβού του).

<u>2. Υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα:</u> Έξι (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα έχουν επιμείνει για τουλάχιστον 6 μήνες σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και ασυνεπή σε σχέση με το αναπτυξιακό επίπεδο και επηρεάζουν άμεσα αρνητικά τις κοινωνικές και ακαδημαϊκές/επαγγελματικές δραστηριότητες. <u>Σημείωση:</u> Τα συμπτώματα δεν είναι αποκλειστικά εκδήλωση εναντιωματικής συμπεριφοράς, ανυπακοής, εχθρότητας, ή αποτυχίας της κατανόησης των εργασιών ή των οδηγιών. Για τους ενήλικες και τους έφηβους μεγαλύτερης ηλικίας (ηλικία 17 ετών και άνω) απαιτούνται τουλάχιστον 5 συμπτώματα.
α. Συχνά κινεί νευρικά τα χέρια ή τα πόδια ή στριφογυρίζει στη θέση.

β. Συχνά αφήνει τη θέση του σε περιστάσεις στις οποίες αναμένεται ότι θα παραμείνει καθισμένος (π.χ., αφήνει τη θέση του/της στην τάξη, στο γραφείο ή σε άλλο χώρο εργασίας, ή σε άλλες περιστάσεις που απαιτούν παραμονή στη θέση).
γ. Συχνά τρέχει εδώ και εκεί και σκαρφαλώνει, σε περιστάσεις οι οποίες δεν προσφέρονται για ανάλογες δραστηριότητες. (Σημείωση: Στους εφήβους ή τους ενήλικες, αυτό μπορεί να περιορίζεται σε υποκειμενικά αισθήματα ανησυχίας).
δ. Συχνά δυσκολεύεται να παίξει ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου ήρεμα.
ε. Συχνά είναι διαρκώς σε κίνηση και ενεργεί σαν να «κινείται με μηχανή» (π.χ., δεν μπορεί να είναι ακίνητος ή νιώθει δυσάρεστα όταν είναι ακίνητος για μεγάλο χρονικό διάστημα, όπως σε εστιατόρια και συναντήσεις μπορεί να θεωρείται από τους άλλους ως ανήσυχος ή ότι έχει δυσκολία να συγχρωτισθεί μαζί τους).
στ. Συχνά ομιλεί υπερβολικά.
ζ. Συχνά απαντά απερίσκεπτα πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση (π.χ., συμπληρώνει τις προτάσεις των άλλων ανθρώπων δεν μπορεί να περιμένει τη σειρά του για να συζητήσει).
η. Συχνά διακόπτει ή ενοχλεί με την παρουσία του τους άλλους (π.χ., παρεμβαίνει σε συζητήσεις, παιχνίδια ή δραστηριότητες. Μπορεί να αρχίσει να χρησιμοποιεί τα πράγματα των άλλων ανθρώπων χωρίς να ζητά ή να παίρνει άδεια. Για τους έφηβους και τους ενήλικες, μπορεί να επέμβει κάπου ή να αναλάβει αυτό που κάνουν οι άλλοι).

Β. Μερικά συμπτώματα απροσεξίας ή υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας υπήρχαν πριν την ηλικία των 12 ετών.
Γ. Μερικά συμπτώματα απροσεξίας ή υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας υπάρχουν σε δύο ή περισσότερα πλαίσια (π.χ., στο σπίτι, στο σχολείο ή τη δουλειά, με φίλους ή συγγενείς, σε άλλες δραστηριότητες).
Δ. Υπάρχει σαφής απόδειξη κλινικά σημαντικής έκπτωσης στην κοινωνική, σχολική ή επαγγελματική λειτουργικότητα.
Ε. Τα συμπτώματα δεν εμφανίζονται αποκλειστικά στη διάρκεια της πορείας της Σχιζοφρένειας ή άλλης Ψυχωτικής Διαταραχής και δεν εξηγούνται καλύτερα με άλλη Ψυχική Διαταραχή (π.χ., Διαταραχή της Διάθεσης, Αγχώδη Δυσφορία, Αποσυνδετική Διαταραχή, Διαταραχή της Προσωπικότητας, Τοξίκωση από Ουσίες ή Στέρηση Ουσιών).
<u>Προσδιορίστε αν:</u> 314.01 (F90.2) Συνδυασμένος τύπος: Όταν πληρούνται αμφότερα τα Κριτήρια Α1 (Απροσεξία) και Α2 (υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα) τους τελευταίους 6 μήνες. 314.00 (F90.0) Με προεξάρχοντα τον απρόσεκτο τύπο: Όταν πληρούνται το Κριτήριο Α1 (απροσεξία) αλλά δεν πληρούται το Κριτήριο Α2 (υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα) τους τελευταίους 6 μήνες.
<u>Προσδιορίστε αν:</u> Σε μερική ύφεση: Όταν προηγουμένως πληρούνταν τα κριτήρια, τους τελευταίους 6 μήνες δεν πληρούνται τα κριτήρια, και τα συμπτώματα εξακολουθούν να οδηγούν σε έκπτωση της κοινωνικής, ακαδημαϊκής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας.
<u>Προσδιορίστε τρέχουσα βαρύτητα:</u>

Ήπια: Λίγα, ενδεχομένως, συμπτώματα πέραν αυτών που απαιτούνται για να τεθεί η διάγνωση, τα οποία προκαλούν μικρή έκπτωση της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας.

Μέτρια: Υπάρχουν συμπτώματα ή λειτουργική έκπτωση μεταξύ «ήπιας» και «βαριάς».

Βαριά: Υπάρχουν πολλά συμπτώματα πέραν εκείνων που απαιτούνται για να τεθεί η διάγνωση, ή αρκετά συμπτώματα που είναι ιδιαίτερα βαριά, ή τα συμπτώματα οδηγούν σε σημαντική έκπτωση της κοινωνικής επαγγελματικής λειτουργικότητας.

1.3 Επιπολασμός της ΔΕΠ-Υ ανά φύλο:

Η ΔΕΠ-Υ αποτελεί μία από τις συχνότερες νευροαναπτυξιακές διαταραχές, η οποία εμφανίζεται και στα δύο φύλα, με αξιοσημείωτες διαφορές ως προς την εκδήλωσή της. Οι διαφορές αυτές επηρεάζουν συχνά τη διαδικασία έγκαιρου εντοπισμού και διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ. Η κλινική εικόνα της χαρακτηρίζεται από επίμονα προβλήματα προσοχής, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας, επηρεάζοντας σημαντικά την καθημερινή ζωή των ατόμων αυτών (*American Psychiatric Association, 2013*). Η μετα-ανάλυση των *Polanczyk et al. (2007)* ανέδειξε παγκόσμιο ποσοστό 5,29% σε παιδιά και εφήβους, ενώ άλλες μελέτες αναφέρουν ποσοστά μεταξύ 4% και 10% στον σχολικό πληθυσμό (*Skounti et al., 2007*). Επιπλέον, ένα σημαντικό ποσοστό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εξακολουθεί να παρουσιάζει σχετικές δυσκολίες και στην ενηλικίωση (*Goldstein, 1996*).

Η διάγνωση πραγματοποιείται συνήθως κατά την παιδική ηλικία, με αναλογία μεταξύ αγοριών και κοριτσιών να εκτιμάται σε 3:1 (*Vande Voort et al., 2014*). Ωστόσο, σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα αμφισβητούν την αναλογία αυτή, επισημαίνοντας ότι τα κορίτσια υποδιαγιγνώσκονται σημαντικά, παρόλο που αντιμετωπίζουν αντίστοιχο βαθμό δυσκολιών με τα αγόρια (*Coles et al., 2012*). Αυτό συμβαίνει επειδή τα αγόρια εμφανίζουν πιο έντονα συμπτώματα της παρορμητικότητας και της διάσπασης προσοχής, ενώ τα κορίτσια εκδηλώνουν συχνά απρόσεκτη και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, χωρίς έντονη υπερκινητικότητα. Τα παραπάνω ευρήματα ενισχύονται από μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στο MidWest City (*Jackson & King, 2004*) καθώς και στην Αγγλία (*Groenewald et al., 2009*). Η διαφοροποίηση αυτή μεταξύ των δύο φύλων αποτελεί σημαντικό παράγοντα που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά την εκτίμηση του επιπολασμού και τη μελέτη της ΔΕΠ-Υ. Ως αποτέλεσμα, τα συμπτώματα αυτά παρερμηνεύονται συχνά ως αγχώδεις διαταραχές ή κατάθλιψη — αντί να αναγνωρίζονται ως ΔΕΠ-Υ —, με συνέπεια πολλά κορίτσια να μην λαμβάνουν έγκαιρη διάγνωση και κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση (*Quinn, P. O., & Madhoo, M., 2014*).

1.4 Διαφοροποίηση ανά ηλικία:

Η ΔΕΠ-Υ αποτελεί μια σύνθετη και ετερογενή νευροαναπτυξιακή διαταραχή, η οποία διαφοροποιείται ως προς την ηλικία εμφάνισης, τη μορφή και την ένταση των συμπτωμάτων της κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης. Ορισμένα συμπτώματα ενδέχεται να υποχωρούν ή να επιμένουν ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο, ενώ παράλληλα μεταβάλλονται και τα συνοδά προβλήματα που εμφανίζονται σε κάθε ηλικία. Η πλήρης κατανόηση αυτών των χαρακτηριστικών σε κάθε ηλικιακό στάδιο είναι καθοριστική για την έγκυρη διάγνωση, την αξιολόγηση της σοβαρότητας της κατάστασης και τον σχεδιασμό μιας εξατομικευμένης θεραπευτικής παρέμβασης (Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ., 2012). Παράλληλα, καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη της διαταραχής παίζει και το περιβάλλον του παιδιού, καθώς η στάση και η αντιμετώπιση των γονέων και των εκπαιδευτικών μπορούν είτε να περιορίσουν, είτε να ενισχύσουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει, επηρεάζοντας συνολικά την αναπτυξιακή και ψυχοκοινωνική του πορεία μέχρι την ενηλικίωση (Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ., 2015).

1.4.1 Βρεφική ηλικία:

Σύμφωνα με την πρόσφατη βιβλιογραφία, επικρατεί η άποψη ότι κατά τη βρεφική ηλικία δεν εμφανίζονται σαφείς ενδείξεις που να παραπέμπουν άμεσα στην πιθανότητα εκδήλωσης ΔΕΠ-Υ, παρόλο που παρατηρούνται ορισμένες συμπεριφορές που ενδέχεται να καθιστούν κάποια βρέφη πιο ευάλωτα στη φροντίδα τους σε σύγκριση με άλλα. Επιπλέον, έχουν αυξημένες πιθανότητες να εκδηλώσουν μεταγενέστερα αναπτυξιακά ελλείμματα, όπως διαταραχές λόγου και ομιλίας, προβλήματα συμπεριφοράς, μαθησιακές δυσκολίες, καθώς και πιθανή εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ στην παιδική ηλικία (Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ., 2012).

Ορισμένοι ερευνητές αναφέρουν ότι κάποια παιδιά παρουσιάζουν ελάχιστη καθυστέρηση στην παραγωγή των πρώτων ήχων και στην πρώιμη ανάπτυξη της επικοινωνίας. «Η πλειονότητα των παιδιών εκπέμπουν τους πρώτους ήχους κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους. Μερικά παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν βαδίζουν παρά μετά τα πρώτα τους γενέθλια» (Μάνου, 2008).

Βασικά γνωρίσματα των συγκεκριμένων βρεφών είναι η διαταραχή του ρυθμού του ύπνου και της σίτισης. Ειδικότερα, παρουσιάζουν έντονη δυσκολία στην εδραίωση ενός σταθερού προγράμματος ύπνου, η οποία χαρακτηρίζεται από παρατεταμένη έλευση, καθώς και συχνές απρόβλεπτες αφυπνίσεις. Αντίστοιχα, στον τομέα της σίτισης, η συχνότητα των γευμάτων τους δεν είναι σταθερή και συνοδεύεται από άρνηση λήψης της τροφής. Οι δυσκολίες αυτές κορυφώνονται κατά τις μεταβατικές αναπτυξιακές περιόδους και ιδιαίτερα στη μετάβαση από το γάλα στις στερεές τροφές (Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ., 2012).

Ωστόσο, λόγω των περιορισμένων ερευνητικών δεδομένων που αφορούν τη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, η επιστημονική κοινότητα τείνει να κατατάσσει τα βρέφη που παρουσιάζουν τέτοιου είδους ενδείξεις, σε μια γενική ομάδα υψηλού

κινδύνου για την εμφάνιση ποικίλων αναπτυξιακών διαταραχών. Η μορφή και η έκταση των δυσκολιών αυτών φαίνεται να προκύπτουν ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ της γενετικής προδιάθεσης του βρέφους και της ποιότητας της σχέσης ανάμεσα στο βρέφος και τους φροντιστές του (Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ., 2012).

1.4.2 Προσχολική ηλικία:

Η κλινική συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ μπορεί να εμφανιστεί σε υψηλή συχνότητα σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (μεταξύ δύο και έξι ετών), καθώς επηρεάζει διάφορους τομείς της καθημερινής τους λειτουργίας. Σε αναπτυξιακό επίπεδο, οι πρωτογενείς ελλείψεις εντοπίζονται στις κοινωνικές δεξιότητες, την προσαρμοστική συμπεριφορά, καθώς και στην κατάκτηση των απαραίτητων προ-μαθησιακών δεξιοτήτων. Σε νευροψυχολογικό επίπεδο, τα νήπια με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν δυσκολίες παρόμοιες με εκείνες των παιδιών σχολικής ηλικίας, ιδιαίτερα στις λειτουργίες εκτελεστικού ελέγχου, στη μνήμη εργασίας, στις οργανωτικές δεξιότητες και στην αναστολή παρορμητικών αντιδράσεων (Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ., 2012).

Κατά την προσχολική ηλικία, η κλινική εικόνα της ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζεται από έντονη κινητική δραστηριότητα, καθώς το παιδί βρίσκεται διαρκώς σε εγρήγορση και έχει τη τάση να εναλλάσσει τις δραστηριότητες χωρίς εμφανή σημάδια κόπωσης. Τα χαρακτηριστικά αυτά, σε συνδυασμό με ελλείμματα στον κινητικό συντονισμό, την παρορμητική συμπεριφορά και τη μειωμένη επίγνωση του κινδύνου, οδηγούν στην εκδήλωση συμπεριφορών που θέτουν σε κίνδυνο τη σωματική τους ακεραιότητα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αυξάνεται η πιθανότητα πρόκλησης τραυματισμών (Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ., 2012).

Κατά τη διαγνωστική διαδικασία, ο κλινικός καλείται αρχικά να πραγματοποιήσει έγκυρη διαφοροδιάγνωση, διακρίνοντας εάν η έντονη δραστηριότητα πηγάζει από υπερβολική παρορμητικότητα, ή εάν αποτελεί μια τυπική αναπτυξιακή εκδήλωση που συνδέεται με την ανάγκη για αυτονομία και εξερεύνηση του περιβάλλοντος (Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ., 2015). Παράλληλα, ένας από τους συχνότερους λόγους παραπομπής των παιδιών αυτών σε ειδικούς, είναι οι δυσκολίες στην ανάπτυξη του γραπτού και προφορικού λόγου, καθώς και τα προβλήματα στην άρθρωση, τα οποία εμφανίζονται σε ποσοστό 40%–64%. Τέλος, τα παιδιά που παρουσιάζουν ταυτόχρονα ΔΕΠ-Υ και γλωσσικές δυσκολίες έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν αργότερα μαθησιακές δυσκολίες και προβλήματα συμπεριφοράς (Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ., 2012).

1.4.3 Σχολική ηλικία:

Κατά το στάδιο της σχολικής ηλικίας, το συμπεριφορικό προφίλ των παιδιών με ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζεται από έντονες εκρήξεις θυμού, δυσκολία στην εκτέλεση κανόνων και στην ανταπόκριση απλών οδηγιών ή στις απαιτήσεις των ενηλίκων (Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ., 2012). Στο σχολικό περιβάλλον, η κινητική υπερδραστηριότητα των μαθητών με ΔΕΠ-Υ κλιμακώνεται σε ανεξέλεγκτο επίπεδο, επηρεάζοντας άμεσα τη μαθησιακή διαδικασία. Οι μαθητές αυτοί εκδηλώνουν έντονη σωματική ανησυχία — η οποία εκδηλώνεται με νευρικές κινήσεις των άκρων—, καθώς και με τη συστηματική εγκατάλειψη της θέσης τους και την απόσπαση της προσοχής των συμμαθητών τους. Η παραμονή στη θέση τους απαιτεί μεγάλη προσπάθεια αυτοσυγκράτησης, ενώ η παρορμητικότητα εμφανίζεται και κατά τη διάρκεια εργασιών που πραγματοποιούνται στο σπίτι, όπου παρατηρούνται επαναλαμβανόμενα λάθη απροσεξίας (Κυριάκου, Δ., 2019).

Παράλληλα, τα ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες δυσχεραίνουν την ομαλή ένταξη των παιδιών αυτών στις ομάδες των συνομηλίκων τους. Η δυσλειτουργία αυτή οδηγεί συχνά σε κοινωνική απόρριψη, ενώ η αυτοεκτίμησή τους μειώνεται και μπορεί να εμφανίσουν αγχώδεις διαταραχές (Κυριάκου, Δ., 2019).

1.4.4 Εφηβική ηλικία:

Η μετάβαση στην εφηβεία, χαρακτηρίζεται από αυξανόμενη ανάγκη για ανεξαρτησία, απομάκρυνση από τον οικογενειακό έλεγχο και εντονότερη επιρροή των συνομηλίκων, χαρακτηριστικά τα οποία επιβαρύνουν περαιτέρω τους εφήβους με ΔΕΠ-Υ. Ο μειωμένος αυτοέλεγχος και η χαμηλή αυτοεκτίμηση τους καθιστούν περισσότερο ευάλωτους στην εκδήλωση επικίνδυνων συμπεριφορών και στην αντιμετώπιση διάφορων κινδύνων (Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ., 2012).

Η κλινική εικόνα της ΔΕΠ-Υ κατά την εφηβεία διαφοροποιείται ανάλογα με τα στάδια ανάπτυξης του ατόμου. Σε αρκετές περιπτώσεις, η υπερκινητικότητα που εμφανίστηκε κατά την παιδική ηλικία υποχωρεί και αντικαθίσταται από εσωτερικευμένη αίσθηση ανησυχίας, σε συνδυασμό με στοιχεία νευρικότητας και παρορμητικότητας. Αντίθετα, τα ελλείμματα στην εστίαση και διατήρηση της προσοχής επιμένουν, οδηγώντας σε δυσκολία ανταπόκρισης στις ακαδημαϊκές απαιτήσεις, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν άλλες διαταραχές. Παράλληλα, αντιμετωπίζουν προβλήματα στις σχέσεις με γονείς, καθηγητές και συνομηλίκους, οδηγώντας σε συμπτώματα κατάθλιψης που συνδέονται με γλωσσικές δυσκολίες ή έλλειψη κινήτρων (Κυριάκου, Δ., 2019). Επιπλέον, η βαρύτητα της διαταραχής φαίνεται να διαφοροποιείται σημαντικά από το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας, καθώς και το ιατρικό ιστορικό των γονέων, το οποίο ενδέχεται να περιλαμβάνει την ύπαρξη ΔΕΠ-Υ ή ψυχιατρικών διαταραχών (Κάκουρος, Ε., 2001).

1.4.5 Ενηλικίωση:

Στην ενήλικη ζωή, τα άτομα με ΔΕΠ-Υ συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες που επηρεάζουν την καθημερινή, επαγγελματική και κοινωνική τους λειτουργικότητα (Κυριάκου, Δ., 2019). Σύμφωνα με έρευνες, αναφέρεται ότι περίπου το 33% των ενηλίκων με ΔΕΠ-Υ έχει εγκαταλείψει το σχολείο, ενώ το 25% εμφανίζει χρόνιες μορφές αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Στο 90% των περιπτώσεων, η ΔΕΠ-Υ στους ενήλικες συνυπάρχει με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως Αγχώδεις Διαταραχές, Διαταραχές Διάθεσης, Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας καθώς και χρήση ουσιών (Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ., 2012).

Στον γνωστικό τομέα, οι ενήλικες παρουσιάζουν έντονη δυσκολία στη συγκέντρωση και στην οργάνωση, καθώς και διαταραχές στη λειτουργία της μνήμης. Επιπλέον, εκδηλώνουν τάση για διαρκή επαναπροσδιορισμό των προσωπικών στόχων και ενδιαφερόντων. Στους ενήλικες η παρορμητικότητα μεταφράζεται σε μειωμένη ανοχή στη ματαίωση και αυξημένη επιθετικότητα, γεγονός που οδηγεί σε συγκρούσεις. Σε ψυχολογικό επίπεδο, οι αρνητικές εμπειρίες και το αίσθημα διαφοροποίησης που διαμορφώθηκαν κατά την παιδική ηλικία, επηρεάζουν συχνά την αυτοεικόνα του ατόμου και διατηρούν την αυτοεκτίμησή του σε εξαιρετικά χαμηλά επίπεδα, με σοβαρές αρνητικές συνέπειες στη συναισθηματική και προσωπική του ανάπτυξη (Κυριάκου, Δ., 2019).

1.5 Τα κλινικά κριτήρια διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ:

Λόγω της ετερογένειας των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, η διάγνωση απαιτεί έγκαιρη και διεπιστημονική αξιολόγηση, με τη συνεργασία της οικογένειας και των εκπαιδευτικών. Κατά τη διαδικασία αυτή, συνεκτιμώνται η συνολική συμπεριφορά του παιδιού και το ευρύτερο περιβάλλον του (Luo, et al., 2019). Αξιοσημείωτες είναι οι τεχνικές παρατήρησης της συμπεριφοράς, καθώς και η ανάλυση της επίδρασης των συμπτωμάτων στην καθημερινή λειτουργικότητα του παιδιού και της οικογένειας (Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ., 2015).

Η διάγνωση προϋποθέτει μια ενδελεχή και ολιστική αξιολόγηση του παιδιού, καλύπτοντας το γνωστικό, συναισθηματικό και κοινωνικό του προφίλ, σε άμεση συνάρτηση με το περιβάλλον ανατροφής του (Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ., 2015). Παράλληλα, εκτός από τις δυσκολίες, εξετάζονται οι ικανότητες και τα θετικά χαρακτηριστικά του παιδιού, ώστε η μετέπειτα παρέμβαση να βασιστεί στην αξιοποίηση των δυνατοτήτων του (Τρίγκα-Μερτίκα, Ε., 2005).

Η κλινική εικόνα της ΔΕΠ-Υ διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία του ατόμου. Στην προσχολική ηλικία (3-5 ετών) κυριαρχούν η υπερκινητικότητα, οι δυσκολίες στην αλληλεπίδραση με τους συνομηλίκους και η άρνηση τήρησης των οδηγιών των ενηλίκων. Κατά τη σχολική ηλικία (6-12 ετών), συχνά εκδηλώνεται εναντιωματική συμπεριφορά που οδηγεί σε συγκρούσεις στο σχολικό και κοινωνικό περιβάλλον, ενώ

στην εφηβεία αν και η υπερκινητικότητα υποχωρεί, οι διαπροσωπικές εντάσεις διατηρούνται. Τέλος, στην ενήλικη ζωή η έντονη κινητικότητα μειώνεται, ενώ η απροσεξία, η παρορμητικότητα και η λειτουργική έκπτωση παραμένουν (Καραπέτσας, 2015).

Σύμφωνα με τα διεθνή διαγνωστικά κριτήρια, η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ βασίζεται στην παρουσία επίμονων συμπτωμάτων απροσεξίας και/ή υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας για τουλάχιστον έξι μήνες, τα οποία δεν συνάδουν με το αναπτυξιακό επίπεδο του ατόμου και επηρεάζουν σημαντικά τη λειτουργικότητά του σε διαφορετικά περιβάλλοντα. Στους ενήλικες, η διαγνωστική προσέγγιση είναι πιο σύνθετη και απαιτεί εξειδικευμένη ψυχιατρική αξιολόγηση, καθώς και στοχευμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις (Magnus, et al., 2023).

Κύριος σκοπός της διαγνωστικής διαδικασίας είναι η εντόπιση της έντασης, της προέλευσης και της εξέλιξης των συμπτωμάτων. Ταυτόχρονα, εξετάζεται αν το παιδί παρουσιάζει και άλλες διαταραχές, όπως οργανικές, ψυχικές ή μαθησιακές (Κάκουρος, E., & Μανιαδάκη, K., 2012). Ακόμη, σημαντική είναι η εντόπιση της συννοσηρότητας, καθώς ορίζει τη στρατηγική της παρέμβασης και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας (Κάκουρος, E., & Μανιαδάκη, K., 2015). Παράλληλα, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη διαφορική διάγνωση, με στόχο τον σαφή διαχωρισμό της ΔΕΠ-Υ από άλλες διαταραχές, όπως οι διαταραχές της Διάθεσης και η Εναντιωματική Προκλητική Συμπεριφορά. (Κάκουρος, E., & Μανιαδάκη, K., 2015).

Η διαγνωστική διαδικασία ξεκινά με την κλινική συνέντευξη και τη συλλογή ιστορικού για τη διαμόρφωση της κλινικής εικόνας. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνει τη συλλογή πληροφοριών από το ίδιο το άτομο, την οικογένειά του και παλαιότερες αξιολογήσεις ή ιατρικές εξετάσεις. Παράλληλα, μέσω νευροψυχολογικών δοκιμασιών αξιολογούνται λειτουργίες όπως η προσοχή, η μνήμη και η οργάνωση, ενώ παρατηρούνται το μαθησιακό προφίλ και πιθανοί παράγοντες, όπως το άγχος ή η κατάθλιψη, που μπορεί να επηρεάζουν τη συγκέντρωση. Στο τελικό αυτό στάδιο, ο ψυχολόγος ή ο ψυχίατρος συνθέτει όλα τα δεδομένα της αξιολόγησης, παρουσιάζει τη διάγνωση και προτείνει τις κατάλληλες μορφές παρέμβασης, όπως συμβουλευτική, εκπαιδευτική υποστήριξη, λογοθεραπεία ή ψυχοθεραπεία, ενώ η φαρμακοθεραπεία αναλαμβάνεται από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας ανάλογα με την ηλικία του ατόμου (Βάρβογλη, Α., & Γαλάνη, Μ., 2006).

1.6 Είδη της ΔΕΠ-Υ και κλινικά χαρακτηριστικά:

1.6.1 Τύπος ελλειμματικής προσοχής:

Αυτός ο τύπος συνδέεται με σημαντικές δυσκολίες στη σχολική και κοινωνική προσαρμογή των παιδιών αυτών. Για να τεθεί η διάγνωση, απαιτείται η εκδήλωση έξι ή περισσότερων συμπτωμάτων στα παιδιά και πέντε στους ενήλικες, τα οποία δεν

αποδίδονται καλύτερα σε άλλη ψυχιατρική ή ιατρική πάθηση (*DSM5, 2022*). Συγκεκριμένα εμφανίζουν δυσκολίες κυρίως στην οργάνωση και τη διατήρηση της συγκέντρωσής τους σε μια εργασία ή σε μια δραστηριότητα παιχνιδιού και υπάρχει έλλειψη κινήτρου. Επιπροσθέτως, κάνουν λάθη απροσεξίας και έχουν χαμηλές σχολικές επιδόσεις, λόγω δυσκολίας στη διαχείριση του χρόνου. Ως εκ τούτου, η συμπεριφορά τους οδηγεί σε αίσθημα ότι υπολείπονται των συνομηλίκων τους (*de Freitas de Sousa et al., 2020*). Χαρακτηριστικό είναι επίσης το γεγονός ότι, συχνά ξεχνούν καθημερινές δραστηριότητες, γεγονός που συχνά προκαλεί εντάσεις στο οικογενειακό περιβάλλον (*DSM5, 2022*).

1.6.2 Υπερκινητικός / Παρορμητικός Τύπος:

Για να τεθεί η διάγνωση, απαιτείται η εκδήλωση έξι ή περισσότερων συμπτωμάτων στα παιδιά και πέντε στους ενήλικες, τα οποία δεν αποδίδονται καλύτερα σε άλλη ψυχιατρική ή ιατρική πάθηση (*DSM5, 2022*). Αυτός ο τύπος εκδηλώνεται με έντονη σωματική ανησυχία, υπερβολική φλυαρία και παρορμητική συμπεριφορά, γεγονός που καθιστά δυσκολίες στις διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις των παιδιών αυτών. Συγκεκριμένα, ενεργούν βιαστικά χωρίς να περιμένουν οδηγίες, παρουσιάζουν χαμηλή ανοχή στη ματαίωση και δυσκολεύονται να περιμένουν τη σειρά τους. Η εγκατάλειψη μιας δραστηριότητας δεν συνδέεται απαραίτητα με μειωμένες γνωστικές ικανότητες, αλλά κυρίως με περιορισμένη ικανότητα αυτορρύθμισης και επιμονής στην επίλυση προβλημάτων. Επιπλέον, η υπερκινητικότητα και η έλλειψη αυτοελέγχου δυσχεραίνουν τη δημιουργία και τη διατήρηση διαπροσωπικών σχέσεων. Τέλος, διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο για ατυχήματα και τραυματισμούς στην καθημερινότητά τους (*de Freitas de Sousa et al., 2020*).

1.6.3 Μικτός Τύπος:

Αποτελεί μια μικτή κλινική εικόνα των δύο προηγούμενων τύπων, που χαρακτηρίζεται από τη συνύπαρξη συμπτωμάτων απροσεξίας, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας και αποτελεί τον πιο συνηθισμένο τύπο. Για να τεθεί η διάγνωση, απαιτείται η εκδήλωση τουλάχιστον 6 συμπτωμάτων απροσεξίας και 6 υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας για τα παιδιά, ενώ για τους ενήλικες τουλάχιστον 5 από το καθένα (*DSM5, 2022*). Τα συμπτώματα γίνονται πιο εμφανή όταν το παιδί ξεκινά το σχολείο, καθώς και κατά την εφηβεία, οπότε είναι χαρακτηριστική η δυσκολία συγκέντρωσης, η αυξημένη κινητική δραστηριότητα και η παρορμητική συμπεριφορά. Ως αποτέλεσμα, οδηγούν σε χαμηλή σχολική επίδοση, μειωμένη αυτοεκτίμηση και προβλήματα συμπεριφοράς (*de Freitas de Sousa et al., 2020*).

Συμπερασματικά, η κλινική εικόνα της ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει σημαντική διακύμανση από παιδί σε παιδί, με αποτέλεσμα να καταγράφεται ευρεία ποικιλία συμπτωμάτων. Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν παρατηρείται η ταυτόχρονη και έντονη παρουσία όλων των χαρακτηριστικών συμπτωμάτων της διαταραχής. Για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ είναι απαραίτητο τα συμπτώματα να εκδηλώνονται σε περισσότερα από ένα περιβάλλοντα —όπως στο σπίτι και στο σχολείο— και να επηρεάζουν ουσιαστικά τη λειτουργικότητα του παιδιού, ιδιαίτερα ως προς την κοινωνική του προσαρμογή και τη σχολική του επίδοση (*de Freitas de Sousa et al., 2020*).

1.7 Συννοσηρότητα:

Η συννοσηρότητα αποτελεί σημαντικό χαρακτηριστικό της παιδικής ψυχοπαθολογίας και αναφέρεται στη συνύπαρξη δύο ή περισσότερων διακριτών διαταραχών στο ίδιο άτομο. Στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, η συνύπαρξη άλλων ψυχιατρικών, αναπτυξιακών ή ιατρικών διαταραχών είναι ιδιαίτερα συχνή και μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη λειτουργικότητα και την πορεία της διαταραχής. Οι διαταραχές αυτές φαίνεται να συνδέονται με κοινούς γενετικούς, νευροβιολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες (*Σκούρου, Κ., 2025*).

Η ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζεται από υψηλά ποσοστά κλινικής συννοσηρότητας μεταξύ 50% και 80%, τα οποία εμφανίζονται αυξημένα συγκριτικά με άλλες διαταραχές της παιδικής ηλικίας (*Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ., 2015*). Τα ποσοστά αυτά, υποδηλώνουν ότι η κλινική αξιολόγηση και η θεραπευτική αντιμετώπιση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ πρέπει να λαμβάνει υπόψη ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών, αναπτυξιακών και συμπεριφορικών δυσκολιών.

Παράλληλα, η συννοσηρότητα επιδεινώνει την κλινική πορεία της ΔΕΠ-Υ, προκαλώντας ακαδημαϊκές, κοινωνικές και συναισθηματικές δυσκολίες (*Larsson et al., 2020*). Κάποιες από τις πιο συνηθισμένες διαταραχές, οι οποίες συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ, είναι η επιληψία, οι μαθησιακές δυσκολίες, η ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή, το σύνδρομο Tourette, η κατάθλιψη, το φάσμα του αυτισμού και η αναπτυξιακή γλωσσική διαταραχή. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η μία διαταραχή μπορεί να αποτελεί τη βάση για την εκδήλωση της άλλης, ενώ σε άλλες περιπτώσεις και οι δύο μπορεί να οφείλονται σε κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες κινδύνου (*Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ., 2015*).

Η συννοσηρότητα επηρεάζει καθοριστικά τη θεραπευτική προσέγγιση και την πορεία της διαταραχής. Τα παιδιά που πάσχουν μόνο από ΔΕΠ-Υ, παρουσιάζουν θετικά αποτελέσματα από τη χρήση των διεγερτικών φαρμάκων και τη συμπεριφορική θεραπεία. Ωστόσο, όταν συνυπάρχει τραύμα ή αυτισμός, απαιτείται εξειδικευμένη και προσαρμοσμένη θεραπεία (*Guliyev et al., 2022*). Συνεπώς, η πλήρης κατανόηση της συννοσηρότητας από τους ειδικούς και την οικογένεια είναι απαραίτητη για την κατάλληλη αντιμετώπιση και την παροχή ολοκληρωμένης υποστήριξης στο παιδί.

1.7.1 Επιληψία και ΔΕΠ-Υ:

Η επιληψία, ορίζεται ως η παθολογική κατάσταση που τεκμηριώνεται από την εκδήλωση τουλάχιστον δύο ξαφνικών επιληπτικών κρίσεων. Το επιληπτικό σύνδρομο αναφέρεται σε μια συγκεκριμένη μορφή επιληψίας, που χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερο τύπο κρίσεων, ειδικά ευρήματα στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ), συγκεκριμένη ηλικία εμφάνισης και καθορισμένη πρόγνωση. Οι επιληπτικές κρίσεις αυτές συνιστούν ένα από τα συχνότερα επείγοντα παιδιατρικά περιστατικά που χρήζουν άμεσης θεραπευτικής παρέμβασης. Τα επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν ότι το 1% έως 2% του γενικού και το 4% του παιδιατρικού πληθυσμού, θα εμφανίσουν τουλάχιστον ένα σχετικό επεισόδιο κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Ζαφειρίου, Δ. Ι., & Βαργιάμη, Ε., 2021).

Μελέτες τεκμηριώνουν ότι η επιληψία και η ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν εξαιρετικά υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας (Dunn et al., 2003). Συγκεκριμένα τα παιδιά με επιληψία εμφανίζουν συχνά μειωμένη ταχύτητα αντίδρασης και ελλείμματα στην διατήρηση της προσοχής (Linnet et al., 2006). Ακόμη, η διαφορική διάγνωση της ΔΕΠ-Υ σε ασθενείς με επιληψία παρουσιάζει υψηλό βαθμό πολυπλοκότητας, καθώς τα ελλείμματα στην προσοχή ενδέχεται να οφείλονται άμεσα στην επιληπτική δραστηριότητα και όχι αποκλειστικά στην ΔΕΠ-Υ (Ettinger et al., 2015). Η εκδήλωση της συννοσηρότητας κορυφώνεται κατά την πρώιμη παιδική ηλικία και σχετίζεται με ένα σύνολο παραγόντων υψηλού κινδύνου, στους οποίους περιλαμβάνονται η νεαρή ηλικία κύησης της μητέρας, το χαμηλό βάρος γέννησης, η χαμηλή βαθμολογία στην κλίμακα Apgar, καθώς και το επιβαρυνόμενο οικογενειακό και γενετικό ιστορικό. Παρόλο που η ΔΕΠ-Υ προσεγγίζεται παραδοσιακά ως μια διαταραχή της παιδικής ηλικίας, η συνύπαρξή της με την επιληψία συνδέεται με σημαντική διατήρηση και εξέλιξη των συμπτωμάτων ακόμη και στην ενήλικη ζωή (Ettinger et al., 2015).

1.7.2 Μαθησιακές Δυσκολίες και ΔΕΠ-Υ:

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν σημαντικά ελλείμματα όσον αφορά τον ακαδημαϊκό και γλωσσικό τομέα. Συγκεκριμένα, εμφανίζουν δυσκολίες στη γλωσσική έκφραση, στη γραφή και στην ομιλία οδηγώντας σε χαμηλές σχολικές επιδόσεις. Οι ερευνητές αποδίδουν αυτές τις δυσκολίες κυρίως στην απροσεξία ή και στην παρορμητικότητα, οι οποίες επηρεάζουν αρνητικά την ανάγνωση και την ικανότητα συγκέντρωσης (Μπάστεα, 2017). Έτσι, τα συγκεκριμένα παιδιά τείνουν να υιοθετούν πιο απλές στρατηγικές για τη διεκπεραίωση των σχολικών εργασιών. Παράλληλα, αρκετά παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν δυσαριθμισμό, η οποία ορίζεται ως δυσκολία στα μαθηματικά και στους αριθμούς. Έρευνες υποστηρίζουν ότι τόσο η ΔΕΠ-Υ, όσο

και οι μαθησιακές δυσκολίες παρουσιάζουν κοινή γενετική προδιάθεση, γεγονός που εξηγεί τη συχνή συνύπαρξή τους (Κέγκου, 2014).

Εκτός από τις μαθησιακές δυσκολίες, σημαντικό ρόλο παίζει και η συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Η έλλειψη υπομονής και η εύκολη ματαίωση τα οδηγούν συχνά στην εγκατάλειψη μιας απαιτητικής δραστηριότητας, ενώ η δυσκολία στη διαχείριση των συναισθημάτων επηρεάζει αρνητικά τα κίνητρα για μάθηση. Η συναισθηματική αυτή επιβάρυνση έχει ως αποτέλεσμα τη σταδιακή μείωση ή και πλήρη απουσία εσωτερικών κινήτρων, γεγονός που δυσχεραίνει περαιτέρω την ακαδημαϊκή τους πορεία (Μπάστεα, 2017).

1.7.3 Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή και ΔΕΠ-Υ

Η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή χαρακτηρίζεται από την παρουσία επίμονων και επαναλαμβανόμενων εμμονών (ανεπιθύμητων σκέψεων), καθώς και ψυχαναγκασμών (επαναληπτικές συμπεριφορές ή πράξεις), προκαλώντας έντονο άγχος και έκπτωση στη λειτουργικότητα (Wilmshurst, L., 2011). Η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή όπως και η ΔΕΠ-Υ, συγκαταλέγονται στις συχνότερα εμφανιζόμενες νευροαναπτυξιακές και νευροψυχιατρικές διαταραχές, με ευρύ ηλικιακό φάσμα που εκτείνεται από την παιδική ηλικία έως την ενηλικίωση (Κέγκου, 2014).

Τα ποσοστά συννοσηρότητας των δύο διαταραχών είναι ιδιαίτερα υψηλά, εύρημα που οι ειδικοί αποδίδουν σε έναν ιδιαίτερα αυξημένο βαθμό κληρονομικότητας και γενετικής προδιάθεσης. Παρά τις κλινικές τους διαφοροποιήσεις, οι σύγχρονες νευροαπεικονιστικές μελέτες αναδεικνύουν σημαντικές ομοιότητες ως προς τις εμπλεκόμενες εγκεφαλικές δομές και τα κοινά νευρωνικά δίκτυα που επηρεάζονται (Θεοδωροπούλου, Κούμα & Λακμέτα, 2021).

Οι δύο διαταραχές παρουσιάζουν κοινές δυσκολίες ως προς τη γνωστική ευελιξία και την έγκαιρη μετατόπιση της προσοχής από το ένα ερέθισμα στο άλλο και ως αποτέλεσμα εμφανίζουν ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες και την προσοχή (Κέγκου, 2014). Τα παραπάνω ευρήματα υποδεικνύουν ότι η αδυναμία στη μετατόπιση της προσοχής ενδέχεται να αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα της έντασης και της σοβαρότητας των επιμέρους διαστάσεων αυτών των διαταραχών (Oades & Christiansen, 2008).

1.7.4 Σύνδρομο Tourette και ΔΕΠ-Υ:

Το σύνδρομο Tourette περιγράφηκε κλινικά το 1885 από τον Γάλλο νευρολόγο Georges Gilles de la Tourette, ο οποίος μελέτησε εννέα περιπτώσεις ασθενών με συνδυασμό κινητικών και φωνητικών τικ, καθώς και κοπρολαλίας, δηλαδή την ακούσια εκφορά

κοινωνικά απρεπών λέξεων και εκφράσεων (Robertson, 2015). Επιπλέον, επισήμανε την κληρονομική φύση της διαταραχής καθώς και παρατήρησε ότι η εκδήλωσή της ξεκινούσε στην παιδική ηλικία, ενώ η ένταση των συμπτωμάτων παρουσίαζε υποχώρηση κατά την ενηλικίωση (Teive et al., 2008).

Το σύνδρομο Tourette εμφανίζει υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας με τη ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα, το κλινικό προφίλ των ατόμων με ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζεται από συχνή εκδήλωση τικ, ενώ ασθενείς με σύνδρομο Tourette συνεκδηλώνουν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ (Robertson, 2006). Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ, είτε ως μοναδική διαταραχή είτε σε συννοσηρότητα με το σύνδρομο Tourette, παρουσιάζουν δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές και μειωμένη γνωστική λειτουργικότητα (Rizzo et al., 2007).

Σύμφωνα με μελέτες (Freeman & Tourette Syndrome International Database Consortium, 2007; Roessner et al., 2007), η συνύπαρξη των δύο διαταραχών σχετίζεται με οικογενειακό ιστορικό ΔΕΠ-Υ και με αυξημένη εμφάνιση ψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων, άγχους — ιδιαίτερα κατά την παιδική ηλικία —, δυσκολιών στον έλεγχο θυμού, Διαταραχές Ύπνου, Ειδικών Μαθησιακών Δυσκολιών, Διαταραχής Διαγωγής, Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής και Διαταραχών Διάθεσης (Rothenberger and Roessner, 2013).

1.7.5 Κατάθλιψη και ΔΕΠ-Υ

Η κατάθλιψη παρουσιάζει αυξημένα ποσοστά συννοσηρότητας στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, επιβαρύνοντας ουσιαστικά την κλινική εικόνα της διαταραχής. Τα παιδιά αυτά συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην καθημερινή λειτουργικότητα, πιο έντονα συμπτώματα υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας, καθώς και επιτακτική ανάγκη για έγκαιρη αξιολόγηση. Η συννοσηρότητα των παραπάνω διαταραχών έχει ιδιαίτερη κλινική σημασία, καθώς συνδέεται με σοβαρές δυσκολίες στη λειτουργικότητα. Συγκεκριμένα, εμφανίζουν ακαδημαϊκές δυσκολίες, κοινωνική απόρριψη και πιο υψηλό αυτοκτονικό ιδεασμό σε σύγκριση με παιδιά που έχουν μόνο ΔΕΠ-Υ (Chronis-Tuscano et al., 2010). Παράλληλα, οι δυσκολίες στη διαχείριση των συναισθημάτων γίνονται πιο έντονες, οδηγώντας σε χαμηλή ανοχή στη ματαίωση και περισσότερες οικογενειακές συγκρούσεις (Shaw et al., 2014).

Η εμφάνιση κατάθλιψης σε άτομα με ΔΕΠ-Υ φαίνεται να σχετίζεται με την επίδραση πολλαπλών παραγόντων, κυρίως γενετικού, νευροβιολογικού και ψυχοκοινωνικού υπόβαθρου, όπως οι ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, η κοινωνική απόρριψη από την ομάδα των συνομηλίκων και η σχολική αποτυχία (Faraone & Larsson, 2019; Chronis-Tuscano et al., 2010).

Η θεραπεία της ΔΕΠ-Υ με κατάθλιψη, βασίζεται συνήθως σε μία πολυεπίπεδη θεραπευτική προσέγγιση. Η διεγερτική φαρμακοθεραπεία αποτελεί τη πρώτη επιλογή για τη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ, ενώ η μονοθεραπεία κυρίως Εκλεκτικών Αναστολέων

Επαναπρόσληψης Σεροτονίνης (SSRIs) κρίνεται συχνά ανεπαρκής για την ύφεση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (*Biederman et al., 2008*). Επιπλέον, η παρουσία κατάθλιψης μπορεί να μειώσει την αποτελεσματικότητα των συνηθισμένων θεραπειών για τη ΔΕΠ-Υ (*Meinzer et al., 2013*). Η χρήση αυτής της φαρμακοθεραπείας σε παιδιά, απαιτεί προσεκτική παρακολούθηση λόγω του πιθανού κινδύνου αυτοκτονικού ιδεασμού (*Bridge et al., 2007*). Παράλληλα με τη φαρμακευτική αγωγή, η Γνωστική-Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT), αναδεικνύεται ως μια εξαιρετικά αποτελεσματική παρέμβαση για τη μείωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε παιδιά και εφήβους με ΔΕΠ-Υ (*Sander et al., 2011*). Ως εκ τούτου, κρίνεται αναγκαία η έγκαιρη αξιολόγηση και τη στοχευμένη αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, με σκοπό τη βελτιστοποίηση τόσο της βραχυπρόθεσμης όσο και της μακροπρόθεσμης εξέλιξης τους (*Σκούρου, Κ., 2025*).

1.7.6 ΔΕΠ-Υ και Αυτισμός:

Η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) αποτελεί μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή και αρκετά από τα χαρακτηριστικά του συμπτώματα εμφανίζονται και σε άλλες διαταραχές, όπως η ΔΕΠ-Υ. Ερευνητικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι οι εκδηλώσεις του μικτού τύπου της ΔΕΠ-Υ, εμφανίζουν διαγνωστική και συμπτωματολογική εγγύτητα με εκείνες του αυτισμού (*Σουλτάτου, 2016*). Αυτές οι δύο διαταραχές μοιράζονται ένα ευρύ φάσμα παρόμοιων συμπεριφορικών μοτίβων — όπως δυσκολίες στην προσοχή, στην κοινωνική αλληλεπίδραση και στη ρύθμιση της συμπεριφοράς— ενώ παράλληλα συνδέονται από κοινά βιολογικά και νευροψυχολογικά αίτια. Έρευνες δείχνουν ότι το 67% των ατόμων με ΔΕΠ-Υ, εμφανίζουν παράλληλα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με το φάσμα του αυτισμού (*Leitner, 2014*).

Η προσοχή λειτουργεί ως ένας μηχανισμός επιλεκτικής επεξεργασίας των ερεθισμάτων που δεχόμαστε από το περιβάλλον, αλλά και των εμπειριών μας. Συγκεκριμένα, αποτελεί βασικό μέρος των εκτελεστικών λειτουργιών του εγκεφάλου και περιλαμβάνει διάφορες μορφές, όπως τη διατήρηση της συγκέντρωσης για μεγάλο χρονικό διάστημα, την εστίαση σε συγκεκριμένα ερεθίσματα, καθώς και την αγνόηση άσχετων πληροφοριών. Προκειμένου να παραμείνουμε συγκεντρωμένοι σε ένα στόχο είναι απαραίτητο η εργαζόμενη μνήμη να διατηρεί ενεργό έναν συγκεκριμένο στόχο καθ' όλη τη διάρκεια της δραστηριότητας (*Rosenberg, M. D., Finn, E. S., Scheinost, D., Constable, R. T., & Chun, M. M., 2017*).

Το προφίλ της προσοχής στα παιδιά με ΔΑΦ εμφανίζει ιδιαιτερότητες σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Συγκεκριμένα, χαρακτηρίζεται από ανώτερες επιδόσεις στην εστιασμένη και την παρατεταμένη προσοχή, καθώς και στην οπτικοχωρική αναζήτηση. Ωστόσο, δυσκολεύονται να προσανατολίσουν την προσοχή τους σε ορισμένα ερεθίσματα, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για μια κοινωνική κατάσταση. Όσον αφορά τα παιδιά με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας, εμφανίζουν ειδικές διαταραχές προσοχής

που δεν παρατηρούνται σε άλλες ομάδες ατόμων με ΔΑΦ (*Mansour, R., Ward, A. R., Lane, D. M., Loveland, K. A., Aman, M. G., Jerger, S., ... & Pearson, D. A., 2021*). Τέλος, σημαντικό χαρακτηριστικό αποτελεί και η δυσκολία στην κοινή προσοχή, στοιχείο που συνδέεται στενά με τις κοινωνικά και επικοινωνιακά ελλείμματα της διαταραχής. Τα ελλείμματα προσοχής που παρατηρούνται στη ΔΑΦ διαφοροποιούνται από εκείνα που εμφανίζονται στη ΔΕΠ-Υ. Στην ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται περισσότερο η βραχεία διάρκεια συγκέντρωσης και η απόσπαση προσοχής. Αυτό φανερώνει ότι ορισμένα προβλήματα προσοχής μπορεί να αποτελούν μέρος της ίδιας της ΔΑΦ και όχι απαραίτητα ένδειξη συνυπάρχουσας ΔΕΠ-Υ (*Gargaro et al., 2011*).

Οι δύο διαταραχές διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς τα πρότυπα επικοινωνίας. Στη ΔΑΦ είναι συχνή η καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου, η επίπεδη ή μονότονη ομιλία και η δυσκολία στην κατανόηση μεταφορικού λόγου. Αντίθετα, το γλωσσικό προφίλ των ατόμων με ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζεται συνήθως από λογόρροια (υπερβολική ομιλία) και απότομη μετάβαση από το ένα θέμα συζήτησης στο άλλο, παρόλο που ο λόγος τους παραμένει ρέων και προσαρμοσμένος στο κοινωνικό πλαίσιο (*Cortese, S., Bellato, A., Gabellone, A., Marzulli, L., Matera, E., Parlatini, V., ... & Margari, L., 2025*).

Κοινό χαρακτηριστικό των δύο αυτών, αποτελούν οι αισθητηριακές δυσκολίες, γεγονός που δυσκολεύει τη διαφορική διάγνωση των δύο διαταραχών. Ενώ στην ΔΑΦ παρατηρείται συχνά υπερ- ή υποευαισθησία σε αισθητηριακά ερεθίσματα, πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνουν ότι και ο πληθυσμός με ΔΕΠ-Υ εμφανίζει έντονες αισθητηριακές αποκλίσεις (*Jurek, L., Duchier, A., Gauld, C., Hénault, L., Giroudon, C., Fournieret, P., ... & Nourredine, M., 2025*). Μία ακόμη σημαντική ομοιότητα μεταξύ ΔΕΠ-Υ και ΔΑΦ αφορά τις δυσκολίες στη ρύθμιση των συναισθημάτων. Ωστόσο, διαφέρει ο τρόπος έκφρασης, αφού στη ΔΕΠ-Υ η συναισθηματική αντίδραση χαρακτηρίζεται από παρορμητικότητα (*Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E., 2014*), ενώ στα παιδιά με ΔΑΦ οφείλονται κυρίως στη αισθητηριακή υπερφόρτωση ή στη κοινωνική πίεση.

1.7.7 ΔΕΠ-Υ και Αναπτυξιακή Γλωσσική Διαταραχή (ΑΓΔ):

Η Αναπτυξιακή Γλωσσική Διαταραχή (ΑΓΔ) αποτελεί μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή που εμφανίζεται κατά την πρώιμη παιδική ηλικία και χαρακτηρίζεται από επίμονες δυσκολίες στην κατανόηση ή/ και τη χρήση του λόγου, οι οποίες δεν οφείλονται σε οργανικά αίτια, όπως η ακουστική απώλεια ή άλλες νευρολογικές παθήσεις (*Zeanah, C. H., Carter, A. S., Cohen, J., Egger, H., Gleason, M. M., Keren, M., ... & Oser, C., (2016)*). Αν και επηρεάζει κυρίως τις εκφραστικές γλωσσικές δεξιότητες, σε πιο σοβαρές περιπτώσεις συνδέεται και με δυσκολίες στην κατανόηση του λόγου, προκαλώντας έκπτωση στην καταληπτότητα της ομιλίας, το λεξιλόγιο και

τη δομική οργάνωση του λόγου (Rinaldi, S., Caselli, M. C., Cofelice, V., D'Amico, S., De Cagno, A. G., Della Corte, G., ... & Zoccolotti, P., 2021).

Η ΑΓΔ εκτιμάται περίπου στο 7% των παιδιών προσχολικής ηλικίας, αν και τα ποσοστά διαφέρουν ανάλογα με το πολιτισμικό και κοινωνικό πλαίσιο (McGregor, K. K., 2020).; Norbury, C. F., Gooch, D., Wray, C., Baird, G., Charman, T., Simonoff, E., ... & Pickles, A., 2016). Προγεννητικοί και περιγεννητικοί παράγοντες, το οικογενειακό ιστορικό, καθώς και η παρατεταμένη έκθεση σε ηλεκτρονικές συσκευές, φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης της διαταραχής (Massaroni, V., Delle Donne, V., Marra, C., Arcangeli, V., & Chieffo, D. P. R., 2023; Sansavini, A., Favilla, M. E., Guasti, M. T., Marini, A., Millepiedi, S., Di Martino, M. V., ... & Lorusso, M. L., 2021). Πέρα από τις γλωσσικές δυσκολίες, η ΑΓΔ συνδέεται με ευρύτερες γνωστικές, κοινωνικό-συναισθηματικές και ψυχιατρικές δυσκολίες που μπορεί να επιμένουν σε όλη τη διάρκεια της ζωής, ακόμη και μετά την ολοκλήρωση της θεραπευτικής παρέμβασης (Im-Bolter, N., & Cohen, N. J., 2007).

Η ΑΓΔ και η ΔΕΠ-Υ είναι από τις πιο συχνές νευροαναπτυξιακές διαταραχές της παιδικής ηλικίας και παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας (Mendez-Freije, I., Areces, D., & Rodriguez, C., 2023). Η συνύπαρξη αυτή φαίνεται να σχετίζεται με κοινές δυσκολίες στην επεξεργασία πληροφοριών και στις εκτελεστικές λειτουργίες, όπως η διατήρηση της προσοχής, η εργαζόμενη μνήμη και ο ανασταλτικός έλεγχος. Αυτές οι δυσκολίες επηρεάζουν σημαντικά τη γλωσσική ανάπτυξη, οδηγώντας σε προβλήματα στη συνοχή του λόγου, χρήση ακατάλληλων λέξεων, παραβίαση της σειράς των συνομιλητών και λογόρροια (Mendez-Freije, I., Areces, D., & Rodriguez, C., 2023; Hawkins, E., Gathercole, S., Astle, D., Calm Team, & Holmes, J., 2016; Parks, K. M., Hannah, K. E., Moreau, C. N., Brainin, L., & Joanisse, M. F., 2023).

1.8 Διερεύνηση του παιδιού με ΔΕΠ-Υ:

Το κλινικό προφίλ της ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζεται κυρίως από συμπτώματα της απροσεξίας, της υπερκινητικότητας και της παρορμητικότητας. Ωστόσο, είναι πολύ κοινό για τα παιδιά που εμφανίζουν τη συγκεκριμένη διαταραχή να αντιμετωπίζουν ελλείμματα στη γνωστική και συναισθηματική τους εξέλιξη, στις σχολικές επιδόσεις, καθώς και την αναπτυξιακή ή συμπεριφορική τους ανάπτυξη (Κάκουρος, E., & Μανιαδάκη, K., 2015).

Προσαρμοστικές ικανότητες:

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά παρουσιάζουν μειωμένες προσαρμοστικές ικανότητες σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους. Συγκεκριμένα, εμφανίζουν δυσκολίες στην ανάπτυξη δεξιοτήτων που τους επιτρέπουν να λειτουργούν αυτόνομα και

αποτελεσματικά στην καθημερινότητά τους, καθώς και στη διαμόρφωση διαπροσωπικών σχέσεων με παιδιά της ηλικίας τους (Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ., 2015).

Συναισθηματικές αντιδράσεις:

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εκδηλώνουν συχνά έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, όπως ευερεθιστότητα, εκνευρισμό και απογοήτευση. Οι αντιδράσεις αυτές επηρεάζονται από τη μορφή ενίσχυσης, καθώς όταν αυτή είναι θετική (π.χ. εξωτερικά ερεθίσματα ή επιβράβευση) μπορεί να εντείνει τη διέγερση, ενώ η μείωσή της συνδέεται με αυξημένα αισθήματα ματαίωσης. Συνολικά, η συναισθηματική τους έκφραση τείνει να είναι έντονη, ιδιαίτερα στο πλαίσιο κοινωνικών αλληλεπιδράσεων. Παράλληλα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συνήθως είναι σε θέση να αναγνωρίζουν και να κατανοούν τα συναισθήματα των άλλων, ακόμη κι αν δυσκολεύονται να διαχειριστούν αποτελεσματικά τα δικά τους (Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ., 2015).

Νοητική ανάπτυξη:

Η ΔΕΠ-Υ μπορεί να επηρεάσει τη νοητική ανάπτυξη του παιδιού τόσο στην απόκτηση νέων γνωστικών δεξιοτήτων όσο και στην αποτελεσματική αξιοποίηση των γνώσεων και ικανοτήτων που ήδη διαθέτει. Οι δυσκολίες στην προσοχή, στην οργάνωση και στον αυτοέλεγχο συχνά εμποδίζουν το παιδί να αξιοποιήσει πλήρως τις δυνατότητές του σε μαθησιακές και καθημερινές δραστηριότητες. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι ο Δείκτης Νοημοσύνης των παιδιών με ΔΕΠ-Υ υπολείπεται κατά περίπου 7–15 μονάδες σε σύγκριση με τον μέσο όρο των συνομηλίκων τους (Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ., 2015).

Μαθησιακές Δυσκολίες:

Οι μαθησιακές δυσκολίες αποτελούν έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν την ακαδημαϊκή και κοινωνική προσαρμογή των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, παρότι παρατηρούνται φυσιολογικές ή και υψηλές νοητικές ικανότητες, οι σχολικές τους επιδόσεις συνήθως είναι χαμηλότερες από αυτές που αναμένονται. Οι δυσκολίες αυτές συνδέονται κυρίως με την απροσεξία, την παρορμητικότητα και την υπερκινητικότητα που εκδηλώνονται τόσο στο σχολικό περιβάλλον όσο και στο σπίτι. Εξαιτίας αυτών των δυσκολιών, πολλά παιδιά με ΔΕΠ-Υ χρειάζονται εξειδικευμένη εκπαιδευτική υποστήριξη από ειδικούς, ενώ ορισμένα ενδέχεται να φοιτήσουν εκ νέου στην ίδια τάξη, να παρακολουθήσουν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα ή ακόμη και να διακόψουν την σχολική τους εκπαίδευση (Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ., 2015).

Ανάπτυξη λόγου και ομιλίας:

Η ανάπτυξη του λόγου και οι μαθησιακές δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αποτελούν τομείς με στενή αλληλεπίδραση που απαιτούν έγκαιρη υποστήριξη και παρέμβαση. Ορισμένα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, παρουσιάζουν καθυστέρηση στην έναρξη της ομιλίας, ενώ αρκετά αντιμετωπίζουν προβλήματα στην έκφραση του προφορικού λόγου. Ωστόσο, η κατανόηση συνήθως δεν επηρεάζεται σημαντικά. Οι δυσκολίες αυτές συχνά σχετίζονται με ελλείμματα στην ακουστική διάκριση και με μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής σε ακουστικά ερεθίσματα. (Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ., 2015).

Μνήμη εργασίας:

Η μνήμη εργασίας είναι μια γνωστική λειτουργία που επιτρέπει την προσωρινή αποθήκευση πληροφοριών για την εκτέλεση άμεσων ή μελλοντικών ενεργειών (Βάρβογλη, Α., & Γαλάνη, Μ. (2006). *Η Διάγνωση της Διάσπασης της Προσοχής–Πρακτικός Οδηγός*). Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν σημαντικά ελλείμματα σε αυτόν τον τομέα, γεγονός που οδηγεί σε δυσκολίες στη γνωστική οργάνωση, την εκτέλεση οδηγιών και την ανάκληση σημαντικών πληροφοριών. Επιπλέον, τα ελλείμματα στη μνήμη εργασίας έχουν σημαντικές επιπτώσεις στη σχολική επίδοση. Συγκεκριμένα, δυσχεραίνουν τόσο τη γραπτή έκφραση και την ανάγνωση, όσο και την επίλυση μαθηματικών προβλημάτων, όπου απαιτείται η ταυτόχρονη συγκράτηση και αποθήκευση πολλαπλών πληροφοριών και κανόνων (Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ., 2012).

Δυσκολίες στη ρύθμιση των συναισθημάτων και της διέγερσης:

Η συναισθηματική αυτορρύθμιση αποτελεί την ικανότητα του ατόμου να αξιολογεί το περιβάλλον του, να προσαρμόζει τις πράξεις του και να αναθεωρεί τη συμπεριφορά του μέσω της παρατήρησης, της αξιολόγησης και της ενίσχυσης του εαυτού του. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες στη ρύθμιση των συναισθημάτων, της διάθεσης και του επιπέδου διέγερσής τους, γεγονός που επηρεάζει την ικανότητα διατήρησης την προσοχής τους κατά την εκτέλεση απαιτητικών δραστηριοτήτων. Ειδικότερα, ενδέχεται να εμφανίζουν υποδιέγερση σε εργασίες αργού ρυθμού και χαμηλού ενδιαφέροντος, οδηγώντας σε μειωμένη προσοχή και απροσδόκητες αντιδράσεις. Αντίθετα, σε δραστηριότητες γρήγορου ρυθμού και αυξημένης συγκέντρωσης μπορεί να παρουσιάζουν υπερδιέγερση, η οποία οδηγεί σε λιγότερο ακριβείς αποκρίσεις (Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ., 2012).

1.9 Διαφορική Διάγνωση:

Η διαδικασία της διαφορικής διάγνωσης αποτελεί θεμελιώδη και αναπόσπαστο κομμάτι κατά την κλινική αξιολόγηση της ΔΕΠ-Υ, δεδομένου ότι ένα ευρύ φάσμα

ψυχολογικών και αναπτυξιακών διαταραχών χαρακτηρίζεται από παρόμοια συμπτωματολογία. Συγκεκριμένα, συμπτώματα όπως η διάσπαση προσοχής, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα ενδέχεται να εμφανίζονται και σε άλλες διαταραχές, γεγονός που καθιστά αναγκαία την λεπτομερή διάγνωση. Έτσι αποφεύγεται ο κίνδυνος διαγνωστικών σφαλμάτων και βελτιώνεται η διαμόρφωση κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων (Σκούρου, Κ., 2025).

Η διαφοροδιάγνωση της ΔΕΠ-Υ από τις αγχώδεις και τις καταθλιπτικές διαταραχές αποτελεί σύνθετη διαδικασία, καθώς καθίσταται δύσκολη η διάκριση των συμπτωμάτων της από εκείνα που εμφανίζονται στις διαταραχές άγχους και στις διαταραχές διάθεσης. Παιδιά με διαταραχές άγχους, ενδέχεται να εμφανίζουν απροσεξία εξαιτίας της έντονης ανησυχίας, χωρίς όμως να υφίσταται έλλειμμα προσοχής (Pliszka, 2000). Κατά ανάλογο τρόπο παιδιά με διαταραχές διάθεσης, όπως η κατάθλιψη, μπορεί να εκδηλώνουν μειωμένη κινητοποίηση, ψυχοκινητική διέγερση ή εύκολη κόπωση, οδηγώντας σε πιθανή διάγνωση ΔΕΠ-Υ. (Σκούρου, Κ., 2025).

Επιπροσθέτως, άλλη μια σημαντική πρόκληση αφορά την διαφοροδιάγνωση μεταξύ ΔΕΠ-Υ, εναντιωτικής προκλητικής διαταραχής και διαταραχής διαγωγής (Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ., 2015). Η διαφορική διάγνωση της ΔΕΠ-Υ βασίζεται κυρίως στην παρουσία ελλειμμάτων προσοχής, δυσκολία στον έλεγχο της παρορμητικότητας, καθώς και στην πρώιμη ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων αυτών συγκριτικά με τις άλλες δύο διαταραχές (Βάρβογλη, Α., & Γαλάνη, Μ., 2006). Η εναντιωτική προκλητική διαταραχή εκδηλώνεται τυπικά σε μικρότερη ηλικία και χαρακτηρίζεται κυρίως από αρνητική στάση και αντιδραστική συμπεριφορά, ιδιαίτερα απέναντι στους γονείς, καθώς και δυσκολία συνεργασίας. Επιπλέον, κατά την πορεία της ανάπτυξης, μπορεί να εξελιχθεί σε διαταραχή διαγωγής, η οποία θεωρείται η πιο σοβαρή μορφή προβληματικής συμπεριφοράς. Συγκεκριμένα χαρακτηρίζεται από επιθετικότητα, αντικοινωνικές εκδηλώσεις, εσκεμμένη καταστροφή ξένης περιουσίας και σε ορισμένες περιπτώσεις, παραβατική συμπεριφορά ή χρήση ουσιών κατά την εφηβεία (Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ., 2015).

Οι Μαθησιακές Διαταραχές, αποτελούν ένα σημαντικό στοιχείο που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά τη διαγνωστική αξιολόγηση της ΔΕΠ-Υ. Στα παιδιά με Ειδικές Μαθησιακές Διαταραχές, παρόλο που οι νοητικές τους ικανότητες μπορεί να είναι φυσιολογικές ή και υψηλές, οι σχολικές τους επιδόσεις συνήθως δεν ανταποκρίνονται στις δυνατότητές τους. Συγκεκριμένα, ενδέχεται να παρουσιάζουν δυσκολίες στη συγκέντρωση, στην κατανόηση οδηγιών και στην ολοκλήρωση σχολικών εργασιών, όχι λόγω ελλειμματικής προσοχής, αλλά εξαιτίας γνωστικών ή ακαδημαϊκών περιορισμών που σχετίζονται με τη μαθησιακή τους λειτουργία. Στις περιπτώσεις αυτές, η ελλειμματική προσοχή περιορίζεται αποκλειστικά στο ακαδημαϊκό πλαίσιο. Επομένως, κρίνεται απαραίτητη μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση της γνωστικής και ακαδημαϊκής λειτουργικότητας, προκειμένου να προσδιοριστεί αν η Μαθησιακή Διαταραχή υφίσταται ως ξεχωριστή διάγνωση ή ως συννοσηρή διαταραχή με τη ΔΕΠ-Υ (Semrud-Clikeman, 2012).

Η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) παρουσιάζει ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά με τη ΔΕΠ-Υ, ιδιαίτερα ως προς την δυσκολία συγκέντρωσης σε κοινωνικές καταστάσεις, την παρορμητικότητα και τις δυσκολίες στη ρύθμιση της συμπεριφοράς. Παρά την υψηλή συννοσηρότητα μεταξύ των δύο αυτών διαταραχών, η διαφορική τους διάγνωση κρίνεται εξαιρετικά κρίσιμη. Τα παιδιά με ΔΑΦ εμφανίζουν δομικές και εγγενείς δυσκολίες στην αμοιβαία κοινωνική αλληλεπίδραση, στην επικοινωνία, καθώς και στην ανάπτυξη της Θεωρίας του Νου (κατανόηση των σκέψεων και συναισθημάτων των άλλων), ελλείμματα τα οποία δεν αποτελούν χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον, τα στερεοτυπικά και επαναλαμβανόμενα μοτίβα, καθώς και η έντονη ανάγκη για σταθερότητα και ομοιομορφία, αποτελούν κεντρικά γνωρίσματα της ΔΑΦ και συνήθως απουσιάζουν από το κλινικό προφίλ της ΔΕΠ-Υ (*Leitner, 2014*).

Στο πλαίσιο της διαφορικής διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ, κρίνεται σημαντική η συστηματική συνεκτίμηση ποικίλων ιατρικών και νευρολογικών παθήσεων. Συγκεκριμένα, παθήσεις όπως η δυσλειτουργία του θυρεοειδούς αδένα, οι διαταραχές του ύπνου, η επιληψία, καθώς και οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, πρόκειται να εκδηλωθούν κλινικά με ελλείμματα στην προσοχή και στην συμπεριφορά του παιδιού (*Owens, Maxim, Nobile, McGuinn, & Msall, 2000*). Προκειμένου να αποκλειστούν αυτές οι παθήσεις και να διασφαλιστεί η εγκυρότητα της διάγνωσης, κρίνεται απαραίτητη η λήψη ενός λεπτομερούς ιατρικού ιστορικού και εφόσον κριθεί κλινικά αναγκαίο, η παραπομπή για εξειδικευμένες εργαστηριακές ή νευρολογικές εξετάσεις (*Σκούρου, Κ., 2025*).

Δεδομένου ότι ένα ευρύ φάσμα ψυχιατρικών και Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών συνεκδηλώνεται συχνά με τη ΔΕΠ-Υ, η διαδικασία της διαφορικής διάγνωσης απαιτεί τον σαφή διαχωρισμό μεταξύ πρωτογενών και δευτερογενών συμπτωμάτων, καθώς και τον ακριβή προσδιορισμό των συννοσηρών καταστάσεων. Για μια σωστή αξιολόγηση είναι αναγκαία μια ολοκληρωμένη και διεπιστημονική προσέγγιση, η οποία βασίζεται σε συνεντεύξεις, κλίμακες αξιολόγησης της συμπεριφοράς, παρατήρηση του παιδιού σε φυσικά πλαίσια, σχολικά δεδομένα και πληροφορίες από την οικογένεια (*Pelham et al., 2005*). Η ακριβής διάγνωση είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς η λανθασμένη εκτίμηση των συμπτωμάτων μπορεί να οδηγήσει σε ακατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σε παιδιά, των οποίων οι δυσκολίες σχετίζονται κυρίως με Αγχώδης ή Μαθησιακές Διαταραχές (*Σκούρου, Κ., 2025*).

1.10 Αντιμετώπιση:

Η αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ κατά την παιδική ηλικία θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική, καθώς συχνά συνυπάρχει με άλλες διαταραχές, ενώ ορισμένα από τα συμπτώματά της τείνουν να διατηρούνται στην ενήλικη (*Τζαμαλή, Α., & Σπυρόπουλος, Τ., 2018*). Επομένως, η θεραπευτική προσέγγιση θα πρέπει να βασίζεται σε τρεις άξονες: την

προσαρμογή στις ιδιαίτερες ανάγκες και συνθήκες του κάθε παιδιού, την υιοθέτηση ενός μακροχρόνιου πλάνου παρέμβασης, καθώς και την ενδυνάμωση της αυτοεκτίμησής του (Καλαντζή-Αζίζι, Α., 2005).

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ βασίζεται κυρίως στα διεγερτικά σκευάσματα, τα οποία επιτυγχάνουν άμεση βελτίωση των βασικών συμπτωμάτων της διαταραχής μέσω της ρύθμισης νευροδιαβιβαστών Σχέδιο Ερευνητικής Πρότασης για τους τρόπους αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ από τους Εκπαιδευτικούς της Παράλληλης Στήριξης. Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης, 8, 1068-1087. Η επιλογή της κατάλληλης αγωγής θα πρέπει να εξατομικεύεται λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, τις ιδιαίτερες ανάγκες του παιδιού, την ανταπόκριση στη θεραπεία και την παρουσία συνοδών διαταραχών. Παράλληλα απαιτείται συστηματική παρακολούθηση ώστε να εξασφαλιστεί η αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Η μη φαρμακολογική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων, οι οποίες αποσκοπούν στη βελτίωση της λειτουργικότητας του παιδιού. Συγκεκριμένα, εμπεριέχει την εργοθεραπεία, την ειδική διαπαιδαγώγηση, τη λογοθεραπεία και την ψυχολογική υποστήριξη. Συνολικά, η αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ απαιτεί συνεργασία μεταξύ της διεπιστημονικής ομάδας και εξατομικευμένη προσέγγιση, ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες κάθε παιδιού.

1.10.1 Φαρμακολογική Αντιμετώπιση:

Διεγερτικά:

Τα διεγερτικά φάρμακα αποτελούν την πρώτη επιλογή στη φαρμακευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ, συμπεριλαμβανομένων την μεθυλφενιδάτη και τη δεξτροαμφεταμίνη (Miller, A., Lee, S., Raina, P., Klassen, A., Zupancic, J., & Olsen, L., 1998; Barkley, R. A., & Barkley, R. A., 1998). Αποτελεσματική επίσης θεωρείται και η πεμολίνη μαγνησίου (Miller, A., Lee, S., Raina, P., Klassen, A., Zupancic, J., & Olsen, L., 1998; Barkley, R. A., & Barkley, R. A., 1998), η χρήση της οποίας όμως έχει περιοριστεί λόγω σπάνιων αλλά σοβαρών ηπατοτοξικών επιπλοκών (Marotta, P. J., & Roberts, E. A., 1998; Safer, D. J., Zito, J. M., & Gardner, J. F., 2001). Τα φάρμακα αυτά στοχεύουν κυρίως στη μείωση των βασικών συμπτωμάτων της διαταραχής (διάσπαση προσοχής, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα) και η αποτελεσματικότητά τους έχει επιβεβαιωθεί από πολλές μελέτες (Κωτσόπουλος, Σ., 2004).

Η δράση των διεγερτικών φαρμάκων, φαίνεται να σχετίζεται με την αύξηση των επιπέδων ντοπαμίνης και νορεπινεφρίνης στον εγκέφαλο (Zametkin, A. J., & Rapoport, J. L., 1987). Η μεθυλφενιδάτη και η δεξτροαμφεταμίνη παρουσιάζουν παρόμοια αποδοτικότητα, αν και σε ορισμένες περιπτώσεις η ανταπόκρισή τους διαφέρει. Λόγω της ταχείας έναρξης δράσης τους (20-30 λεπτά) και της περιορισμένης διάρκειας

ενέργειας που χαρακτηρίζει τα κλασικά σκευάσματα, η επίδρασή τους (ιδιαίτερα της μεθυλφενιδάτης) τείνει να εξασθενεί μέχρι το μεσημέρι, καθιστώντας αναγκαία τη λήψη μιας δεύτερης δόσης. Για αυτό τον λόγο, στην τρέχουσα κλινική πρακτική προτιμώνται οι μορφές ελεγχόμενης ή παρατεταμένης αποδέσμευσης, οι οποίες εξασφαλίζουν σταθερή φαρμακευτική υποστήριξη (Κωτσόπουλος, Σ., 2004). Η ανταπόκριση στη θεραπεία είναι συνήθως άμεση και εμφανής ήδη από τις πρώτες ημέρες λήψης. Τα ποσοστά επιτυχίας είναι ιδιαίτερα υψηλά, με το 50% των περιπτώσεων να εμφανίζει εξαιρετική ανταπόκριση και ένα επιπλέον 25% να παρουσιάζει μέτρια βελτίωση (Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Harding, M., O'DONNELL, D. E. B. O. R. A. H., & Griffin, S., 1996).

Αναφορικά με την ασφάλεια των διεγερτικών, οι συνήθεις παρενέργειες (όπως κεφαλαλγία, γαστρεντερικές ενοχλήσεις, μειωμένη όρεξη και αϋπνία) εμφανίζονται άμεσα και είναι παροδικές. Η μακροχρόνια χρήση τους συνδέεται αποκλειστικά με μη αναστρέψιμες βλάβες ή μόνιμη αναστολή της ανάπτυξης (έλλειμμα του σωματικού βάρους) (Gillberg, C., Melander, H., von Knorring, A. L., Janols, L. O., Thernlund, G., Hägglöf, B., ... & Kopp, S., 1997). Επομένως, απαιτείται προσεκτική διάγνωση πριν από την έναρξη της θεραπείας, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν συμπτώματα άγχους ή άλλες διαταραχές (π.χ. σύνδρομο Tourette), καθώς σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να προτιμηθούν εναλλακτικές φαρμακευτικές επιλογές (Κωτσόπουλος, Σ., 2004).

Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά:

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (ιμιπραμίνη, ντεξιπραμίνη, αμιτριπτυλίνη και νορτριπτυλίνη) αποτελούν συνήθως θεραπεία δεύτερης επιλογής για τη ΔΕΠ-Υ, αν και ορισμένες μελέτες έχουν αποδείξει, ότι μπορούν να είναι εξίσου αποτελεσματικά με τα διεγερτικά φάρμακα στη μείωση των συμπτωμάτων (Gillberg, C., Melander, H., von Knorring, A. L., Janols, L. O., Thernlund, G., Hägglöf, B., ... & Kopp, S., 1997). Η χρήση των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών σε παιδιά και εφήβους είναι περιορισμένη, κυρίως λόγω πιθανότητας για σοβαρές καρδιαγγειακές επιπλοκές και κίνδυνο αιφνίδιου θανάτου (Riddle, 1991; Biederman, 1995) και αύξηση αυτοκτονικότητας (Hammad 2006; Schneeweiss 2010). Τα συγκεκριμένα φάρμακα μπορούν να αποτελέσουν εναλλακτική ή συμπληρωματική επιλογή στη θεραπεία της ΔΕΠ-Υ, καθώς έχουν σχετικά μεγάλη διάρκεια δράσης. Παράλληλα, προσφέρουν επιπλέον οφέλη στη ρύθμιση της διάθεσης, του άγχους, των διαταραχών ύπνου, καθώς και στην αντιμετώπιση των τικ.

Άλλα φάρμακα:

Επιπλέον, σε περιπτώσεις όπου η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει με άλλες δυσκολίες, όπως διαταραχές ύπνου, επιθετική συμπεριφορά ή σύνδρομο Tourette, μπορεί να χρησιμοποιηθούν συμπληρωματικά φάρμακα όπως η κλονιδίνη, η γουανφασίνη ή η ρισπεριδόνη (Κωτσόπουλος, Σ., 2004). Η κλονιδίνη και η γουανφασίνη έχουν δείξει θετικά αποτελέσματα ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ΔΕΠ-Υ με παρουσία τικ, αν και μπορεί

να προκαλέσουν υπνηλία και απαιτούν προσεκτική παρακολούθηση (*Tourette's Syndrome Study Group, 2002*). Τέλος, η επιλογή της φαρμακευτικής αγωγής εξαρτάται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες κάθε παιδιού, καθώς και από την παρουσία τυχόν συνοδών διαταραχών.

1.10.2 Μη Φαρμακολογική Αντιμετώπιση:

Εργοθεραπεία:

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν ποικίλα ελλείμματα στη λειτουργικότητα και τη συμμετοχή τους στις καθημερινές δραστηριότητες (*Kelsch, K. L., & Miller, K. L., 2016*). Συγκεκριμένα επηρεάζει δραστηριότητες όπως η προσωπική φροντίδα, η ένδυση, η σίτιση, η σχολική επίδοση, το παιχνίδι και η κοινωνική συμμετοχή (*Kaneko & Okamura, 2005; Poulsen, 2011*). Ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει σε αυτές τις δυσκολίες είναι τα ελλείμματα στον κινητικό συντονισμό, τα οποία μπορούν να επηρεάσουν την ικανότητα του παιδιού να εκτελεί αποτελεσματικά δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης που απαιτούν λεπτή κινητικότητα (π.χ. η ένδυση, η χρήση κουμπιών και φερμουάρ κ.α.) (*Poulsen, 2011*). Επιπλέον, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν αστάθεια στην τήρηση των ρουτινών προσωπικής υγιεινής, καθώς και στην οργάνωση και διατήρηση του προσωπικού τους χώρου (*Poulsen, 2011*).

Τέλος, διαπιστώθηκε ότι οι εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις που σχεδιάζονται για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, επικεντρώνονται κατά κανόνα σε τέσσερις κεντρικούς άξονες: στις γνωστικές λειτουργίες, στις κινητικές δεξιότητες, στην αισθητηριακή επεξεργασία, καθώς και στον τομέα του παιχνιδιού (*Kelsch, K. L., & Miller, K. L., 2016*).

Γνωστικές Λειτουργίες:

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν συχνά δυσκολίες σε επιμέρους εκτελεστικές και γνωστικές λειτουργίες, όπως ο ανασταλτικός έλεγχος, η εργαζόμενη και η βραχυπρόθεσμη μνήμη, ο σχεδιασμός, η διαχείριση των παρεμβολών και η διατηρούμενη προσοχή (*Stevens et al., 2002; Shallice, 2002*). Σύμφωνα με τον *Barkley (1997)*, τα ελλείμματα στην εργαζόμενη μνήμη προκαλούν δυσκολίες στη διατήρηση και αξιοποίηση πληροφοριών που είναι απαραίτητες για την οργάνωση και την ολοκλήρωση δραστηριοτήτων. Παράλληλα, η ΔΕΠ-Υ συνδέεται με ελλείμματα στη φωνολογία (*Miranda-Casas, A., Ygual-Fernández, A., Mulas-Delgado, F., Roselló-Miranda, B., & Bó, R. M., 2002*), τη μορφοσύνταξη (*Ygual Fernández, A., Miranda-Casas, A., & Cervera Mérida, J. F., 2000*), τη σημασιολογία (*Idiazábal-Alecha, M. A., Guerrero-Gallo, D., & Sánchez-Bisbal, M. D. M., 2006*) και την ταχύτητα κατονομασίας (*Tannock, R., Martinussen, R., & Frijters, J., 2000; Yáñez, G. et al, 2005*).

Κινητικός Συντονισμός:

Τα ελλείμματα στον κινητικό συντονισμό αποτελούν συχνό χαρακτηριστικό της ΔΕΠ-Υ (*Goulardins, Marques, Casella, Nascimento, & Oliveira, 2013*) και εκδηλώνονται τόσο στις αδρές (*Kaneko & Okamura, 2005*) όσο και στις λεπτές κινήσεις (*Racine et al., 2008*). Οι δυσκολίες αυτές αφορούν, μεταξύ άλλων, τη γραφοκινητική απόδοση, καθώς τα παιδιά αυτά ενδέχεται να παρουσιάζουν χαμηλή ταχύτητα γραφής (*Shen, Lee, & Chen, 2012*), οδηγώντας έτσι σε χαμηλές σχολικές επιδόσεις. Επιπλέον, παρουσιάζουν δυσκολίες σε δραστηριότητες που απαιτούν υψηλό επίπεδο γνωστικής επεξεργασίας και κινητικής αλληλουχίας (*Lavasani and Stagnitti, 2011*). Η αναγνώριση και η κατάλληλη αντιμετώπιση των δυσκολιών στον κινητικό συντονισμό μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της σχολικής επίδοσης και στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και της λειτουργικής επάρκειας των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (*Brossard-Racine, Majnemer, Shevell, & Snider, 2008*).

Αισθητηριακή Επεξεργασία:

Η αισθητηριακή επεξεργασία αποτελεί έναν ακόμη σημαντικό τομέα παρέμβασης στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, καθώς πολλά από αυτά εμφανίζουν δυσκολίες στην οργάνωση και την επεξεργασία των αισθητηριακών ερεθισμάτων (*Yochman, Parush and Ornoy, 2004*). Οι δυσκολίες αυτές συχνά συνδέονται με εντονότερα συμπτώματα και αυξημένα επίπεδα άγχους (*Reynolds and Lane, 2009*). Όσον αφορά το πλαίσιο της εργοθεραπευτικής παρέμβασης, χρησιμοποιούνται αισθητηριακές στρατηγικές, όπως η χρήση βαρύκεντων γιλέκων (*Lin et al., 2014*) και θεραπευτικών μπαλών ισορροπίας (*Schilling, Washington, Billingsley and Deitz, 2003*). Συγκεκριμένα τα βαρύκεντα γιλέκα, στοχεύουν στην σωματοαισθητηριακή διέγερση καθώς και στη βελτίωση της προσοχής, της παραμονής στο έργο, της ισορροπίας και της ικανότητας του παιδιού να παραμένει στη θέση του (*Lin, et al., 2014; Olson & Moulton, 2004; VandenBerg, 2001*). Επιπροσθέτως, η αντικατάσταση της παραδοσιακής καρέκλας με θεραπευτική μπάλα ισορροπίας στη τάξη, έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει αισθητά την ικανότητα διατήρησης της παραμονής στη θέση του, την προσοχή, καθώς και την παραγωγικότητα στις σχολικές απαιτήσεις (*Schilling, Washington, Billingsley and Deitz, 2003*), με τους εκπαιδευτικούς να επιβεβαιώνουν την ενίσχυση των επιπέδων ακαδημαϊκής ανταπόκρισης (*Fedewa & Erwin, 2011*).

Παιχνίδι:

Το παιχνίδι αποτελεί σημαντικό τομέα εργοθεραπευτικής παρέμβασης για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, καθώς συμβάλει στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων (*Kelsch, K. L., & Miller, K. L., 2016*). Η συμμετοχή παιδιών τυπικής ανάπτυξης στις παρεμβάσεις έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα ωφέλιμη, καθώς ενισχύει το κοινωνικό παιχνίδι, τη συνεργασία και τη γενίκευση των δεξιοτήτων στην καθημερινή ζωή (*Cordier et al., 2009*).

Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ προτιμούν συχνά μοναχικές δραστηριότητες γεγονός που καθιστά αναγκαία την ενσωμάτωση δραστηριοτήτων που προάγουν την κοινωνική αλληλεπίδραση και την τήρηση κανόνων (*Pfeiffer, Terra, dos Santos, Stagnitti, and Panuncio-Pinto, 2011*). Τεχνικές όπως η αυτοπαρατήρηση μέσω βίντεο, η μίμηση προτύπων συμπεριφοράς από συνομηλίκους και η καθοδήγηση από τον εργοθεραπευτή έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στην ενίσχυση της κοινωνικής τους λειτουργικότητας (*Wilkes, Cordier, Bundy, Docking, and Munro, 2011*).

Ειδική Διαπαιδαγώγηση:

Το σχολικό περιβάλλον αποτελεί βασικό πλαίσιο κοινωνικοποίησης, όπου το παιδί αναπτύσσει κοινωνικές, γνωστικές και συναισθηματικές δεξιότητες. Στο πλαίσιο αυτό, ο εκπαιδευτικός οφείλει να συνεργάζεται στενά με τη διεπιστημονική ομάδα υποστήριξης του παιδιού με ΔΕΠ-Υ, προκειμένου να συμβάλλει στον σχεδιασμό και στην εφαρμογή ενός εξατομικευμένου προγράμματος. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στην οργάνωση της τάξης και στην ύπαρξη μιας σταθερής καθημερινής ρουτίνας, καθώς και στην αξιοποίηση πολυαισθητηριακών εργαλείων τα οποία βοηθούν στη διατήρηση της συγκέντρωσης και περιορίζουν την κόπωση (*Μπαλατσού, 2017*).

Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις για μαθητές με ΔΕΠ-Υ κρίνονται ιδιαίτερα σημαντικές για τη βελτίωση της συμμετοχής και της σχολικής τους επίδοσης. Μία βασική στρατηγική είναι η προσαρμογή του σχολικού περιβάλλοντος, όπως η τοποθέτηση του μαθητή κοντά στον εκπαιδευτικό και η ανάθεση εργασιών μικρότερης έκτασης, ώστε να διευκολύνεται η συγκέντρωσή του. Παράλληλα, σε επίπεδο διαχείρισης συμπεριφοράς, η συστηματική εφαρμογή της θετικής ενίσχυσης και η αγνόηση των ανεπιθύμητων συμπεριφορών, αποτελούν σημαντικά σημεία για τη διασφάλιση ενός εύρυθμου κλίματος εντός της τάξης. Παρόλα αυτά η διδασκαλία δεξιοτήτων αυτοελέγχου σε παιδιά με έντονη παρορμητικότητα παραμένει ένα ερώτημα για τις ερευνητικές ομάδες (*Heward, 2011*). Τα δεδομένα υποστηρίζουν ότι οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ είναι σε θέση να συμμορφώνονται με τους σχολικούς κανόνες και να αυτορρυθμίζουν τη συμπεριφορά τους στις περιπτώσεις που λαμβάνουν σαφείς οδηγίες (*Bicard & Neef, 2002*). Τέλος, παρόλο που αρκετοί από αυτούς τους μαθητές έχουν δικαίωμα πρόσβασης σε υπηρεσίες ειδικής αγωγής, στην περίπτωση που δεν λαμβάνουν τέτοια υποστήριξη, εντάσσονται κανονικά σε σχολεία γενικής εκπαίδευσης. Έτσι καθιστά αναγκαία την υλοποίηση κατάλληλων προγραμμάτων διαφοροποιημένης διδασκαλίας και προσαρμογής της τάξης για τη διευκόλυνση της ένταξής τους στο σχολικό περιβάλλον (*Σίσκα, Χ., Στυλίδου, Κ., & Τσιανάκα, Χ. Μ., 2023*).

Λογοθεραπεία:

Η ΔΕΠ-Υ αποτελεί μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή, στην οποία εκτός από τα βασικά συμπτώματα (απροσεξία, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα), παρατηρούνται επίσης σημαντικές δυσκολίες στη γλωσσική ανάπτυξη (*Neuhaus, C., 1996*). Σύμφωνα με έρευνες ένα ποσοστό περίπου 82% εμφανίζει καθυστέρηση στην κατανόηση και

παραγωγή του λόγου (*Langner & Fukkink, 2022*). Όσον αφορά την παραγωγή, χαρακτηρίζεται συχνά από λογόρροια, η οποία ωστόσο συνοδεύεται από προφορικά και δομικά λάθη, ενώ δυσκολεύονται να κατακτήσουν αυτόματα γλωσσικούς κανόνες. Σε περιπτώσεις που αυτά τα χαρακτηριστικά παρατηρούνται στην προσχολική ηλικία η λογοθεραπευτική παρέμβαση κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική. Παράλληλα, ακόμη και σε περιπτώσεις όπου η γραμματική δομή είναι επαρκής, παρατηρούνται ελλείμματα στη φωνολογική επεξεργασία και στη λεκτική εργαζόμενη μνήμη. Η εκδήλωσή τους παρουσιάζεται ως αδυναμία αυθόρμητης άρθρωσης ή επανάληψης πολυσύλλαβων και σύνθετων λέξεων, καθώς και ως δυσχέρεια στην ανάκληση ονομάτων, ήδη από την προσχολική ηλικία. Κατά την μετάβαση στη σχολική ηλικία, η περιγραφή γεγονότων συχνά πραγματοποιείται με αυξημένη προσπάθεια και ασυνάρτητο λόγο, καθώς εμφανίζουν ελλείμματα στην πραγματολογική και αφηγηματική ικανότητα (*Neuhaus, C., 1996*). Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, εμφανίζουν επίσης δυσκολίες στην ακουστική επεξεργασία, γεγονός που επηρεάζει την κατανόηση και την ερμηνεία των ακουστικών ερεθισμάτων, με επιπτώσεις στην ανάγνωση και στη γραφή. Επιπλέον, σε ορισμένες περιπτώσεις παρουσιάζουν ακουστική υπερευαισθησία, η οποία προκαλεί υψηλόσυχη ομιλία (*Neuhaus, C., 1996*).

Κατά τη διάρκεια των συνεδριών, οι λογοθεραπευτές εφαρμόζουν τεκμηριωμένες θεραπευτικές στρατηγικές οι οποίες στοχεύουν ταυτόχρονα στη διαχείριση της συμπεριφοράς και στην ενίσχυση της γλωσσικής ανάπτυξης (*Hansen et al., 2021*). Ιδιαίτερα αποτελεσματική θεωρείται η χρήση δραστηριοτήτων βασισμένων στο παιχνίδι (*Hansen et al., 2021*). Συγκεκριμένα, τα παιχνίδια ρόλων αξιοποιούν το ενδιαφέρον και τα κίνητρα των παιδιών, δημιουργώντας ευκαιρίες για επικοινωνία με στόχο τη γενίκευση αυτών των δεξιοτήτων στην καθημερινή ζωή.

Γλωσσικά Ελλείμματα στην ΑΓΔ:

Η Αναπτυξιακή Γλωσσική Διαταραχή (ΑΓΔ), αποτελεί μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή που επηρεάζει την κατάκτηση, κατανόηση και παραγωγή της γλώσσας, χωρίς να συνδέεται με αισθητηριακές, νοητικές ή άλλες νευρολογικές διαταραχές (*Bishop et al., 2017*). Τα κύρια ελλείμματα εντοπίζονται στη σημασιολογία, τη μορφολογία, τη σύνταξη, τη φωνολογία, την πραγματολογία και τη μνήμη, επηρεάζοντας άμεσα τόσο την επικοινωνία όσο και τη σχολική επίδοση (*Leonard, 2014*). Συγκεκριμένα, μπορεί να εμφανίζουν περιορισμένο λεξιλόγιο, δυσκολίες στη γραμματική, στην κατανόηση ή παραγωγή σύνθετων προτάσεων (*Conti-Ramsden et al., 2018*). Η ανάλυση της κλινικής εικόνας της ΑΓΔ ξεκινά από τον τομέα της σημασιολογίας ο οποίος διαδραματίζει θεμελιώδη ρόλο στην ανάπτυξη της επικοινωνίας και της γνωστικής εξέλιξης (*Μπραούση, Η., 2025*).

Ψυχολογική Υποστήριξη:

Η ψυχολογική υποστήριξη και ενημέρωση των γονέων μέσω της συμβουλευτικής, αποτελεί βασικό παράγοντα για την ενίσχυση της λειτουργικότητας της οικογένειας και την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των δυσκολιών που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ. Η ανάπτυξη των δεξιοτήτων όπως η επίλυση προβλημάτων, η αποδοχή των δυσκολιών και η υιοθέτηση θετικών τρόπων αλληλεπίδρασης, ενισχύουν την υποστήριξη της οικογένειας. Οι παρεμβάσεις βασίζονται στα δυνατά στοιχεία και τις ανάγκες της, βοηθώντας τους γονείς να ανταποκριθούν καλύτερα στις πρακτικές και συναισθηματικές ανάγκες όλων των μελών (Νικολαου, Ο., 2017).

Η συμβουλευτική βασίζεται στη δημιουργία μιας ουσιαστικής και υποστηρικτικής σχέσης ανάμεσα στον σύμβουλο και το άτομο (Bernard, 1977, όπ. αναφ. στο Μάνος, 1997, σ. 128). Η σχέση αυτή προσδιορίζεται από την ενσυναίσθηση, την αυθεντικότητα του συμβούλου, την ειλικρινή ανταπόκριση (Μαλικιώση-Λοϊζου, 1999, σ. 351) και τον αμοιβαίο σεβασμό (Μαλικιώση-Λοϊζου, 1999, σ. 329). Κατά τις συναντήσεις με τους γονείς, ο σύμβουλος μπορεί να εφαρμόσει τη διαδικασία των τεσσάρων σταδίων που προτείνει η Συμβουλευτική Ψυχολογία (Μαλικιώση-Λοϊζου, 2011, σ. 114).

1ο στάδιο: Έναρξη της συζήτησης και δόμηση της σχέσης

Το πρώτο στάδιο αφορά την έναρξη του διαλόγου και τη θεμελίωση της επικοινωνίας, με στόχο την ανάπτυξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης και συνεργασίας με τον γονέα. Παράλληλα, αναδεικνύει τον ενεργό ρόλο και των δύο πλευρών στην εκπλήρωση των στόχων και προσδιορίζει τα πλαίσια της συμβουλευτικής.

2ο στάδιο: Καθορισμός του προβλήματος

Το στάδιο αυτό θεωρείται το πιο απαιτητικό και σημαντικό, καθώς αποτελεί τη βάση για την αποτελεσματική εξέλιξη της συμβουλευτικής διαδικασίας (Neil, 1975, όπ. αναφ. στο Μαλικιώση-Λοϊζου, 2011, σ. 117). Συγκεκριμένα ο σύμβουλος, αξιοποιώντας τα δεδομένα που έχει συλλέξει, βοηθάει τον γονέα να κατανοήσει το πρόβλημα που αντιμετωπίζει.

3ο στάδιο: Οριοθέτηση στόχων

Στο στάδιο αυτό, ο σύμβουλος συνεργάζεται με τον εκπαιδευτικό και τον γονέα για τον καθορισμό συγκεκριμένων συμπεριφορικών στόχων που απαιτούνται για την αντιμετώπιση των δυσκολιών του παιδιού. Είναι σημαντικό οι στόχοι αυτοί να ανταποκρίνονται στις δυνατότητες του παιδιού, να λειτουργούν ενισχυτικά ως προς το κίνητρο και την συμμετοχή του, αποτρέποντας έτσι την απογοήτευση και την παραιτήσή του.

4ο στάδιο: Αναζήτηση και εντοπισμός εναλλακτικών λύσεων

Στο τελικό αυτό στάδιο, ο σύμβουλος και ο γονέας επικεντρώνονται στην εύρεση νέων λύσεων για το πρόβλημα, ενώ όταν κρίνεται απαραίτητο παρέχεται και η υποστήριξη του εκπαιδευτικού για τη λήψη αποφάσεων.

1.11 Ανιχνευτικά Εργαλεία ΔΕΠ-Υ:

1.11.1 Vanderbilt Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Parent Rating Scale (VADPRS):

Η Κλίμακα Αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ «Vanderbilt για Γονείς- VADPRS» (Vanderbilt Attention Deficit/Hyperactive Disorder Parent Rating Scale) αναπτύχθηκε με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV και αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο το οποίο χρησιμοποιείται ευρέως για την αξιολόγηση της διαταραχής στην παιδική ηλικία. Συγκεκριμένα, συμπληρώνεται από τους γονείς και αξιολογεί τη λειτουργικότητα του παιδιού σε τομείς όπως η σχολική επίδοση και οι διαπροσωπικές σχέσεις. Τα αποτελέσματά της συνδυάζονται συνήθως με πληροφορίες από εκπαιδευτικούς και άλλες πηγές, συμβάλλοντας σε μια ολοκληρωμένη διαγνωστική αξιολόγηση του παιδιού (Wolraich et al., 2003).

1.11.2 Child Behavior Checklist (CBCL):

Το «Child Behavior Checklist» (CBCL) αποτελεί ένα εργαλείο ανίχνευσης πιθανών ψυχικών παθήσεων και της λειτουργικότητας των παιδιών και των εφήβων με ΔΕΠ-Υ, το οποίο συμπληρώνεται από τους γονείς και αξιολογεί ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών, συμπεριφορικών και λειτουργικών δυσκολιών. Μέσω ειδικού λογισμικού, οι απαντήσεις μετατρέπονται σε τυποποιημένες βαθμολογίες, οι οποίες συγκρίνουν την εικόνα του παιδιού με εκείνη συνομηλίκων, του ίδιου φύλου και ηλικίας. Οι βαθμολογίες αυτές επιτρέπουν την εκτίμηση της σοβαρότητας των δυσκολιών σε διάφορους κλινικούς τομείς, παρέχοντας σημαντικές πληροφορίες για τη φύση και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Το CBCL βοηθά τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας να αναγνωρίσουν πιθανές συνυπάρχουσες διαταραχές, να αξιολογήσουν τη λειτουργικότητα του παιδιού και να σχεδιάσουν κατάλληλες παρεμβάσεις (Biederman, J., DiSalvo, M., Vaudreuil, C., Wozniak, J., Uchida, M., Woodworth, K. Y., ... & Faraone, S. V., 2021).

1.11.3 SNAP- IV:

Ένα από τα πιο διαδεδομένα εργαλεία είναι η Κλίμακα Αξιολόγησης «Swanson, Nolan, and Pelham» (*SNAP-IV; Swanson et al., 2001*), η οποία συμπληρώνεται από γονείς και εκπαιδευτικούς. Σκοπός της είναι η εκτίμηση των βασικών συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής βάσει του *DSM-IV (American Psychiatric Association, 2013)*. Επιπλέον, η κλίμακα συμβάλλει στην ερευνητική διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων (*Abikoff et al., 2005; Correia Filho et al., 2005; Wigal et al., 2004*).

Παρά την εκτεταμένη χρήση της, εξακολουθούν να υπάρχουν ερωτήματα σχετικά με τον τρόπο δόμησής της, τη διαγνωστική και προγνωστική της αξία για τη ΔΕΠ-Υ και την αντιστοιχία μεταξύ αξιολογήσεων μεταξύ γονέων και εκπαιδευτικών. Η περαιτέρω διερεύνηση θεωρείται σημαντική για την ορθή ερμηνεία των αποτελεσμάτων σε κλινικές και ερευνητικές εφαρμογές (*Hall, C. L., Guo, B., Valentine, A. Z., Groom, M. J., Daley, D., Sayal, K., & Hollis, C., 2020*).

1.11.4 CONNERS 3:

Οι Κλίμακες Αξιολόγησης Connors (*Connors' Rating Scales; Connors, 1989, 1997, 2008*) χρησιμοποιούνται διεθνώς για την υποστήριξη της διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ, καθώς και των συχνότερων συννοσηρών δυσκολιών, όπως οι Διαταραχές Συμπεριφοράς και οι Μαθησιακές Δυσκολίες σε παιδιά και εφήβους. Η τρίτη έκδοση των κλιμάκων, «Connors 3», αξιολογεί επιπλέον τις αρνητικές οικογενειακές ή κοινωνικές σχέσεις (*Czamara et al., 2013; Jensen & Steinhausen, 2015; Spencer, Biederman, & Mick, 2007*). Η συγκεκριμένη έκδοση περιλαμβάνει τρία διαφορετικά ερωτηματολόγια που συμπληρώνονται από τους γονείς (*Connors 3-P*), τους εκπαιδευτικούς (*Connors 3-T*) και τους ίδιους τους ασθενείς (*Connors 3-SR*). Για τη διευκόλυνση της σύγκρισης των πληροφοριών που προέρχονται από τα τρία αυτά ερωτηματολόγια, οι κλίμακες σχεδιάστηκαν με τέτοιο τρόπο ώστε να παρουσιάζουν παρόμοια δομή και κοινές υποκλίμακες.

Στο πεδίο της κλινικής πράξης, θεωρείται σημαντική η συλλογή δεδομένων από πρόσωπα του στενού περιβάλλοντος του παιδιού, καθώς συμβάλλει στον εντοπισμό αποκλίσεων της συμπτωματολογίας ανάλογα με το περιβάλλον στο οποίο εκδηλώνονται (*De Los Reyes et al., 2015; Gizer et al., 2008; Hughes & Gullone, 2010; Hunsley & Mash, 2007; Power, Dombrowski, Watkins, Mautone, & Eagle, 2007*). Αυτό οδηγεί στον αποτελεσματικό σχεδιασμό των θεραπευτικών παρεμβάσεων και στην ενίσχυση των δυνατοτήτων του παιδιού (*De Los Reyes et al., 2015; Hawley & Weisz, 2003*).

1.11.5 Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños (ENFEN):

Ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο είναι το ENFEN (Navarro-Soria, I., Juárez-Ruiz de Mier, R., García-Fernández, J. M., González-Gómez, C., Real-Fernández, M., Sanchez-Munoz de Leon, M., & Lavigne-Cervan, R., 2020; Portellano, J. A., Martínez, R., & Zumárraga, L., 2009), το οποίο αξιολογεί την επάρκεια των εκτελεστικών λειτουργιών μέσω τεσσάρων δοκιμασιών: τη *Λεκτική Ροή* (εργαζόμενη/ λεκτική μνήμη), τα *Μονοπάτια* (ικανότητα πρόβλεψης/ προοπτική μνήμη), τους *Δακτυλίους* (συμπεριφορικός προγραμματισμός/ χωρικός προσανατολισμός) και την *Παρεμβολή* (ανασταλτικός έλεγχος/ γνωστική ευελιξία) (Portellano, J. A., Martínez, R., & Zumárraga, L., 2009). Μέσω της καταγραφής του χρόνου ολοκλήρωσης καθώς και των σφαλμάτων, ο ειδικός εξάγει ένα προφίλ της επιτελικής επίδοσης του παιδιού, ενισχύοντας τη διαγνωστική διαδικασία και τον σχεδιασμό εξατομικευμένων παρεμβάσεων για παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Navarro-Soria, I., Juárez-Ruiz de Mier, R., García-Fernández, J. M., González-Gómez, C., Real-Fernández, M., Sanchez-Munoz de Leon, M., & Lavigne-Cervan, R., 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Αναπτυξιακή Γλωσσική Διαταραχή (ΑΓΔ)

2.1 Ορισμός της ΑΓΔ:

Η Αναπτυξιακή Γλωσσική Διαταραχή (ΑΓΔ) είναι μια διαταραχή που έχει μελετηθεί εκτενώς και ο ορισμός της έχει αναθεωρηθεί πολλές φορές. Αυτό οφείλεται στην εξέλιξη της επιστημονικής γνώσης όσον αφορά τη γλωσσική ανάπτυξη και τις σχετικές δυσκολίες. Σύμφωνα με τη σύγχρονη ορολογία, η ΑΓΔ αναφέρεται σε επίμονα και σημαντικά ελλείμματα στην κατάκτηση και λειτουργική χρήση του λόγου, τα οποία δεν αποδίδονται σε νευρολογικές, αισθητηριακές, νοητικές ή συναισθηματικές διαταραχές. Τα προβλήματα μπορεί να εμφανίζονται σε διάφορους τομείς της γλώσσας, όπως στη φωνολογία, στη μορφοσύνταξη, στη σημασιολογία και στην πραγματολογία (Bishop *et al.*, 2017). Η έγκαιρη διάγνωση και η κατάλληλη λογοθεραπευτική παρέμβαση διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ενίσχυση των γλωσσικών δεξιοτήτων, της ακαδημαϊκής πορείας και της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης των παιδιών. Για τον λόγο αυτό, η εφαρμογή εξατομικευμένων προγραμμάτων παρέμβασης, προσαρμοσμένων στις ανάγκες και δυνατότητες κάθε παιδιού, αποτελεί βασική προϋπόθεση για την αποτελεσματική υποστήριξή τους (Μπραούση, Η., 2025).

2.2 Συχνότητα εμφάνισης της ΑΓΔ στα παιδιά:

Η ΑΓΔ αποτελεί μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή, η οποία αφορά περίπου το 7% του παιδικού πληθυσμού και προκαλεί επίμονες δυσκολίες σε διάφορα επίπεδα της γλωσσικής επεξεργασίας (Bishop *et al.*, 2016; Norbury *et al.*, 2016). Στα παιδιά σχολικής ηλικίας, κυμαίνεται στο 7–8%, παρεμποδίζοντας την καθημερινή λειτουργικότητά τους (Norbury *et al.*, 2016). Ωστόσο, η διαταραχή υποδιαγιγνώσκεται σε μεγάλο βαθμό, με αποτέλεσμα την ελλιπή υποστήριξη των παιδιών αυτών (Bishop *et al.*, 2017).

Η περιορισμένη ύπαρξη διαχρονικών μελετών επαναξιολόγησης ατόμων με ΑΓΔ δυσχεραίνει τον προσδιορισμό της συχνότητας εμφάνισης της διαταραχής, καθώς και την αναπτυξιακή της πορεία από την παιδική έως την ενήλικη ζωή. Ακόμη και σήμερα, υπάρχουν αναπάντητα ερωτήματα, το βασικότερο από τα οποία είναι αν τα χαρακτηριστικά της διαταραχής παραμένουν σταθερά ή αν μεταβάλλονται καθώς το παιδί μεγαλώνει. Παρόλο που ορισμένα παιδιά παρουσιάζουν βελτίωση σε γλωσσικές και γνωστικές δεξιότητες, αρκετά εξακολουθούν να εμφανίζουν συμπτώματα και δυσκολίες κατά τη διάρκεια όλης της ζωής τους (Clegg *et al.*, 2005; Conti-Ramsden, 2008; Snowling *et al.*, 2001). Οι διαπιστώσεις αυτές αναδεικνύουν την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση, με απώτερο σκοπό την πλήρη κατανόηση της ΑΓΔ.

2.3 Διαφορές της ΑΓΔ στα δύο φύλα:

Οι διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται μεταξύ των δύο φύλων ως προς τις γλωσσικές ικανότητες αποδίδονται σε ποικίλους νευροβιολογικούς παράγοντες (π.χ. τα γονίδια, οι ορμόνες και η οργάνωση του εγκεφάλου), οι οποίοι αλληλεπιδρούν με το ευρύτερο περιβάλλον. Τα ερευνητικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι τα αγόρια παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης γλωσσικών διαταραχών σε σύγκριση με τα κορίτσια, τα οποία λόγω διαφορετικής νευροφυσιολογίας καθιστούν μειωμένη την πιθανότητα εμφάνισης ΑΓΔ. Σύμφωνα με πρόσφατη ανασκόπηση του *Wallentin (2020)*, ο σχεδιασμός στοχευμένων και αποτελεσματικών παρεμβάσεων είναι πολύ σημαντικός και μπορεί να επιτευχθεί μέσω της κατανόησης των διαφορών στα δύο φύλα.

Σύμφωνα με πρόσφατη ανασκόπηση του *Wallentin (2020)*, στην ηλικία των 26 μηνών, η αναλογία αγοριών προς κορίτσια ανέρχεται σε 2:1, όσον αφορά τη γλωσσική παραγωγή (*Norbury et al., 2016*). Η αναλογία αυτή εναρμονίζεται πλήρως με τα ευρήματα μιας εκτενούς πληθυσμιακής μελέτης των *Norbury κ.ά. (2016)*, η οποία παρουσίασε αντίστοιχη αναλογία (2:1) σε παιδιά που διέτρεχαν κίνδυνο εμφάνισης ΑΓΔ. Παρόμοιες αναλογίες, που κυμαίνονται από 2:1 έως 3:1 υπέρ των αγοριών, έχουν επίσης αναφερθεί σε άλλες μελέτες σχετικά με την ΑΓΔ (*Rudolph, 2017; Tseng et al., 2015*).

2.4 Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης της ΑΓΔ:

Η εμφάνιση της ΑΓΔ φαίνεται να συνδέεται με την αλληλεπίδραση διάφορων παραγόντων, οι οποίοι ενδέχεται να επηρεάζουν την ανάπτυξη των γλωσσικών δεξιοτήτων. Πιθανοί παράγοντες κινδύνου αποτελούν το οικογενειακό ιστορικό διαταραχών λόγου και ομιλίας, το χαμηλό μορφωτικό- κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των γονέων, το αρσενικό φύλο, καθώς και προγεννητικοί ή περιγεννητικοί παράγοντες (*Snowling, M. J., Duff, F. J., Nash, H. M., & Hulme, C., 2016; Bishop, D. V., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., Catalise-2 Consortium, Adams, C., ... & house, A., 2017; Sansavini, A., Guarini, A., Justice, L. M., Savini, S., Broccoli, S., Alessandroni, R., & Faldella, G., 2010*). Παράλληλα, έρευνες έχουν αποδείξει ότι η πρόωμη εμφάνιση της ΑΓΔ οφείλεται σε παράγοντες, όπως το περιορισμένο εκφραστικό λεξιλόγιο, η δυσκολία αντιστοίχισης λέξεων, τα ελλείμματα στην κατανόηση και η περιορισμένη χρήση χειρονομιών κατά τη διάρκεια του δεύτερου και τρίτου έτους ζωής (*Snowling, M. J., Duff, F. J., Nash, H. M., & Hulme, C., 2016; Zambrana, I. M., Pons, F., Eadie, P., & Ystrom, E., 2014; Bishop, D. V., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., Catalise-2 Consortium, Adams, C., ... & house, A., 2017*).

Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι τα αγόρια παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης νευροαναπτυξιακών δυσκολιών —συμπεριλαμβανομένων της καθυστέρησης στην γλωσσική ανάπτυξη και της διάγνωσης ΑΓΔ— σε σύγκριση με τα κορίτσια (*Bale, 2016; Cheuk and Wong, 2005; Dale et al., 2003; Harrison and McLeod,*

2010; Law et al., 2009; Mossabeb et al., 2012; Prathanee et al., 2007; Stanton-Chapman et al., 2002; White-house, 2010; Whitehouse et al., 2012b; Wilson et al., 2013). Κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους της ζωής, τα αγόρια τείνουν να παράγουν μεγαλύτερο όγκο λέξεων σε σχέση με τα κορίτσια (Oller et al., 2020). Ωστόσο, σε διάφορες αξιολογήσεις γλωσσικών δεξιοτήτων, τα κορίτσια συχνά επιτυγχάνουν με υψηλότερες επιδόσεις από ότι τα αγόρια (Bornstein et al., 2004; Chen et al., 2009; Lutchmaya et al., 2002b; Whitehouse, 2010), αν και η διαφορά αυτή τείνει να μειώνεται κατά την πορεία της ζωής τους (Lange et al., 2016).

Προωρότητα:

Η προωρότητα σε συνδυασμό με την νεαρή ηλικία κύησης (Müller et al., 2018; Prathanee et al., 2007; van Noort-van der Spek et al., 2022), αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου εμφάνισης της ΑΓΔ, με ποσοστό που κυμαίνεται στο 20- 25% (Müller et al., 2018; Reidy et al., 2013). Οι γλωσσικές δυσκολίες μπορεί να επηρεάζουν τόσο την κατανόηση όσο και την παραγωγή του λόγου (Gonzalez-Gomez and Nazzi, 2012; Rand and Lahav, 2014; Reidy et al., 2013; van Noort-van der Spek et al., 2012), οδηγώντας σε προβλήματα άρθρωσης, τραυλισμό και περιορισμένο λεξιλόγιο (da Costa Ribeiro et al., 2016; Gozzo et al., 2009; Ionio et al., 2016; Largo et al., 1990; Mossabeb et al., 2012; Rabie et al., 2015; Sansavini et al., 2010; Vohr, 2014; Woods et al., 2014; Woodward et al., 2012). Επιπλέον, τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν ελλείμματα στις γνωστικές και εκτελεστικές λειτουργίες (da Costa Ribeiro et al., 2016; Gozzo et al., 2009; Knuijt and Sundar, 2001; Largo et al., 1990; Müller et al., 2018; Sansavini et al., 2010; Woodward et al., 2012).

Οικογενειακή κατάσταση:

Η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τη γλωσσική ανάπτυξη των παιδιών και αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης της ΑΓΔ. Τα ερευνητικά δεδομένα έχουν αποδείξει ότι η ύπαρξη πολλών παιδιών στην οικογένεια αποτελεί παράγοντα κινδύνου για γλωσσικές δυσκολίες (Choudhury and Benasich, 2003). Συγκεκριμένα, τα πρωτότοκα παιδιά έχουν χαμηλότερες πιθανότητες εμφάνισης ΑΓΔ σε σύγκριση με τα μεταγενέστερα (Diepeveen et al., 2017; Harrison and McLeod, 2010; Prathanee et al., 2007; Stanton-Chapman et al., 2002). Πιθανός παράγοντας που εξηγεί τα ευρήματα αυτά, είναι η αυξημένη ηλικία των γονέων— ιδιαίτερα του πατέρα (Cheuk and Wong, 2005; Choudhury and Benasich, 2003) —καθώς συνδέεται με την εμφάνιση νευροαναπτυξιακών και νευροψυχιατρικών διαταραχών, όπως ο αυτισμός και η σχιζοφρένεια (Sharma et al., 2015). Επιπλέον παράγοντες αποτελούν το κοινωνικό-μορφωτικό επίπεδο της μητέρας (Stanton-Chapman et al., 2002), καθώς και η μειωμένη έκθεση σε γλωσσική και γνωστική διέγερση, που ενδέχεται να λαμβάνουν τα παιδιά σε πολυμελή οικογένειες (Black et al., 2018; Kristensen and Bjerkedal, 2007; Stanton-Chapman et al., 2002).

Χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών:

Η κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, έχει συσχετιστεί με μακροχρόνιες δυσκολίες στη γνωστική και κινητική ανάπτυξη, την ακοή, τις φωνολογικές δεξιότητες καθώς και την κατανόηση και παραγωγή της γλώσσας (Bandstra et al., 2011; Buckingham-Howes et al., 2013; D'Apolito, 1998; Delaney-Black et al., 2000; Lehtikoinen et al., 2016; Lewis et al., 2013). Συγκεκριμένα, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, μπορεί να προκαλέσει στο νεογνό σοβαρές ανατομικές, γνωστικές και γλωσσικές διαταραχές, όπως αυτές που παρατηρούνται στο Εμβρυϊκό Αλκοολικό Σύνδρομο (Cone-Wesson, 2005). Αυτό το σύνδρομο συνδέεται με έκπτωση στο λεξιλόγιο, τη γραμματική και τις αφηγηματικές δεξιότητες (Church and Kaltenbach, 1997; Mattson et al., 2019; McGee et al., 2009; Terband et al., 2018; Wyper and Ras-mussen, 2011).

Σωματική και ψυχική υγεία μητέρας:

Η σωματική και ψυχική υγεία της μητέρας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την αναπτυξιακή πορεία του παιδιού. Συγκεκριμένα, παθήσεις της μητέρας όπως η παχυσαρκία προ κύησης, ο διαβήτης, η υπέρταση και η προεκλαμψία, έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο γλωσσικών δυσκολιών, καθώς και με καθυστερήσεις στην κινητική ανάπτυξη (Adane et al., 2016; Battin et al., 2018; Chen et al., 2009; Dionne et al., 2008; Jo et al., 2015; Perna et al., 2015; Torres-Espínola et al., 2015). Επιπλέον, υψηλά επίπεδα μητρικού στρες κατά την εγκυμοσύνη, έχουν συνδεθεί με μειωμένη ανάπτυξη της γνωστικής λειτουργίας και της γλωσσικής έκφρασης του παιδιού (Harrison and McLeod, 2010; Ibanez et al., 2015; Kawai et al., 2017; King and Laplante, 2005; Skurtveit et al., 2014), καθώς και με ευρύτερες αναπτυξιακές λειτουργίες (π.χ. η κινητικότητα, η προσοχή και η μνήμη) (Gragin-Philippe, R., Dayan, J., Chokron, S., Jacquet, A. Y., & Tordjman, S., 2014).

Ιογενείς λοιμώξεις:

Οι ιογενείς λοιμώξεις κατά την πρώιμη παιδική ηλικία μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τη νευροαναπτυξιακή πορεία του παιδιού, ιδιαίτερα όταν προκαλούν εγκεφαλίτιδα, η οποία συνδέεται με αισθητηριακές, κινητικές, γνωστικές και γλωσσικές δυσκολίες (Tsai et al., 2017). Μεταξύ αυτών, λοιμώξεις όπως ο Εντεροϊός (Hung et al., 2018) —ο οποίος προσβάλλει διαφορετικές περιοχές του εγκεφάλου (Rhoades et al., 2011) —το Μυκόπλασμα της Πνευμονίας (Tsai et al., 2017) και ο Συγγενής Κυτταρομεγαλοϊός (Korndewal et al., 2017), σχετίζονται με προβλήματα λόγου και ομιλίας σε παιδιά μικρότερα των έξι ετών.

2.5 Ανιχνευτικά Εργαλεία της ΑΓΔ:

2.5.1 Children's Communication Checklist-2 (CCC-2):

Το «Children's Communication Checklist-2- CCC-2-» («Λίστα Ελέγχου Παιδικής Επικοινωνίας»), είναι ένα ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιεί έμμεσες αξιολογήσεις και συμπληρώνεται από τους γονείς ή από φροντιστές το παιδιού (*Bishop DV., 1998*). Συγκεκριμένα παρέχει πληροφορίες για το γλωσσικό και επικοινωνιακό προφίλ παιδιών ηλικίας 4 έως 16 ετών, σε διαφορετικά φυσικά πλαίσια. Το CCC-2 έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα χρήσιμο για τη διάκριση παιδιών με επικοινωνιακές δυσκολίες από παιδιά τυπικής ανάπτυξης, καθώς και για τη διαφοροδιάγνωση μεταξύ της ΑΓΔ και των πραγματολογικών γλωσσικών διαταραχών (*Bishop, D.V.M., 2006*).

Μία άλλη χρήση του, είναι για τον εντοπισμό και τη διαφοροποίηση επικοινωνιακών προφίλ των παιδιών με ΑΓΔ, ΔΕΠ-Υ και ΔΑΦ (*Bishop, D.V.M., 1998; Andrés-Roqueta, C., Adrian, J.E., Clemente, R.A., 2016, Bignell, S., Cain, K., 2007; Bishop, D.V.M., McDonald, D., 2009, Geurts, H., 2010; Grzadzinski, R., Di Martino, A., Brady, E., Mairena, M.A., O'Neale, M., Petkova, E., Castellanos, F.X., 2011; Volden, J., Phillips, L., 2010; Volden, J., Coolican, J., Garon, N., White, J., Bryson, S., 2009; Whitehouse, A., Barry, J.G., Bishop, D.V., 2008*). Επιπλέον αξιοποιείται ευρέως ως ένα σύντομο εργαλείο ανίχνευσης γλωσσικών ελλειμμάτων σε μια πληθώρα άλλων κλινικών καταστάσεων, όπως τρισωμίες των φυλετικών χρωμοσωμάτων (*Bishop, D.V.M., Hardiman, M.J., Barry, J.G., 2009*) η διαταραχή ακουστικής επεξεργασίας (*Dawes, P., Bishop, D., 2009; Ferguson, M.A., Hall, R.L., Riley, A., 2011*), η σχιζοφρένεια (*Solomon, M., Olsen, E., Niendam, T., Ragland, J.D., Yoon, J., Minzenberg, M., Carter, C.S., 2011*), οι διαταραχές ύπνου, (*Quach, J., Hiscock, H., Canterford, L., Wake, M., 2009*), το σύνδρομο Williams (*Hoffmann, A., Martens, M.A., Fox, R., Rabidoux, P., Andridge, R., 2013*) και η βαρηκοΐα με κοχλιακά εμφυτεύματα (*Ramirez-Inscoc, J., Moore, D.R., 2011*).

2.5.2 Clinical Evaluation of Language Fundamentals–Fifth Edition (CELF-5):

Το CELF-5 (Clinical Evaluation of Language Fundamentals – Fifth Edition) αναπτύχθηκε με σκοπό να ανταποκρίνεται στις σύγχρονες εκπαιδευτικές και αξιολογητικές απαιτήσεις. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνει μετρήσεις για τον γραπτό λόγο, την αναγνωστική κατανόηση, την κοινωνική επικοινωνία, καθώς και τη δυνατότητα διαχρονικής παρακολούθησης της επίδοσης του παιδιού. Ωστόσο, το εργαλείο παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς, όπως ενδείξεις χαμηλής σταθερότητας και το επιπλέον κόστος για τη χρήση του διαδικτυακού λογισμικού βαθμολόγησης Q- global. Το γεγονός ότι οι πραγματολογικές υποδοκιμασίες βασίζονται σε κοινωνικοπολιτισμικά χαρακτηριστικά της Βόρειας Αμερικής, αποτελεί στοιχείο που δυσχεραίνει την εφαρμογή του σε άλλους πολιτισμούς (*Dunn L. M., Dunn D. M., 2007; Wiig E. H., Semel E., Secord W. A., 2013; Williams K. T., 2007*).

2.5.3 Alberta Language Development Questionnaire (ALDeQ):

Το Alberta Language Development Questionnaire Alberta (ALDeQ), είναι ένα ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση δίγλωσσων παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας, με σκοπό τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με το γλωσσικό και αναπτυξιακό ιστορικό τους. Συγκεκριμένα, αποτελείται από τέσσερις ενότητες, οι οποίες εξετάζουν τα πρώτα στάδια ανάπτυξης, τις γλωσσικές δεξιότητες στην μητρική γλώσσα, τα πρότυπα καθημερινής δραστηριότητας και το οικογενειακό ιστορικό. Το ερωτηματολόγιο αυτό μπορεί να διακρίνει με ακρίβεια τα παιδιά με γλωσσική διαταραχή από τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης που μαθαίνουν την αγγλική ως δεύτερη γλώσσα. Η χρήση του είναι σημαντική σε περιπτώσεις όπου η αξιολόγηση της ανάπτυξης της μητρικής γλώσσας είναι περιορισμένη, ενώ παράλληλα ενσωματώνουν μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα μέσω αναφορών από τους γονείς (*Paradis, J., Emmerzael, K., & Duncan, T. S. (2010).*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 Σκοπός και Ερευνητικά Ερωτήματα

Σκοπός του ερευνητικού μέρους της παρούσας εργασίας είναι η συστηματική διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των συμπτωμάτων της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) και των χαρακτηριστικών της Αναπτυξιακής Γλωσσικής Διαταραχής (ΑΓΔ) σε παιδιά σχολικής ηλικίας. Ειδικότερα, επιδιώκεται η αποτύπωση της βαρύτητας των γλωσσικών δυσκολιών που εμφανίζουν παιδιά με ΔΕΠ-Υ, καθώς και η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο δημογραφικοί και κλινικοί παράγοντες σχετίζονται με τη σοβαρότητα αυτών των δυσκολιών.

Τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης αφορούν τη σχέση της σοβαρότητας της ΔΕΠ-Υ με τις γλωσσικές επιδόσεις, τις διαφορές μεταξύ παιδιών με και χωρίς συννοσηρότητα, καθώς και τον ρόλο δημογραφικών και κλινικών παραγόντων. Με βάση τα παραπάνω, διατυπώνονται τα ακόλουθα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα:

- E.E.1: Ποια είναι τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος παιδιών με ΔΕΠ-Υ και ποιο το επίπεδο βαρύτητας των γλωσσικών τους δυσκολιών;
- E.E.2: Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη βαρύτητα των γλωσσικών δυσκολιών ανάλογα με το φύλο του παιδιού;
- E.E.3: Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη βαρύτητα των γλωσσικών δυσκολιών ανάμεσα σε παιδιά με και χωρίς συννοσηρότητα με φάσμα αυτισμού;
- E.E.4: Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας του παιδιού, της ηλικίας έναρξης της διάγνωσης, της ηλικίας έναρξης της παρέμβασης και της βαρύτητας των γλωσσικών συμπτωμάτων;
- E.E.5: Προβλέπουν οι δημογραφικοί και κλινικοί παράγοντες (ηλικία παιδιού, ηλικία έναρξης διάγνωσης) στατιστικά σημαντικό ποσοστό της διακύμανσης της βαρύτητας των γλωσσικών συμπτωμάτων;

3.2 Ερευνητικός Σχεδιασμός

Η παρούσα έρευνα ακολουθεί ποσοτική, διατομεακή (cross-sectional) σχεδίαση. Η επιλογή του διατομεακού σχεδιασμού κρίθηκε κατάλληλη, καθώς επιτρέπει την ταυτόχρονη καταγραφή δημογραφικών, κλινικών και γλωσσικών μεταβλητών σε ένα δεδομένο χρονικό σημείο, χωρίς την ανάγκη παρακολούθησης του δείγματος σε βάθος χρόνου. Πραγματοποιήθηκε τόσο περιγραφική όσο και επαγωγική στατιστική ανάλυση, με συγκρίσεις μεταξύ ομάδων (independent samples t-test), ελέγχους συσχέτισης (Spearman correlation) και μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression), προκειμένου να αναγνωριστούν οι παράγοντες που σχετίζονται με τη βαρύτητα των γλωσσικών δυσκολιών.

3.3 Δείγμα της Έρευνας

Στην έρευνα συμμετείχαν 36 γονείς παιδιών με διάγνωση ΔΕΠ-Υ, οι οποίοι συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο για λογαριασμό του παιδιού τους. Η δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας (convenience sampling). Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε ψηφιακά (μέσω Google Forms) αλλά και με φυσική παρουσία της ερευνήτριας δίπλα στους γονείς κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης. Ακολουθεί ο συγκεντρωτικός πίνακας των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος.

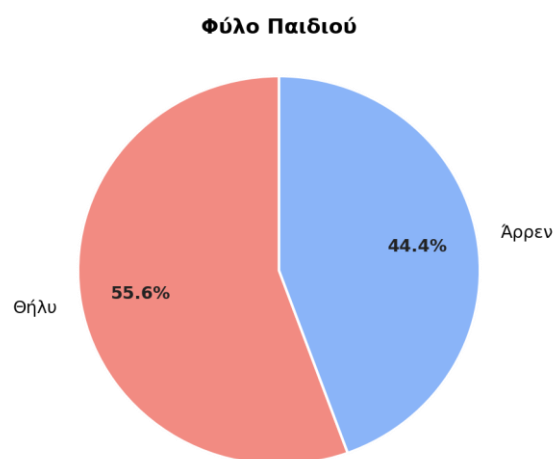
Πίνακας 1: Περιγραφική Στατιστική και Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος (N = 36)

Μεταβλητή	Κατηγορίες	n	%	M	SD	Min - Max
Φύλο Παιδιού	Άρρεν / Θήλυ	16 / 20	44,4% / 55,6%	—	—	—
Μορφωτικό Επίπεδο Γονέων	Λύκειο / Πανεπιστήμιο / Μεταπτυχιακό	12 / 19 / 5	33,3% / 52,8% / 13,9%	—	—	—
Τόπος Κατοικίας	Πόλη / Κωμόπολη / Χωριό	27 / 4 / 5	75,0% / 11,1% / 13,9%	—	—	—

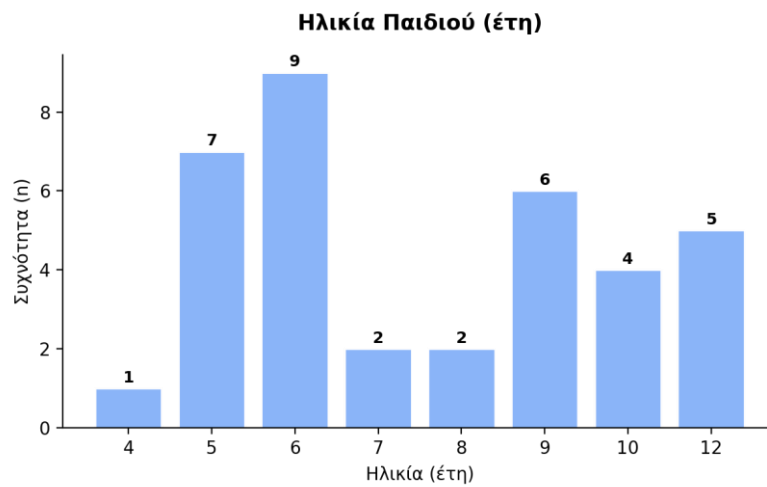
Μεταβλητή	Κατηγορίες	n	%	M	SD	Min - Max
Συννοσηρότητα με Αυτισμό	Όχι / Ναι	33 / 3	91,7% / 8,3%	—	—	—
Ηλικία Παιδιού (έτη)	Συνεχής μεταβλητή	36	100,0%	7,69	2,48	4,00 - 12,00
Ηλικία Έναρξης Διάγνωσης	Συνεχής μεταβλητή	36	100,0%	5,36	2,10	2,00 - 12,00
Ηλικία Έναρξης Παρέμβασης	Συνεχής μεταβλητή	36	100,0%	5,36	2,39	2,00 - 12,00
Συνολικό Σκορ Βαρύτητας	Κλίμακα Likert (0-100)	36	100,0%	59,92	17,22	23,00 - 90,00

Το δείγμα αποτελείται από 36 παιδιά, με ελαφρά υπεροχή των κοριτσιών (55,6%, n = 20) έναντι των αγοριών (44,4%, n = 16). Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμαίνεται από 4 έως 12 έτη (M = 7,69, TA = 2,48). Η πλειονότητα των γονέων διαθέτει πανεπιστημιακή μόρφωση (52,8%) και κατοικεί σε αστικό περιβάλλον (75,0%), ενώ μόλις το 8,3% του δείγματος (n = 3) παρουσιάζει συννοσηρότητα με φάσμα αυτισμού.

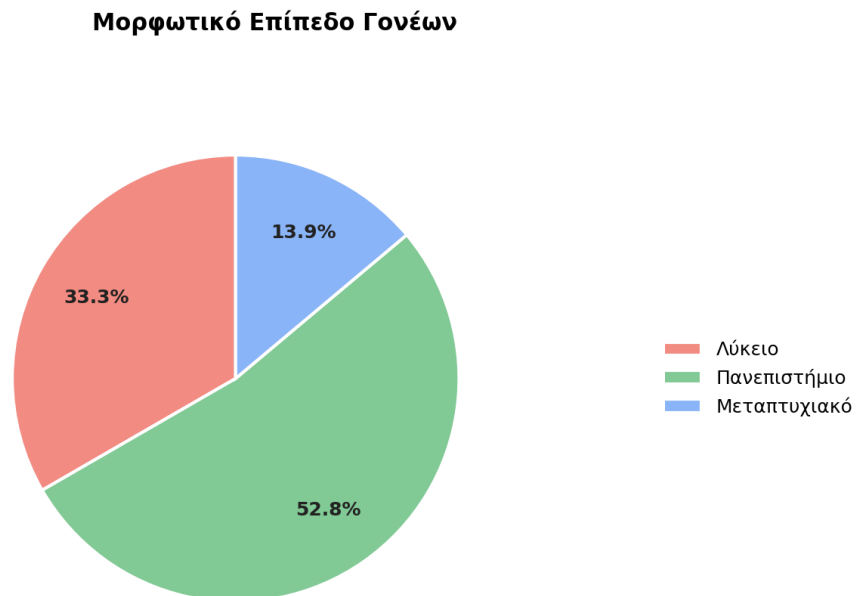
Γραφική Απεικόνιση Δημογραφικών και Κλινικών Χαρακτηριστικών Δείγματος (N = 36)



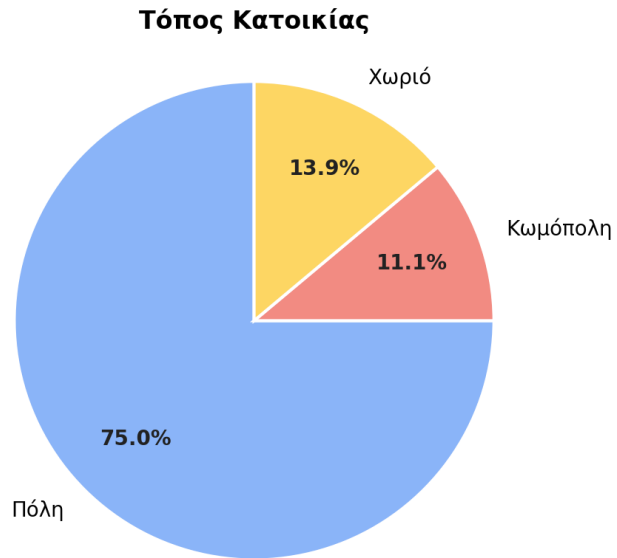
Γράφημα 1: Κατανομή του Φύλου στο Δείγμα (N = 36)



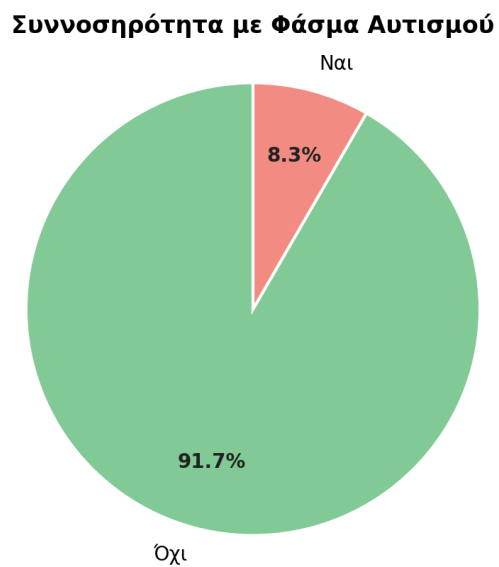
Γράφημα 2: Κατανομή της Ηλικίας του Παιδιού στο Δείγμα (N = 36)



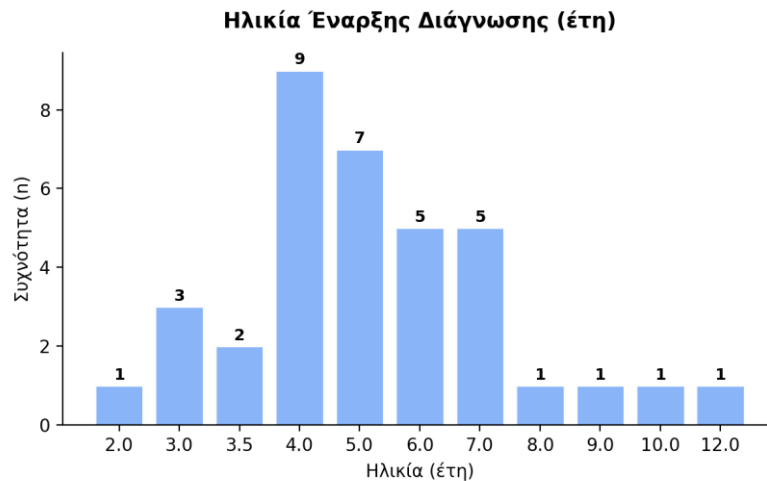
Γράφημα 3: Κατανομή του Μορφωτικού Επιπέδου Γονέων (N = 36)



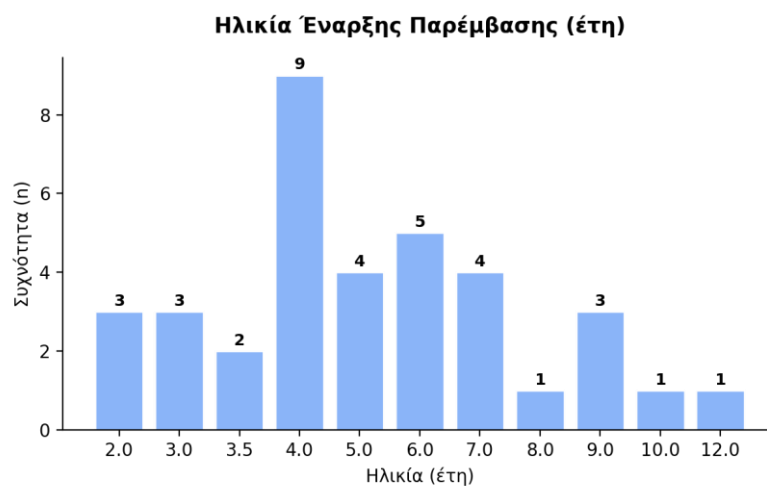
Γράφημα 4: Κατανομή του Τόπου Κατοικίας (N = 36)



Γράφημα 5: Κατανομή της Συννοσηρότητας με Φάσμα Αυτισμού (N = 36)



Γράφημα 6: Κατανομή της Ηλικίας Έναρξης Διάγνωσης (N = 36)



Γράφημα 7: Κατανομή της Ηλικίας Έναρξης Παρέμβασης (N = 36)

Όσον αφορά τους κλινικούς δείκτες, η μέση ηλικία αρχικής διάγνωσης εντοπίζεται στα 5,36 έτη (TA = 2,10), με εύρος από 2 έως 12 έτη. Η μέση ηλικία έναρξης της θεραπευτικής παρέμβασης είναι επίσης 5,36 έτη (TA = 2,39, εύρος 2-12 έτη), γεγονός που υποδηλώνει ότι, κατά μέσο όρο, η παρέμβαση ξεκινά άμεσα μετά τη διάγνωση, χωρίς σημαντική χρονική καθυστέρηση. Η συχνότερη τιμή (mode) και για τις δύο μεταβλητές —τόσο για την ηλικία έναρξης διάγνωσης όσο και για την ηλικία έναρξης παρέμβασης— είναι τα 4 έτη (9 περιπτώσεις, 25,0% του δείγματος), εύρημα που αναδεικνύει την προσχολική και πρώτη σχολική ηλικία ως την πιο συνήθη περίοδο αναγνώρισης του προβλήματος. Το συνολικό σκορ βαρύτητας των γλωσσικών δυσκολιών παρουσιάζει μέσο όρο $M = 59,92$ (TA = 17,22, εύρος 23-90), υποδεικνύοντας μέτρια προς αυξημένη βαρύτητα γλωσσικών ελλειμμάτων στο σύνολο του δείγματος.

3.4 Ερευνητικό Εργαλείο (Ερωτηματολόγιο ΑΝΑΓΛΩ-ΔΕΠΥ)

Ως ερευνητικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε το δομημένο ερωτηματολόγιο «ΑΝΑΓΛΩ-ΔΕΠΥ» (Ανίχνευση Αναπτυξιακής Γλωσσικής Διαταραχής σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ), το οποίο αναπτύχθηκε στο πλαίσιο συναφούς πτυχιακής εργασίας του Τμήματος Λογοθεραπείας της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, με σκοπό τη διερεύνηση των γλωσσικών δεξιοτήτων παιδιών με ΔΕΠ-Υ και την ανίχνευση πιθανών χαρακτηριστικών ΑΓΔ. Το ερωτηματολόγιο απευθύνεται σε γονείς/κηδεμόνες και ο χρόνος συμπλήρωσής του εκτιμάται στα 10-15 λεπτά.

Πέραν του δημογραφικού μέρους (φύλο, ηλικία παιδιού, ηλικία έναρξης διάγνωσης και παρέμβασης, συννοσηρότητα, μορφωτικό επίπεδο γονέων, τόπος κατοικίας), το κυρίως σώμα του εργαλείου αποτελείται από 25 προτάσεις-δηλώσεις, κατανεμημένες σε πέντε (5) θεματικές ενότητες των πέντε (5) ερωτήσεων η καθεμία, οι οποίες καλύπτουν το σύνολο του φάσματος της γλωσσικής λειτουργίας:

- Μέρος Α' — Κατανόηση Λόγου: δυσκολίες στην κατανόηση οδηγιών, ερωτήσεων και προφορικού λόγου.
- Μέρος Β' — Έκφραση Λόγου: εύρεση λέξεων, λεξιλόγιο, γραμματικά λάθη, δόμηση προτάσεων.
- Μέρος Γ' — Συνοχή & Αφήγηση: αφηγηματική ικανότητα, οργάνωση λόγου, σαφήνεια έκφρασης.
- Μέρος Δ' — Πραγματολογία (κοινωνική χρήση της γλώσσας): έναρξη/διατήρηση διαλόγου, τήρηση σειράς ομιλίας, προσαρμογή λόγου.
- Μέρος Ε' — Συμπληρωματικά Στοιχεία: στοιχεία διαφοροδιάγνωσης ΑΓΔ έναντι ΔΕΠ-Υ (π.χ. κατανόηση χιούμορ/ειρωνείας, αποφυγή ομιλίας, επίδραση στη σχολική επίδοση).

Κάθε πρόταση βαθμολογείται σε πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert (0 = Ποτέ, 1 = Σπάνια, 2 = Μερικές φορές, 3 = Συχνά, 4 = Πάντα), με το άθροισμα των 25 επιμέρους βαθμολογιών να διαμορφώνει το Συνολικό Σκορ Βαρύτητας σε κλίμακα 0-100, όπου υψηλότερη τιμή υποδηλώνει μεγαλύτερη βαρύτητα γλωσσικών δυσκολιών. Το πλήρες ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας.

Για την ευκολότερη ερμηνεία του συνολικού σκορ, προτείνεται η ενδεικτική κατηγοριοποίηση της βαρύτητας σε τέσσερα επίπεδα, όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2: Ενδεικτική Κλίμακα Ερμηνείας Συνολικού Σκορ Βαρύτητας

Εύρος Σκορ (0-100)	Επίπεδο Βαρύτητας	Ενδεικτική Περιγραφή
0 - 25	Χαμηλή	Οι γλωσσικές δυσκολίες είναι σποραδικές και δεν επηρεάζουν ουσιωδώς την καθημερινή επικοινωνία.
26 - 50	Ήπια	Εντοπίζονται συγκεκριμένες δυσκολίες, κυρίως σε απαιτητικότερες επικοινωνιακές συνθήκες.
51 - 75	Μέτρια	Οι δυσκολίες είναι συχνές και διάχυτες σε περισσότερους τομείς του λόγου.
76 - 100	Υψηλή	Οι δυσκολίες είναι έντονες, σταθερές και επηρεάζουν σημαντικά τη σχολική/κοινωνική λειτουργικότητα.

Με βάση την παραπάνω κατηγοριοποίηση, ο μέσος όρος του δείγματος ($M = 59,92$) εντάσσεται στο επίπεδο «Μέτριας» βαρύτητας, γεγονός που επιβεβαιώνει ότι οι γλωσσικές δυσκολίες στο εξεταζόμενο δείγμα παιδιών με ΔΕΠ-Υ δεν είναι περιστασιακές, αλλά αποτελούν διάχυτο και κλινικά σημαντικό χαρακτηριστικό που χρήζει συστηματικής παρέμβασης.

3.5 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων και Δεοντολογία

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με ηλεκτρονική διανομή του ερωτηματολογίου (Google Forms) αλλά και με φυσική παρουσία σε γονείς παιδιών με διάγνωση ΔΕΠ-Υ. Πριν από τη συμπλήρωση, οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν πλήρως, μέσω σχετικού εντύπου, για τον σκοπό και τη διαδικασία της μελέτης. Η συμμετοχή ήταν αυστηρά εθελοντική, με δυνατότητα απόσυρσης οποιαδήποτε στιγμή

χωρίς καμία συνέπεια, ενώ όλοι οι συμμετέχοντες ($n = 36$, 100%) δήλωσαν ρητή συναίνεση πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν ήταν ανώνυμα και δεν περιλάμβαναν στοιχεία που να επιτρέπουν την ταυτοποίηση του συμμετέχοντα ή του παιδιού πέραν των αναγκαίων ερευνητικών μεταβλητών. Η τήρηση της εμπιστευτικότητας και η επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκαν σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (ΓΚΠΔ/GDPR), αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς.

Η διανομή του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε και σε ψηφιακή μορφή, μέσω συνδέσμου που κοινοποιήθηκε σε γονείς παιδιών με διάγνωση ΔΕΠ-Υ. Η επιλογή της ηλεκτρονικής διανομής διευκόλυνε τη γρήγορη συλλογή δεδομένων από γεωγραφικά διάσπαρτο δείγμα, χωρίς ωστόσο να αποκλείεται η πιθανότητα η μέθοδος αυτή να ευνόησε τη συμμετοχή γονέων με μεγαλύτερη εξοικείωση με την ψηφιακή τεχνολογία και αυξημένη ενημέρωση σχετικά με τη διαταραχή του παιδιού τους.

3.6 Μέθοδοι Ανάλυσης Δεδομένων

Η επεξεργασία και η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό στατιστικής ανάλυσης JASP. Αρχικά διενεργήθηκαν έλεγχοι κανονικότητας των κατανομών (Shapiro-Wilk test) για τις βασικές συνεχείς μεταβλητές. Ο έλεγχος επιβεβαίωσε την κανονικότητα της κατανομής του Συνολικού Σκορ Βαρύτητας ($W = 0,971$, $p = 0,468$), ενώ ανέδειξε απόκλιση από την κανονική κατανομή για τις τρεις ηλικιακές μεταβλητές —ηλικία παιδιού ($W = 0,893$, $p = 0,002$), ηλικία έναρξης διάγνωσης ($W = 0,905$, $p = 0,005$) και ηλικία έναρξης παρέμβασης ($W = 0,928$, $p = 0,022$)— εύρημα αναμενόμενο, δεδομένου του μικρού εύρους διακριτών τιμών των μεταβλητών αυτών. Για τον λόγο αυτό, στις συσχετίσεις που περιλαμβάνουν τις ηλικιακές μεταβλητές προτιμήθηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman (ρ) αντί του Pearson, ως πιο κατάλληλος υπό συνθήκες μη κανονικότητας. Για τους ελέγχους t και το μοντέλο παλινδρόμησης, όπου η εξαρτημένη μεταβλητή (Συνολικό Σκορ Βαρύτητας) και τα κατάλοιπα του μοντέλου ακολουθούν κανονική κατανομή (Shapiro-Wilk στα κατάλοιπα: $W = 0,977$, $p = 0,635$), εφαρμόστηκαν παραμετρικές μέθοδοι. Ο έλεγχος ομοιογένειας διακυμάνσεων (Levene's test) επιβεβαίωσε την ισότητα διακυμάνσεων τόσο για τη σύγκριση φύλου ($W = 0,858$, $p =$

0,361) όσο και για τη σύγκριση συννοσηρότητας ($W = 0,114$, $p = 0,738$), επιτρέποντας τη χρήση του κλασικού (pooled) ελέγχου t.

Στη συνέχεια εφαρμόστηκαν οι εξής στατιστικές μέθοδοι: (α) περιγραφική στατιστική (συχνότητες, ποσοστά, μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις) για την αποτύπωση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος και των απαντήσεων ανά ενότητα του ερωτηματολογίου, (β) έλεγχοι t για ανεξάρτητα δείγματα (independent samples t-test) για τη διερεύνηση διαφορών μεταξύ υποομάδων (φύλο, συννοσηρότητα), (γ) μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman (rho) για τη διερεύνηση σχέσεων μεταξύ ηλικιακών/κλινικών μεταβλητών και βαρύτητας συμπτωμάτων, και (δ) μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression) για την εκτίμηση της προβλεπτικής ισχύος των δημογραφικών/ηλικιακών παραγόντων. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < .05$.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Αποτελέσματα ανά Ενότητα του Ερωτηματολογίου

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται συνοπτικά τα ευρήματα ανά θεματική ενότητα του ερωτηματολογίου ΑΝΑΓΛΩ-ΔΕΠΥ, όπως προέκυψαν από την επεξεργασία των 36 απαντήσεων. Για κάθε ενότητα αναφέρεται ο μέσος όρος βαθμολογίας (σε κλίμακα 0-4) και το ποσοστό των γονέων που δήλωσε ότι η αντίστοιχη δυσκολία εμφανίζεται «Συχνά» ή «Πάντα».

Πίνακας 3: Μέσοι Όροι Απαντήσεων ανά Θεματική Ενότητα Ερωτηματολογίου (N = 36)

Ενότητα	M (κλίμακα 0-4)	% «Συχνά/Πάντα» (εύρος ερωτήσεων)
A': Κατανόηση Λόγου	1,98	27,8% - 55,6%
B': Έκφραση Λόγου	2,61	47,2% - 80,5%
Γ': Συνοχή & Αφήγηση	2,64	52,8% - 75,0%
Δ': Πραγματολογία	2,32	33,3% - 75,0%
Ε': Συμπληρωματικά Στοιχεία (ΑΓΔ vs ΔΕΠ-Υ)	2,43	44,4% - 63,8%

Πίνακας 4: Αναλυτικά Αποτελέσματα ανά Ερώτηση Ερωτηματολογίου (N = 36)

Εν.	Ερώτηση (συνοπτική διατύπωση)	M	SD	% Συχνά/Πάντα
A	Δυσκολεύεται να κατανοήσει οδηγίες με πολλαπλά βήματα	1,94	0,98	30,6%
A	Συχνά φαίνεται να μην καταλαβαίνει τι του λένε	1,89	1,06	30,6%
A	Χρειάζεται επανάληψη οδηγιών για να ανταποκριθεί	2,47	0,84	55,6%
A	Δυσκολεύεται να κατανοήσει ερωτήσεις	1,89	0,95	27,8%

Εν.	Ερώτηση (συνοπτική διατύπωση)	M	SD	% Συχνά/Πάντα
A	Παρερμηνεύει αυτό που του λένε οι άλλοι	1,72	1,16	27,8%
B	Δυσκολεύεται να βρει τις σωστές λέξεις	2,53	0,84	55,5%
B	Χρησιμοποιεί περιορισμένο λεξιλόγιο για την ηλικία του	2,50	1,08	63,9%
B	Κάνει γραμματικά λάθη (χρόνους, καταλήξεις)	2,89	0,92	80,5%
B	Οι προτάσεις του είναι απλές ή ελλιπείς	2,67	0,89	61,1%
B	Δυσκολεύεται να περιγράψει γεγονότα/εμπειρίες	2,47	0,84	47,2%
Γ	Δυσκολεύεται να διηγηθεί ιστορία με σειρά	2,69	0,89	66,7%
Γ	Παραλείπει σημαντικές πληροφορίες όταν μιλά	2,69	0,95	69,5%
Γ	Χάνει εύκολα το θέμα της συζήτησης	2,75	0,91	75,0%
Γ	Δυσκολεύεται να εξηγήσει κάτι με σαφήνεια	2,56	0,81	52,8%
Γ	Ο λόγος του είναι αποσπασματικός/μπερδεμένος	2,53	0,91	55,5%
Δ	Δυσκολεύεται να ξεκινήσει συζήτηση	1,86	1,10	38,9%
Δ	Δυσκολεύεται να διατηρήσει διάλογο	2,39	0,87	58,3%
Δ	Δεν καταλαβαίνει πότε να πάρει σειρά στον λόγο	2,83	0,85	75,0%
Δ	Δυσκολεύεται να προσαρμόσει τον λόγο στον συνομιλητή	2,67	1,12	63,9%
Δ	Δυσκολεύεται να κατανοήσει χιούμορ/ειρωνεία	1,83	1,25	33,3%
E	Δεν φαίνεται να ακούει (χωρίς διάσπαση προσοχής)	2,64	1,10	63,8%
E	Αποφεύγει δραστηριότητες που απαιτούν ομιλία	2,36	1,22	58,3%
E	Δείχνει απογοήτευση όταν προσπαθεί να μιλήσει	2,03	1,23	44,4%

Εν.	Ερώτηση (συνοπτική διατύπωση)	M	SD	% Συχνά/Πάντα
E	Οι δυσκολίες επηρεάζουν τη σχολική επίδοση	2,50	1,21	58,3%
E	Οι δυσκολίες είναι σταθερές, όχι μόνο σε διάσπαση	2,61	1,15	58,3%

Σε επίπεδο μεμονωμένων ερωτήσεων, οι τρεις δηλώσεις με την υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης δυσκολίας είναι: «Κάνει γραμματικά λάθη» (80,5%), «Χάνει εύκολα το θέμα της συζήτησης» και «Δεν καταλαβαίνει πότε πρέπει να πάρει σειρά στον λόγο» (75,0% η καθεμία). Αντίθετα, οι δηλώσεις με τη χαμηλότερη συχνότητα είναι «Δυσκολεύεται να κατανοήσει ερωτήσεις» (27,8%) και «Παρερμηνεύει αυτό που του λένε οι άλλοι» (27,8%), οι οποίες, όπως αναμενόταν, ανήκουν στην ενότητα Κατανόησης Λόγου.

Σε επίπεδο ενότητων, τα υψηλότερα ποσοστά δυσκολίας εντοπίζονται στις ενότητες Έκφρασης Λόγου ($M = 2,61$) και Συνοχής/Αφήγησης ($M = 2,64$), με χαρακτηριστικότερα ευρήματα το γεγονός ότι το 80,5% των γονέων ανέφερε συχνά ή πάντα γραμματικά λάθη στον λόγο του παιδιού, το 75,0% ανέφερε ότι το παιδί χάνει εύκολα το θέμα της συζήτησης, και το 75,0% ότι δεν κατανοεί πότε πρέπει να πάρει σειρά στον λόγο (ενότητα Πραγματολογίας). Αντίθετα, η ενότητα Κατανόησης Λόγου εμφανίζει τη χαμηλότερη μέση βαθμολογία ($M = 1,98$), υποδεικνύοντας ότι οι δυσκολίες υποδοχής του λόγου, αν και υπαρκτές, εμφανίζονται συγκριτικά λιγότερο έντονες από τις δυσκολίες παραγωγής και χρήσης του λόγου. Το εύρημα αυτό συνάδει με τη γνωστή στη βιβλιογραφία τάση τα παιδιά με συνύπαρξη ΔΕΠ-Υ και ΑΓΔ να εμφανίζουν εντονότερο προφίλ δυσκολιών στην εκφραστική παρά στην αντιληπτική γλωσσική λειτουργία.

Στην ενότητα Ε', που περιλαμβάνει στοιχεία διαφοροδιάγνωσης ΑΓΔ από ΔΕΠ-Υ, το 63,8% των γονέων ανέφερε ότι το παιδί «φαίνεται να μην ακούει όταν του μιλούν, χωρίς να υπάρχει διάσπαση προσοχής» — δηλαδή πρόκειται για δυσκολία κατανόησης και όχι αμιγώς προσοχής — ενώ το 58,3% ανέφερε ότι οι γλωσσικές δυσκολίες επηρεάζουν τη σχολική επίδοση του παιδιού. Τα ευρήματα αυτά ενισχύουν την υπόθεση ότι ένα σημαντικό υποσύνολο του δείγματος εμφανίζει χαρακτηριστικά που

ξεπερνούν το στενό πλαίσιο της ΔΕΠ-Υ και παραπέμπουν σε συνυπάρχουσα γλωσσική διαταραχή.

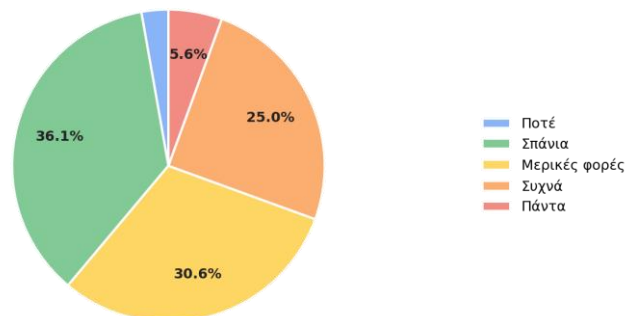
Απάντηση στο Ε.Ε.1: Το δείγμα ($N = 36$) περιγράφεται αναλυτικά ως προς τα δημογραφικά/κλινικά του χαρακτηριστικά στον Πίνακα 1, με το επίπεδο βαρύτητας των γλωσσικών δυσκολιών να αντιστοιχεί, βάσει της κλίμακας ερμηνείας του Πίνακα 2, σε «Μέτρια» βαρύτητα ($M = 59,92/100$), με εντονότερη προσβολή στην εκφραστική γλώσσα και στην αφηγηματική συνοχή.

Γραφική Απεικόνιση Απαντήσεων ανά Ερώτηση (Διαγράμματα Google Forms)

Για λόγους πληρότητας, παρατίθενται στη συνέχεια τα πρωτογενή κυκλικά διαγράμματα (pie charts) απαντήσεων, όπως προέκυψαν αυτόματα από την πλατφόρμα Google Forms για κάθε μία από τις 25 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, ομαδοποιημένα ανά θεματική ενότητα.

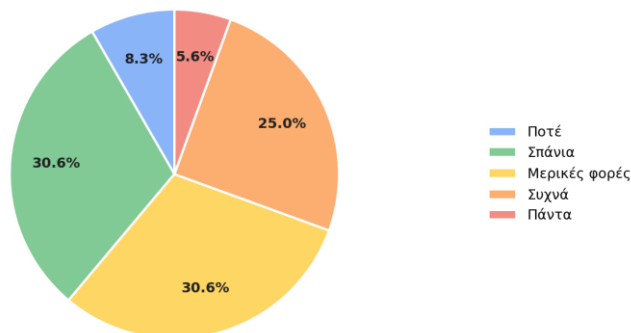
Μέρος Α' — Κατανόηση Λόγου

Δυσκολεύεται να κατανοήσει οδηγίες με περισσότερα απ...



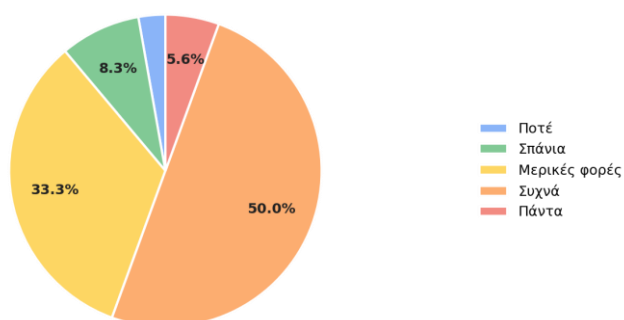
Γράφημα 8: Κατανομή Απαντήσεων — Ερώτηση 1 (N = 36)

Συχνά φαίνεται να μην καταλαβαίνει τι του λένε.



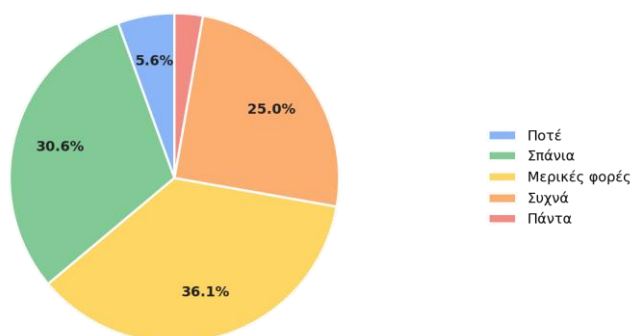
Γράφημα 9: Κατανομή Απαντήσεων — Ερώτηση 2 (N = 36)

Χρειάζεται επανάληψη οδηγιών για να ανταποκριθεί.



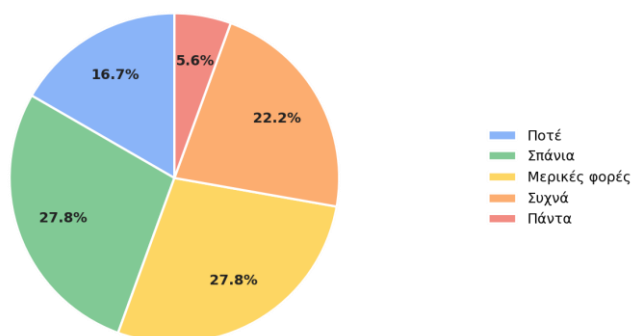
Γράφημα 10: Κατανομή Απαντήσεων — Ερώτηση 3 (N = 36)

Δυσκολεύεται να κατανοήσει ερωτήσεις.



Γράφημα 11: Κατανομή Απαντήσεων — Ερώτηση 4 (N = 36)

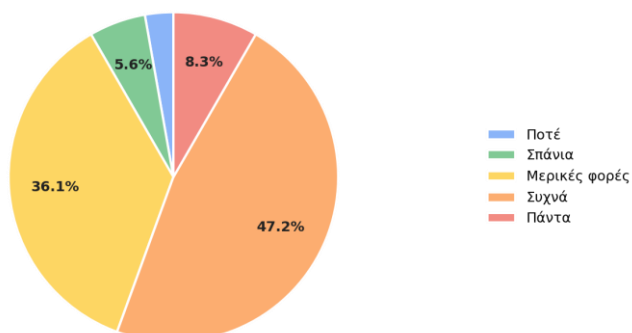
Παρερμηνεύει αυτό που του λένε οι άλλοι.



Γράφημα 12: Κατανομή Απαντήσεων — Ερώτηση 5 (N = 36)

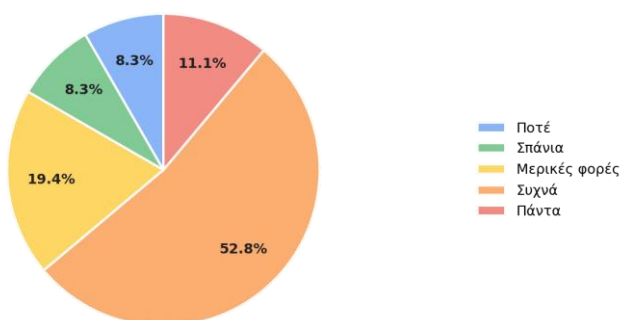
Μέρος Β' — Έκφραση Λόγου

Δυσκολεύεται να βρει τις σωστές λέξεις.



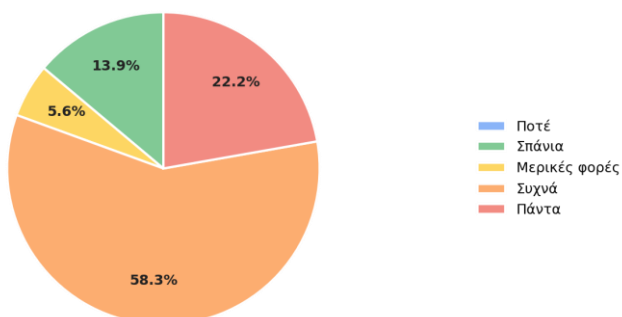
Γράφημα 13: Κατανομή Απαντήσεων — Ερώτηση 6 (N = 36)

Χρησιμοποιεί περιορισμένο λεξιλόγιο για την ηλικία του.



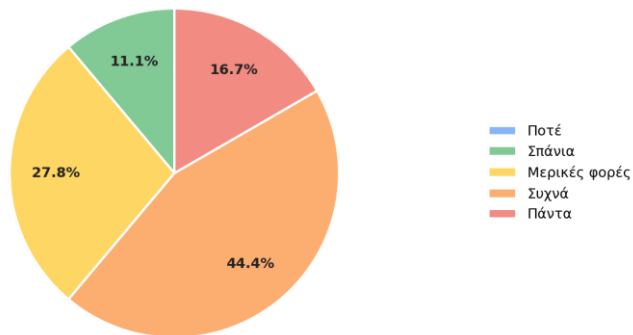
Γράφημα 14: Κατανομή Απαντήσεων — Ερώτηση 7 (N = 36)

Κάνει γραμματικά λάθη (π.χ. χρόνους, καταλήξεις).



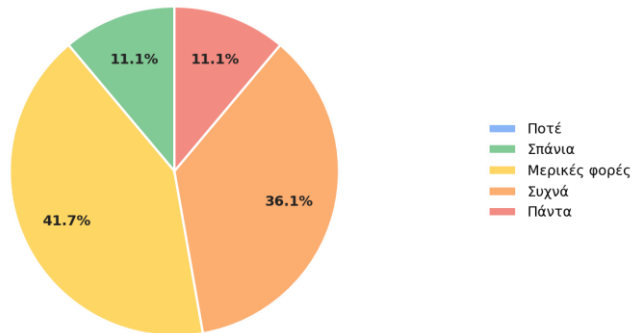
Γράφημα 15: Κατανομή Απαντήσεων — Ερώτηση 8 (N = 36)

Οι προτάσεις του είναι απλές ή ελλιπείς.



Γράφημα 16: Κατανομή Απαντήσεων — Ερώτηση 9 (N = 36)

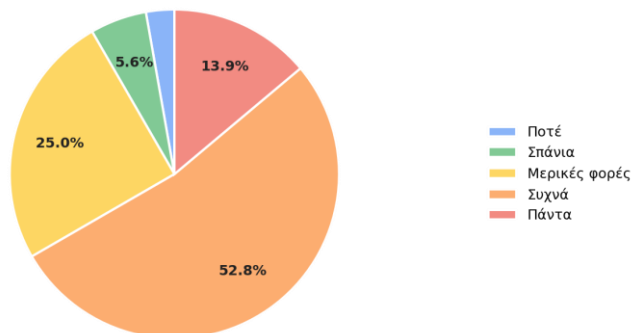
Δυσκολεύεται να περιγράψει γεγονότα ή εμπειρίες.



Γράφημα 17: Κατανομή Απαντήσεων — Ερώτηση 10 (N = 36)

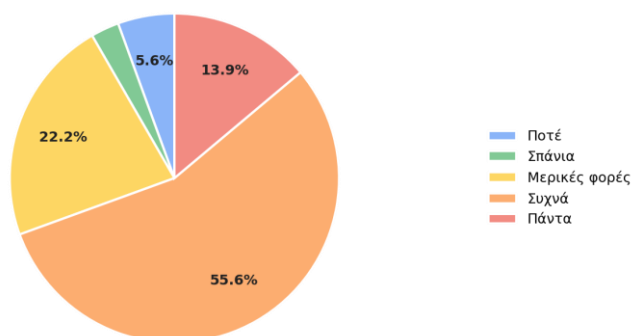
Μέρος Γ' — Συνοχή & Αφήγηση

Δυσκολεύεται να διηγηθεί μια ιστορία με σειρά.



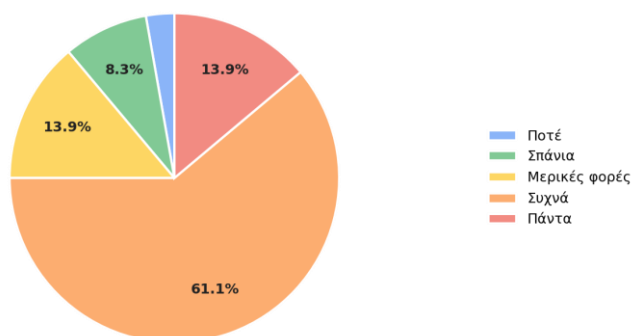
Γράφημα 18: Κατανομή Απαντήσεων — Ερώτηση 11 (N = 36)

Παραλείπει σημαντικές πληροφορίες όταν μιλά.



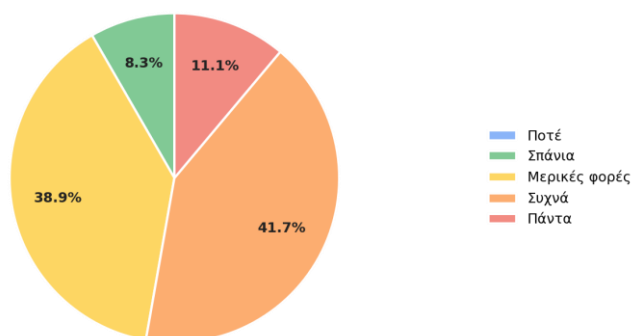
Γράφημα 19: Κατανομή Απαντήσεων — Ερώτηση 12 (N = 36)

Χάνει εύκολα το θέμα της συζήτησης.



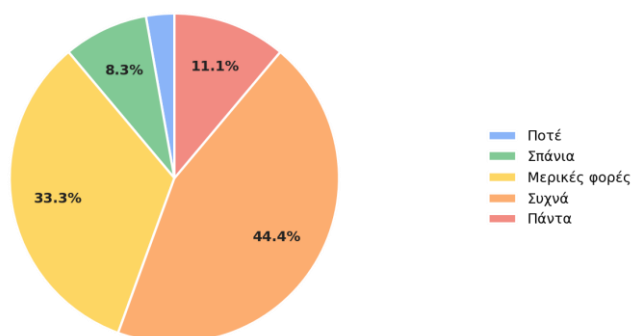
Γράφημα 20: Κατανομή Απαντήσεων — Ερώτηση 13 (N = 36)

Δυσκολεύεται να εξηγήσει κάτι με σαφήνεια.



Γράφημα 21: Κατανομή Απαντήσεων — Ερώτηση 14 (N = 36)

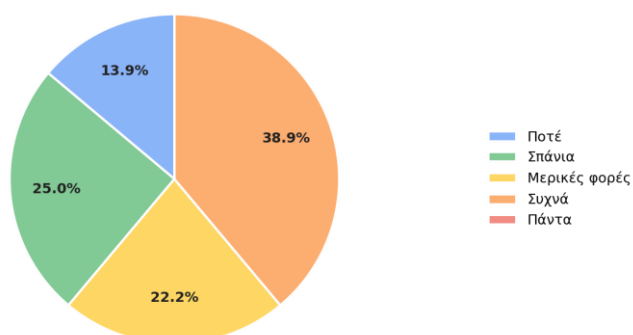
Ο λόγος του είναι αποσπασματικός ή υπερδεμένος.



Γράφημα 22: Κατανομή Απαντήσεων — Ερώτηση 15 (N = 36)

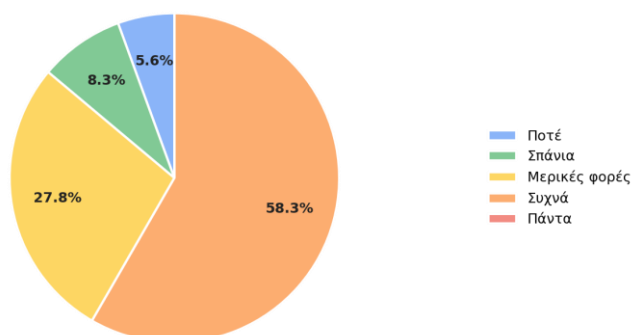
Μέρος Δ' — Πραγματολογία

Δυσκολεύεται να ξεκινήσει συζήτηση.



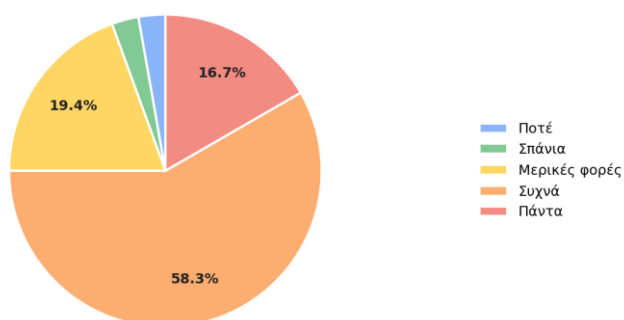
Γράφημα 23: Κατανομή Απαντήσεων — Ερώτηση 16 (N = 36)

Δυσκολεύεται να διατηρήσει διάλογο.



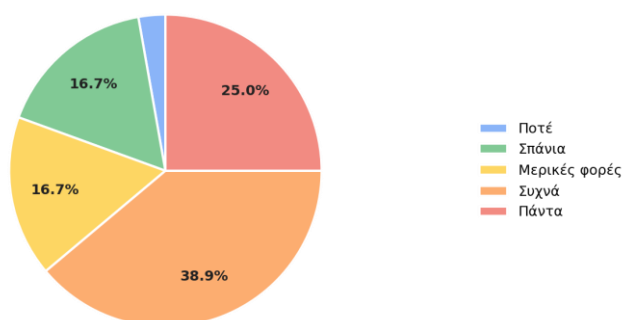
Γράφημα 24: Κατανομή Απαντήσεων — Ερώτηση 17 (N = 36)

Δεν καταλαβαίνει πότε πρέπει να πάρει σειρά στον λόγο.



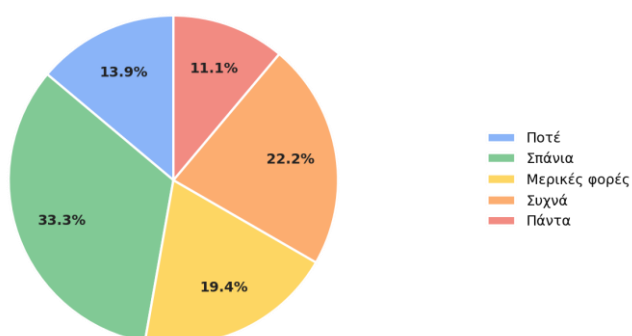
Γράφημα 25: Κατανομή Απαντήσεων — Ερώτηση 18 (N = 36)

Δυσκολεύεται να προσαρμόσει τον τρόπο ομιλίας ανάλογ...



Γράφημα 26: Κατανομή Απαντήσεων — Ερώτηση 19 (N = 36)

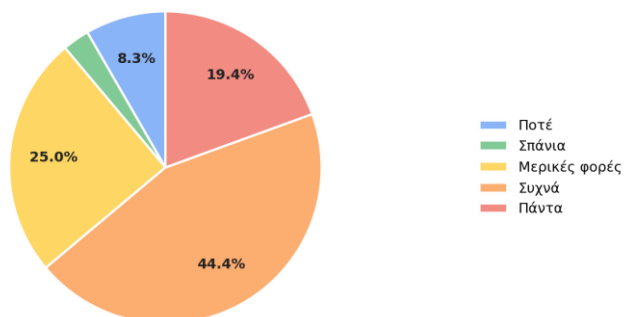
Δυσκολεύεται να κατανοήσει χιούμορ ή ειρωνεία.



Γράφημα 27: Κατανομή Απαντήσεων — Ερώτηση 20 (N = 36)

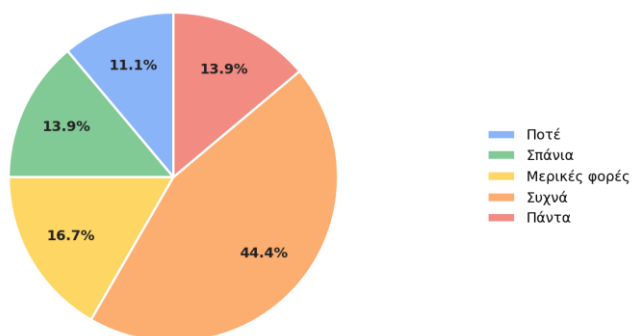
Μέρος Ε' — Συμπληρωματικά Στοιχεία

Φαίνεται να μην ακούει όταν του μιλούν (χωρίς να υπά...



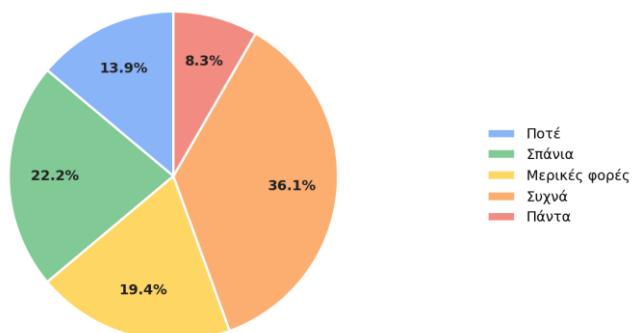
Γράφημα 28: Κατανομή Απαντήσεων — Ερώτηση 21 (N = 36)

Αποφεύγει δραστηριότητες που απαιτούν ομιλία.



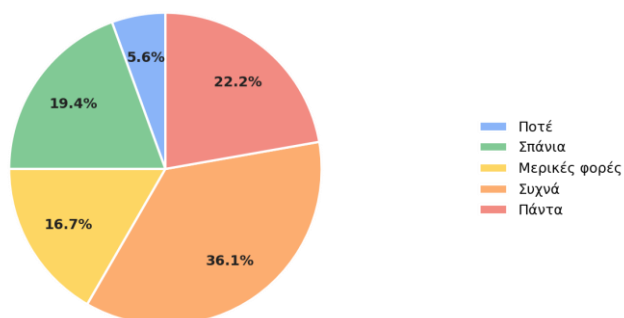
Γράφημα 29: Κατανομή Απαντήσεων — Ερώτηση 22 (N = 36)

Δείχνει απογοήτευση όταν προσπαθεί να μιλήσει.



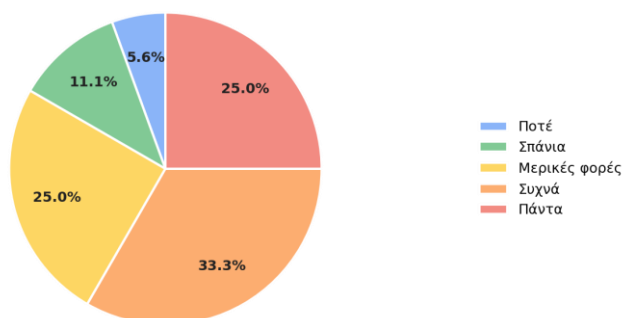
Γράφημα 30: Κατανομή Απαντήσεων — Ερώτηση 23 (N = 36)

Οι δυσκολίες λόγου επηρεάζουν τη σχολική του επίδοση.



Γράφημα 31: Κατανομή Απαντήσεων — Ερώτηση 24 (N = 36)

Οι δυσκολίες είναι σταθερές και όχι μόνο σε στιγμές ...



Γράφημα 32: Κατανομή Απαντήσεων — Ερώτηση 25 (N = 36)

4.2 Έλεγχοι Υποθέσεων και Συγκρίσεις Ομάδων (Independent Samples t-test)

Για τη διερεύνηση διαφορών στο Συνολικό Σκορ Βαρύτητας μεταξύ υποομάδων του δείγματος (φύλο και συννοσηρότητα με αυτισμό), διενεργήθηκαν έλεγχοι t για ανεξάρτητα δείγματα. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.

Πίνακας 5: Αποτελέσματα Ελέγχων t για Ανεξάρτητα Δείγματα ως προς το Συνολικό Σκορ Βαρύτητας

Σύγκριση	Ομάδα 1 (M / SD)	Ομάδα 2 (M / SD)	t	df	p	Cohen's d
Φύλο	Άρρεν: 61,00 (15,64)	Θήλυ: 59,05 (18,75)	0,333	34	0,741	0,112
Συννοσηρότητα με Αυτισμό	Χωρίς: 59,33 (17,27)	Με: 66,33 (18,77)	- 0,669	34	0,508	-0,403

Ο έλεγχος t δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές στη βαρύτητα των γλωσσικών δυσκολιών ούτε ως προς το φύλο ($t(34) = 0,333$, $p = 0,741$, $d = 0,112$) ούτε ως προς τη συννοσηρότητα με φάσμα αυτισμού ($t(34) = -0,669$, $p = 0,508$, $d = -0,403$). Παρατηρείται μεν αριθμητικά υψηλότερος μέσος όρος στην ομάδα με συννοσηρότητα ($M = 66,33$ έναντι $M = 59,33$), ωστόσο η διαφορά αυτή δεν φτάνει το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, εύρημα που πιθανότατα περιορίζεται από το πολύ μικρό μέγεθος της σχετικής υποομάδας ($n = 3$). Το μέγεθος επίδρασης (Cohen's $d = -0,403$) αντιστοιχεί, ωστόσο, σε μέτρια πρακτική σημασία, γεγονός που δικαιολογεί περαιτέρω διερεύνηση σε μεγαλύτερο δείγμα.

Απάντηση στο Ε.Ε.2 και Ε.Ε.3: Δεν επιβεβαιώνεται στατιστικά σημαντική επίδραση ούτε του φύλου ούτε της συννοσηρότητας με αυτισμό στη βαρύτητα των γλωσσικών δυσκολιών του δείγματος.

4.3 Ανάλυση Συσχετίσεων Spearman (Spearman Correlation Matrix)

Λόγω της απόκλισης των ηλικιακών μεταβλητών από την κανονική κατανομή (βλ. §1.6), υπολογίστηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman (ρ) μεταξύ των βασικών συνεχών μεταβλητών της έρευνας: ηλικίας παιδιού, ηλικίας έναρξης διάγνωσης, ηλικίας έναρξης παρέμβασης και συνολικού σκορ βαρύτητας.

Πίνακας 6: Πίνακας Συσχετίσεων Spearman μεταξύ Ηλικιακών Μεταβλητών και Βαρύτητας Συμπτωμάτων

Μεταβλητές	1. Ηλικία Παιδιού	2. Ηλικία Διάγνωσης	3. Ηλικία Παρέμβασης	4. Σκορ Βαρύτητας
1. Ηλικία Παιδιού	—	$\rho = 0,766^{**} \text{ } p < 0,001$	$\rho = 0,656^{**} \text{ } p < 0,001$	$\rho = 0,132 \text{ } p = 0,442$
2. Ηλικία Διάγνωσης	—	—	$\rho = 0,784^{**} \text{ } p < 0,001$	$\rho = 0,197 \text{ } p = 0,250$
3. Ηλικία Παρέμβασης	—	—	—	$\rho = -0,115 \text{ } p = 0,504$
4. Σκορ Βαρύτητας	—	—	—	—

*** $p < 0,01$ (αμφίπλευρος έλεγχος)*

Παρατηρείται ισχυρή, θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας παιδιού και ηλικίας διάγνωσης ($\rho = 0,766$, $p < 0,001$), καθώς και μεταξύ ηλικίας παιδιού και ηλικίας έναρξης παρέμβασης ($\rho = 0,656$, $p < 0,001$) — αναμενόμενο εύρημα, καθώς τα μεγαλύτερα σε ηλικία παιδιά του δείγματος έχουν, εκ των πραγμάτων, διαγνωστεί και λάβει παρέμβαση σε μεγαλύτερη ηλικία. Ιδιαίτερα ισχυρή είναι και η συσχέτιση μεταξύ ηλικίας διάγνωσης και ηλικίας παρέμβασης ($\rho = 0,784$, $p < 0,001$), εύρημα που επιβεβαιώνει ότι στο δείγμα η θεραπευτική παρέμβαση έπεται στενά χρονικά της διάγνωσης, χωρίς σημαντικό χάσμα μεταξύ αναγνώρισης του προβλήματος και έναρξης υποστήριξης.

Αντίθετα, καμία από τις τρεις ηλικιακές/κλινικές μεταβλητές δεν συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τη συνολική βαρύτητα των γλωσσικών δυσκολιών (ηλικία παιδιού: $p = 0,442$ · ηλικία διάγνωσης: $p = 0,250$ · ηλικία παρέμβασης: $p = 0,504$). Η συσχέτιση της ηλικίας έναρξης παρέμβασης με τη βαρύτητα είναι, μάλιστα, ασθενής και αρνητικής κατεύθυνσης ($\rho = -0,115$), υποδηλώνοντας μια πολύ ήπια τάση τα παιδιά

που έλαβαν παρέμβαση νωρίτερα να εμφανίζουν —αριθμητικά— ελαφρώς υψηλότερη βαρύτητα συμπτωμάτων, χωρίς ωστόσο η τάση αυτή να τεκμηριώνεται στατιστικά.

Απάντηση στο Ε.Ε.4: Οι ηλικιακές μεταβλητές του δείγματος συσχετίζονται ισχυρά μεταξύ τους, όπως αναμένεται, δεν συσχετίζονται όμως στατιστικά σημαντικά με τη βαρύτητα των γλωσσικών συμπτωμάτων.

4.4 Μοντέλο Γραμμικής Παλινδρόμησης (Linear Regression)

Δοκιμάστηκε μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το Συνολικό Σκορ Βαρύτητας και προβλεπτικούς παράγοντες την ηλικία του παιδιού και την ηλικία έναρξης της διάγνωσης.

Πίνακας 7: Συντελεστές Μοντέλου Γραμμικής Παλινδρόμησης για το Συνολικό Σκορ Βαρύτητας

Προβλεπτικός Παράγοντας	B (μη τυποπ.)	SE	Beta (τυποπ.)	t	p
Σταθερά (Constant)	52,992	9,790	—	5,413	$p < 0,001$
Ηλικία Παιδιού	0,573	1,696	0,083	0,338	$p = 0,738$
Ηλικία Έναρξης Διάγνωσης	0,469	2,009	0,057	0,234	$p = 0,817$

$R^2 = 0,017$ (Προσαρμοσμένο $R^2 = -0,043$), $F(2, 33) = 0,281$, $p = 0,757$

Το συνολικό μοντέλο δεν προέκυψε στατιστικά σημαντικό ($F(2, 33) = 0,281$, $p = 0,757$), ενώ το ποσοστό διακύμανσης που ερμηνεύεται από τους δύο προβλεπτικούς παράγοντες είναι αμελητέο ($R^2 = 0,017$, δηλαδή μόλις 1,7%). Το αρνητικό προσαρμοσμένο R^2 (-0,043) επιβεβαιώνει ότι το μοντέλο δεν βελτιώνει την πρόβλεψη σε σχέση με έναν απλό μέσο όρο. Ούτε η ηλικία του παιδιού ($\beta = 0,083$, $p = 0,738$) ούτε η ηλικία έναρξης της διάγνωσης ($\beta = 0,057$, $p = 0,817$) αναδεικνύονται ως στατιστικά σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες της βαρύτητας των γλωσσικών συμπτωμάτων.

Απάντηση στο Ε.Ε.5: Οι δημογραφικοί/ηλικιακοί παράγοντες που εξετάστηκαν δεν προβλέπουν από μόνοι τους στατιστικά σημαντικό ποσοστό της διακύμανσης της

βαρύτητας των γλωσσικών δυσκολιών, γεγονός που υποδηλώνει ότι η σοβαρότητα της ΑΓΔ στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ διαμορφώνεται πιθανότατα από πολυπαραγοντικά αίτια που δεν αποτυπώνονται πλήρως από απλούς δημογραφικούς δείκτες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ

5.1 Σύνοψη και Ερμηνεία Ευρημάτων

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της παρούσας έρευνας, σε δείγμα 36 παιδιών σχολικής ηλικίας με διάγνωση ΔΕΠ-Υ, αναδεικνύει τρία κύρια συμπεράσματα, τα οποία απαντούν στα αρχικά ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης.

Πρώτον, το δείγμα εμφανίζει αυξημένη μέση βαρύτητα γλωσσικών ελλειμμάτων ($M = 59,92$ στην κλίμακα 0-100), με ιδιαίτερα έντονες δυσκολίες στις περιοχές της εκφραστικής γλώσσας και της αφηγηματικής συνοχής, όπου πάνω από τα τρία τέταρτα των γονέων ανέφεραν συχνή ή διαρκή εμφάνιση δυσκολιών (π.χ. γραμματικά λάθη σε ποσοστό 80,5%, απώλεια θέματος συζήτησης σε ποσοστό 75,0%). Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει τη συχνή συνύπαρξη και αλληλεπίδραση των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ και ΑΓΔ, όπως αυτή τεκμηριώνεται στη διεθνή βιβλιογραφία, και υπογραμμίζει την ανάγκη συστηματικού λογοθεραπευτικού ελέγχου σε κάθε παιδί με διάγνωση ΔΕΠ-Υ, ανεξαρτήτως της πρωτογενούς παραπομπής για διάσπαση προσοχής ή υπερκινητικότητα.

Δεύτερον, οι έλεγχοι t δεν ανέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη βαρύτητα των γλωσσικών δυσκολιών ούτε ως προς το φύλο ούτε ως προς τη συννοσηρότητα με φάσμα αυτισμού, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι γλωσσικές δυσκολίες σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ εκδηλώνονται με παρόμοια σοβαρότητα ανεξαρτήτως φύλου. Η απουσία στατιστικής σημαντικότητας στη σύγκριση συννοσηρότητας πρέπει, ωστόσο, να ερμηνευθεί με προσοχή, δεδομένου του πολύ μικρού μεγέθους της υποομάδας παιδιών με συννοσηρότητα ($n = 3$), το οποίο περιορίζει σημαντικά τη στατιστική ισχύ του ελέγχου. Το μέτριο μέγεθος επίδρασης ($d = -0,403$) που καταγράφηκε αφήνει ανοιχτό το ενδεχόμενο μιας πραγματικής, αν και μη ανιχνεύσιμης με το παρόν δείγμα, τάσης για αυξημένη βαρύτητα στα παιδιά με συνοδό φάσμα αυτισμού.

Τρίτον, τόσο η ανάλυση συσχετίσεων όσο και το μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η ηλικία του παιδιού, η ηλικία έναρξης της διάγνωσης και η ηλικία έναρξης της παρέμβασης δεν αποτελούν στατιστικά σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες της βαρύτητας των γλωσσικών συμπτωμάτων, παρά τις ισχυρές συσχετίσεις που

εμφανίζουν οι τρεις αυτές μεταβλητές μεταξύ τους. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι τα γλωσσικά ελλείμματα αποτελούν σχετικά σταθερό κλινικό χαρακτηριστικό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, το οποίο δεν εξαρτάται από το πότε αναγνωρίστηκε ή αντιμετωπίστηκε θεραπευτικά η διαταραχή, αλλά πιθανότατα σχετίζεται περισσότερο με ενδογενείς νευροαναπτυξιακούς παράγοντες.

Αξίζει, τέλος, να σχολιαστεί το εύρημα ότι η συχνότερη ηλικία τόσο για την αρχική διάγνωση όσο και για την έναρξη της παρέμβασης είναι τα 4 έτη, με τη μέση τιμή να διαμορφώνεται στα 5,36 έτη και για τις δύο μεταβλητές. Το εύρημα αυτό συνηγορεί υπέρ της άποψης ότι η προσχολική ηλικία αποτελεί κρίσιμο «παράθυρο» αναγνώρισης της ΔΕΠ-Υ, πιθανότατα λόγω της αυξημένης παρατηρησιμότητας της συμπτωματολογίας κατά την ένταξη του παιδιού στην προσχολική εκπαίδευση. Ταυτόχρονα, η πολύ ισχυρή συσχέτιση μεταξύ ηλικίας διάγνωσης και ηλικίας παρέμβασης ($\rho = 0,784$) καταδεικνύει ότι, στο εξεταζόμενο δείγμα, δεν παρατηρείται σημαντικό χρονικό κενό ανάμεσα στη διάγνωση και στην έναρξη υποστηρικτικών ενεργειών — ένα θετικό εύρημα από πλευράς έγκαιρης παρέμβασης, το οποίο ωστόσο, όπως προέκυψε από τη στατιστική ανάλυση, δεν συνοδεύεται από αντίστοιχα χαμηλότερη βαρύτητα γλωσσικών συμπτωμάτων.

Συνολικά, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας προσφέρουν σημαντικές κλινικές και εκπαιδευτικές κατευθύνσεις. Υπογραμμίζουν την αναγκαιότητα διεπιστημονικής αξιολόγησης —παιδιατρικής, ψυχολογικής και λογοθεραπευτικής— σε κάθε παιδί με διάγνωση ΔΕΠ-Υ, ανεξαρτήτως ηλικίας εξέτασης, φύλου ή ύπαρξης συννοσηρότητας, προκειμένου να διασφαλιστεί η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση τυχόν συνοδών γλωσσικών δυσκολιών.

Από παιδαγωγική σκοπιά, τα ευρήματα αυτά έχουν άμεση εφαρμογή στο πλαίσιο της ειδικής αγωγής και εκπαίδευσης. Η διαπίστωση ότι οι δυσκολίες εντοπίζονται εντονότερα στην εκφραστική γλώσσα, στην αφηγηματική συνοχή και στην πραγματολογική χρήση του λόγου —παρά στην αμιγή κατανόηση— υποδεικνύει ότι οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις σε μαθητές με ΔΕΠ-Υ οφείλουν να μην περιορίζονται σε τεχνικές διαχείρισης της προσοχής και της συμπεριφοράς, αλλά να ενσωματώνουν συστηματικά στοχευμένες δραστηριότητες ενίσχυσης του προφορικού λόγου, της αφήγησης και των δεξιοτήτων κοινωνικής επικοινωνίας. Οι εκπαιδευτικοί ειδικής αγωγής, σε συνεργασία με λογοθεραπευτές, μπορούν να αξιοποιήσουν δομημένα

εργαλεία σαν το ΑΝΑΓΛΩ-ΔΕΠΥ ως μέσο πρώιμης ανίχνευσης, ώστε να διαμορφώνουν εξατομικευμένα προγράμματα εκπαιδευτικής παρέμβασης που να λαμβάνουν υπόψη το πλήρες προφίλ δυσκολιών του μαθητή.

Επιπλέον, η απουσία στατιστικά σημαντικής επίδρασης των ηλικιακών παραγόντων στη βαρύτητα των συμπτωμάτων ενισχύει την άποψη ότι η αξιολόγηση της γλωσσικής λειτουργίας δεν θα πρέπει να αναβάλλεται με το σκεπτικό ότι το παιδί είναι «πολύ μικρό» ή, αντίστροφα, να θεωρείται περιττή σε μεγαλύτερες ηλικίες επειδή η ΔΕΠ-Υ έχει ήδη διαγνωστεί και αντιμετωπιστεί. Η γλωσσική αξιολόγηση θα πρέπει να αποτελεί σταθερή συνιστώσα της διεπιστημονικής παρακολούθησης του παιδιού σε όλη τη σχολική ηλικία, ανεξάρτητα από το πότε ξεκίνησε η αρχική διάγνωση ή παρέμβαση για τη ΔΕΠ-Υ.

5.2 Περιορισμοί της Έρευνας

- Το μέγεθος του δείγματος ($N = 36$) είναι σχετικά περιορισμένο, γεγονός που μειώνει τη στατιστική ισχύ των ελέγχων και τη γενικευσιμότητα των ευρημάτων, ιδίως στις συγκρίσεις υποομάδων με πολύ μικρό αριθμό περιπτώσεων (π.χ. συννοσηρότητα με αυτισμό, $n = 3$).
- Η δειγματοληψία ευκολίας δεν διασφαλίζει την τυχαιότητα και ενδέχεται να εισάγει μεροληψία επιλογής, καθώς οι συμμετέχοντες γονείς πιθανώς είναι πιο ευαισθητοποιημένοι ή πιο ενεργά εμπλεκόμενοι στη διαχείριση της διαταραχής του παιδιού τους.
- Τα δεδομένα συλλέχθηκαν αποκλειστικά μέσω αναφοράς γονέα (parent-report), χωρίς επισταθμισμένη κλινική/λογοθεραπευτική αξιολόγηση του παιδιού, γεγονός που ενέχει τον κίνδυνο υποκειμενικότητας στην εκτίμηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων.
- Ο διατομεακός σχεδιασμός της έρευνας δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιωδών συμπερασμάτων ούτε την παρακολούθηση της εξέλιξης των γλωσσικών δυσκολιών στον χρόνο.

5.3 Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα

- Διεξαγωγή της έρευνας σε μεγαλύτερο και τυχαιοποιημένο δείγμα, ώστε να καταστεί δυνατή η ασφαλέστερη διερεύνηση της επίδρασης της συννοσηρότητας με φάσμα αυτισμού.
- Συνδυασμός της αναφοράς γονέα με σταθμισμένα εργαλεία λογοθεραπευτικής αξιολόγησης, για διασταύρωση και ενίσχυση της εγκυρότητας των ευρημάτων.
- Υιοθέτηση διαχρονικού (longitudinal) σχεδιασμού, ώστε να διερευνηθεί η εξέλιξη των γλωσσικών δυσκολιών σε σχέση με την πορεία της θεραπευτικής παρέμβασης.
- Διερεύνηση πρόσθετων παραγόντων (π.χ. τύπος και ένταση παρέμβασης, εκπαιδευτικό πλαίσιο, οικογενειακό περιβάλλον) που ενδέχεται να επηρεάζουν τη βαρύτητα των γλωσσικών συμπτωμάτων, δεδομένου ότι οι δημογραφικοί/ηλικιακοί παράγοντες που εξετάστηκαν στην παρούσα μελέτη δεν αναδείχθηκαν ως σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες.

5.4 Συμπεράσματα

Η παρούσα έρευνα διερεύνησε τη σχέση μεταξύ των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και των χαρακτηριστικών της Αναπτυξιακής Γλωσσικής Διαταραχής σε δείγμα 36 παιδιών σχολικής ηλικίας. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν μέτρια προς αυξημένη βαρύτητα γλωσσικών δυσκολιών στο σύνολο του δείγματος, με εντονότερη προσβολή της εκφραστικής γλώσσας, της αφηγηματικής συνοχής και της πραγματολογικής χρήσης του λόγου σε σχέση με την κατανόηση. Ούτε το φύλο ούτε η συννοσηρότητα με φάσμα αυτισμού, ούτε οι εξεταζόμενοι ηλικιακοί/κλινικοί παράγοντες (ηλικία παιδιού, ηλικία έναρξης διάγνωσης και παρέμβασης) αναδείχθηκαν ως στατιστικά σημαντικοί παράγοντες διαφοροποίησης ή πρόβλεψης της βαρύτητας.

Η απουσία στατιστικά σημαντικών προβλεπτικών παραγόντων δεν μειώνει την κλινική αξία της μελέτης· αντίθετα, ενισχύει το συμπέρασμα ότι η γλωσσική δυσλειτουργία στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αποτελεί ανεξάρτητο και διάχυτο χαρακτηριστικό, το οποίο πρέπει να αξιολογείται συστηματικά σε κάθε περίπτωση, χωρίς να προϋποτίθεται από δημογραφικά ή χρονικά δεδομένα της διάγνωσης. Η έγκαιρη ανίχνευση, μέσω

εργαλείων όπως το ΑΝΑΓΛΩ-ΔΕΠΥ, και η στενή συνεργασία εκπαιδευτικών ειδικής αγωγής, λογοθεραπευτών και οικογένειας συνιστούν, με βάση τα ευρήματα αυτά, τον πλέον αποτελεσματικό δρόμο για την υποστήριξη της γλωσσικής και ακαδημαϊκής ανάπτυξης των παιδιών με ΔΕΠ-Υ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο «ΑΝΑΓΛΩ-ΔΕΠΥ»

Εισαγωγικό Σημείωμα προς τους Γονείς/Κηδεμόνες

Η παρούσα μελέτη, με τίτλο «Διερεύνηση της Αναπτυξιακής Γλωσσικής Διαταραχής σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ: Ανάπτυξη και εφαρμογή του ερωτηματολογίου ΑΝΑΓΛΩ-ΔΕΠΥ», έχει ως σκοπό τη διερεύνηση των γλωσσικών δεξιοτήτων σε παιδιά με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ), καθώς και την ανίχνευση πιθανών δυσκολιών που σχετίζονται με την Αναπτυξιακή Γλωσσική Διαταραχή.

Η συμμετοχή στη μελέτη περιλαμβάνει τη συμπλήρωση του παρόντος ερωτηματολογίου, το οποίο αφορά τις γλωσσικές και επικοινωνιακές δεξιότητες του παιδιού, καθώς και στοιχεία σχετικά με τη συμπεριφορά του. Η διαδικασία συμπλήρωσης διαρκεί περίπου 10-15 λεπτά. Η συμμετοχή είναι απολύτως εθελοντική και ανώνυμη, τα δεδομένα τηρούνται με απόλυτη εμπιστευτικότητα σύμφωνα με τον ΓΚΠΔ (GDPR) και χρησιμοποιούνται αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς.

Δημογραφικά Στοιχεία

- Φύλο παιδιού: Άρρεν / Θήλυ
- Ηλικία παιδιού (έτη): _____
- Ηλικία έναρξης διάγνωσης (έτη): _____
- Ηλικία έναρξης παρέμβασης (έτη): _____
- Συννοσηρότητα με φάσμα αυτισμού: Ναι / Όχι
- Μορφωτικό επίπεδο γονέων: Λύκειο / Πανεπιστήμιο / Μεταπτυχιακό
- Τόπος κατοικίας: Πόλη / Κωμόπολη / Χωριό

Παρακαλώ αξιολογήστε τη συμπεριφορά του παιδιού σας τους τελευταίους 3-6 μήνες, επιλέγοντας για κάθε πρόταση μία από τις απαντήσεις: Ποτέ — Σπάνια — Μερικές φορές — Συχνά — Πάντα.

Μέρος Α' — Κατανόηση Λόγου

1. Δυσκολεύεται να κατανοήσει οδηγίες με περισσότερα από ένα βήματα. ☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Πάντα
2. Συχνά φαίνεται να μην καταλαβαίνει τι του λένε. ☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Πάντα
3. Χρειάζεται επανάληψη οδηγιών για να ανταποκριθεί. ☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Πάντα
4. Δυσκολεύεται να κατανοήσει ερωτήσεις. ☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Πάντα
5. Παρερμηνεύει αυτό που του λένε οι άλλοι. ☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Πάντα

Μέρος Β' — Έκφραση Λόγου

6. Δυσκολεύεται να βρει τις σωστές λέξεις. ☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Πάντα
7. Χρησιμοποιεί περιορισμένο λεξιλόγιο για την ηλικία του. ☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Πάντα
8. Κάνει γραμματικά λάθη (π.χ. χρόνους, καταλήξεις). ☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Πάντα
9. Οι προτάσεις του είναι απλές ή ελλιπείς. ☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Πάντα
10. Δυσκολεύεται να περιγράψει γεγονότα ή εμπειρίες. ☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Πάντα

Μέρος Γ' — Συνοχή & Αφήγηση

11. Δυσκολεύεται να διηγηθεί μια ιστορία με σειρά. ☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Πάντα
12. Παραλείπει σημαντικές πληροφορίες όταν μιλά. ☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Πάντα
13. Χάνει εύκολα το θέμα της συζήτησης. ☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Πάντα

14. Δυσκολεύεται να εξηγήσει κάτι με σαφήνεια. ☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Πάντα

15. Ο λόγος του είναι αποσπασματικός ή μπερδεμένος. ☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Πάντα

Μέρος Δ' — Πραγματολογία (Κοινωνική Χρήση Γλώσσας)

16. Δυσκολεύεται να ξεκινήσει συζήτηση. ☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Πάντα

17. Δυσκολεύεται να διατηρήσει διάλογο. ☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Πάντα

18. Δεν καταλαβαίνει πότε πρέπει να πάρει σειρά στον λόγο. ☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Πάντα

19. Δυσκολεύεται να προσαρμόσει τον τρόπο ομιλίας ανάλογα με τον συνομιλητή. ☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Πάντα

20. Δυσκολεύεται να κατανοήσει χιούμορ ή ειρωνεία. ☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Πάντα

Μέρος Ε' — Συμπληρωματικά Στοιχεία (Διαφοροδιάγνωση ΑΓΔ έναντι ΔΕΠ-Υ)

21. Φαίνεται να μην ακούει όταν του μιλούν (χωρίς να υπάρχει διάσπαση προσοχής). ☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Πάντα

22. Αποφεύγει δραστηριότητες που απαιτούν ομιλία. ☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Πάντα

23. Δείχνει απογοήτευση όταν προσπαθεί να μιλήσει. ☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Πάντα

24. Οι δυσκολίες λόγου επηρεάζουν τη σχολική του επίδοση. ☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Πάντα

25. Οι δυσκολίες είναι σταθερές και όχι μόνο σε στιγμές διάσπασης. ☐ Ποτέ ☐ Σπάνια ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Πάντα

Βιβλιογραφία:

Αγγελάκης, Ε. Χ. (2017). Τεχνικές λογοθεραπείας σε παιδιά με ΔΕΠΥ (Bachelor's thesis). (Πτυχιακή)

Βάρβογλη, Λ., & Γαλάνη, Μ. (2006). Η Διάγνωση της Διάσπασης της Προσοχής–Πρακτικός Οδηγός.

Ζαφειρίου, Δ. Ι., & Βαργιάμη, Ε. (2021). Παιδιατρική νευρολογία. University Studio Press.

Θεοδωροπούλου, Σ. Σ., Κούμα, Χ. Π., & Λακμέτα, Χ. (2021). ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ-ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΔΙΑΣΠΑΣΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ-ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΔΕΠΥ) ΣΕ ΦΟΙΤΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΜΑΘΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ. (Πτυχιακή)

Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2012). ΔΕΠ-Υ θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση. Εκδόσεις: Gutenberg.

Κάκουρος, Ε. (2001). Η έκβαση της ΔΕΠ-Υ. Στο Ε. Κάκουρος (επιμ.). Το υπερκινητικό παιδί. Οι δυσκολίες του στη μάθηση και στη συμπεριφορά. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2015). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής.

Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2015). Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων.

Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2005). ADHD-διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα.

Καραπέτσας ΑΒ (2015). Νευροψυχολογία του Αναπτυσσόμενου Ανθρώπου, Έκδοση Ανανεωμένη, Βόλος: Αργύρης Καραπέτσας.

Κυριάκου, Δ. (2019). Μεθόδοι και διδασκαλίες σε παιδιά με ΔΕΠΥ (Doctoral dissertation, Πρόγραμμα Δημόσιας Διοίκησης, Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης, Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφου).

Κωτσόπουλος, Σ. (2004). Φαρμακευτική αγωγή των ψυχιατρικών διαταραχών στο παιδί και τον έφηβο. Εγκέφαλος, 41, 7-21.

Μάνος, Ν. (1997). Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη University Studio Press, εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών.

Μαντά, Δ., Μόσχογλου, Α., & Ταχτατζή, Ε. (2022). Νέες τεχνολογίες στη ΔΕΠΥ. (Πτυχιακή)

Μπαλατσού, Μ. Ε. (2017). Βασικές παρεμβάσεις διαχείρισης των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης, 2016(1), 716-724. (Πτυχιακή)

ΜΠΑΣΤΕΑ, Α., & ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ, Ι. (2017). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής–Υπερκινητικότητας και Μαθησιακές Δυσκολίες. Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης, 2016(1), 744-771.

Μπραούση, Η. (2025). Οι επιπτώσεις της αναπτυξιακής γλωσσικής διαταραχής στην ακαδημαϊκή επίδοση: Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση (Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας).

Νικολαου, Ο. (2017). ΔΕΠΥ και Συμβουλευτική γονέων. Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης, 2016(2), 860-874. (Πτυχιακή)

Σίσκα, Χ., Στυλίδου, Κ., & Τσιανάκα, Χ. Μ. (2023). ΔΕΠ-Υ στην παιδική ηλικία: ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και νεότερα δεδομένα. (Πτυχιακή)

Σκούρου, Κ. (2025). Συννοσηρότητα ΔΕΠΥ στα παιδιά. (Πτυχιακή)

Τζαμαλή, Α., & Σπυρόπουλος, Τ. (2018). Σχέδιο Ερευνητικής Πρότασης για τους τρόπους αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ από τους Εκπαιδευτικούς της Παράλληλης Στήριξης. Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης, 8, 1068-1087.

Τρίγκα-Μερτίκα, Ε. (2005). Διάσπαση προσοχής και υπερκινητικότητα παιδιών και εφήβων. Διάγνωση-αξιολόγηση-αντιμετώπιση.

Abikoff, H., McGough, J., Vitiello, B., McCracken, J., Davies, M., Walkup, J., ... & Ritz, L. (2005). Sequential pharmacotherapy for children with comorbid attention-deficit/hyperactivity and anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(5), 418-427.

Adane, A. A., Mishra, G. D., & Tooth, L. R. (2016). Diabetes in pregnancy and childhood cognitive development: a systematic review. *Pediatrics*, 137(5), e20154234.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th edn Arlington. VA: American Psychiatric Publishing, 10.

Anderson, P. J. (2014, April). Neuropsychological outcomes of children born very preterm. In *Seminars in fetal and neonatal medicine* (Vol. 19, No. 2, pp. 90-96). WB Saunders.

Andrés-Roqueta, C., Adrian, J. E., Clemente, R. A., & Villanueva, L. (2016). Social cognition makes an independent contribution to peer relations in children with Specific Language Impairment. *Research in developmental disabilities*, 49, 277-290.

- Bale, T. L. (2016). The placenta and neurodevelopment: sex differences in prenatal vulnerability. *Dialogues in clinical neuroscience*, 18(4), 459-464.
- Bandstra, E. S., Morrow, C. E., Accornero, V. H., Mansoor, E., Xue, L., & Anthony, J. C. (2011). Estimated effects of in utero cocaine exposure on language development through early adolescence. *Neurotoxicology and teratology*, 33(1), 25-35.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological bulletin*, 121(1), 65.
- Barkley, R. A., & Barkley, R. A. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (Vol. 2). New York: Guilford press.
- Barkley, R.A., (2003). Attention –deficit/hyperactivity disorder. In: Mash, E.J. & Barkley, R.A.(eds), *Child Psychology*, NY, US: Guilford Press, xiv, 802.
- Battin, M., Woulides, T. A., & Rowan, J. (2018). *Nutrition and Diet in Maternal Diabetes*.
- Bicard, D. F., & Neef, N. A. (2002). Effects of strategic versus tactical instructions on adaptation to changing contingencies in children with ADHD. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 35(4), 375-389.
- Bignell, S., & Cain, K. (2007). Pragmatic aspects of communication and language comprehension in groups of children differentiated by teacher ratings of inattention and hyperactivity. *British Journal of Developmental Psychology*, 25(4), 499-512.
- Biederman, J., DiSalvo, M., Vaudreuil, C., Wozniak, J., Uchida, M., Woodworth, K. Y., ... & Faraone, S. V. (2021). The child behavior checklist can aid in characterizing suspected comorbid psychopathology in clinically referred youth with ADHD. *Journal of psychiatric research*, 138, 477-484.
- Biederman, J., Thisted, R. A., Greenhill, L. L., & Ryan, N. D. (1995). Estimation of the association between desipramine and the risk for sudden death in 5-to 14-year-old children. *The Journal of clinical psychiatry*, 56(3), 87-93.
- Bishop, D. V. (1998). Development of the Children's Communication Checklist (CCC): A method for assessing qualitative aspects of communicative impairment in children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39(6), 879-891.
- Bishop, D. V. M. What Causes Specific Language Impairment in Children? *Curr. Dir. Psychol. Sci.* 2006, 15, 217–221.
- Bishop, D. V., & McDonald, D. (2009). Identifying language impairment in children: combining language test scores with parental report. *International journal of language & communication disorders*, 44(5), 600-615.

- Bishop, D. V., Hardiman, M. J., & Barry, J. G. (2011). Is auditory discrimination mature by middle childhood? A study using time-frequency analysis of mismatch responses from 7 years to adulthood. *Developmental science*, 14(2), 402-416.
- Bishop, D. V. M. (2017). Developmental language impairment: Diagnostic dilemmas and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(12), 1302–1307.
- Bishop, D. V., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., Catalise-2 Consortium, Adams, C., ... & house, A. (2017). Phase 2 of CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *Journal of child psychology and psychiatry*, 58(10), 1068-1080.
- Black, S. E., Grönqvist, E., & Öckert, B. (2018). Born to lead? The effect of birth order on noncognitive abilities. *Review of Economics and Statistics*, 100(2), 274-286.
- Bornstein, M. H., Hahn, C. S., & Haynes, O. M. (2004). Specific and general language performance across early childhood: Stability and gender considerations. *First language*, 24(3), 267-304.
- Bridge, J. A., Iyengar, S., Salary, C. B., Barbe, R. P., Birmaher, B., Pincus, H. A., ... & Brent, D. A. (2007). Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Jama*, 297(15), 1683-1696.
- Racine, M. B., Majnemer, A., Shevell, M., & Snider, L. (2008). Handwriting performance in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of child neurology*, 23(4), 399-406.
- Buckingham-Howes, S., Berger, S. S., Scaletti, L. A., & Black, M. M. (2013). Systematic review of prenatal cocaine exposure and adolescent development. *Pediatrics*, 131(6), e1917-e1936.
- Campos, J. A. A., Santacana, M. F., Olmos, J. G., & Cebollero, M. P. (2006). Estructura factorial y datos descriptivos del perfil de atención y del cuestionario TDAH para niños en edad escolar. *Psicothema*, 18(4), 696-703.
- Chen, K., Zhang, X., Wei, X. P., Qu, P., Liu, Y. X., & Li, T. Y. (2009). Antioxidant vitamin status during pregnancy in relation to cognitive development in the first two years of life. *Early human development*, 85(7), 421-427.
- Cheuk, D. K., & Wong, V. (2005). Specific language impairment and child care by a domestic helper: A case-control study in Chinese children. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 159(8), 714-720.
- Choudhury, N., & Benasich, A. A. (2003). A family aggregation study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 46(2), 261-272.

- Chronis-Tuscano, A., Molina, B. S., Pelham, W. E., Applegate, B., Dahlke, A., Overmyer, M., & Lahey, B. B. (2010). Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of general psychiatry*, 67(10), 1044-1051.
- Church, M. W., & Kaltenbach, J. A. (1997). Hearing, speech, language, and vestibular disorders in the fetal alcohol syndrome: a literature review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21(3), 495-512.
- Clegg, J., Hollis, C., Mawhood, L., & Rutter, M. (2005). Developmental language disorders—a follow-up in later adult life. Cognitive, language and psychosocial outcomes. *Journal of child psychology and psychiatry*, 46(2), 128-149.
- Coles, E. K., Slavec, J., Bernstein, M., & Baroni, E. (2012). Exploring the gender gap in referrals for children with ADHD and other disruptive behavior disorders. *Journal of attention disorders*, 16(2), 101-108.
- Cone-Wesson, B. (2005). Prenatal alcohol and cocaine exposure: influences on cognition, speech, language, and hearing. *Journal of communication disorders*, 38(4), 279-302.
- Conti-Ramsden, G., & Botting, N. (2008). Emotional health in adolescents with and without a history of specific language impairment (SLI). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(5), 516-525.
- Conti-Ramsden, G., Durkin, K., Toseeb, U., Botting, N., & Pickles, A. (2018). Education and employment outcomes of young adults with a history of developmental language disorder. *International journal of language & communication disorders*, 53(2), 237-255.
- Cordier, R., Bundy, A., Hocking, C., & Einfeld, S. (2009). A model for play-based intervention for children with ADHD. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(5), 332-340.
- Cortese, S., Bellato, A., Gabellone, A., Marzulli, L., Matera, E., Parlatini, V., ... & Margari, L. (2025). Latest clinical frontiers related to autism diagnostic strategies. *Cell reports medicine*, 6(2).
- Czamara, D., Tiesler, C. M., Kohlböck, G., Berdel, D., Hoffmann, B., Bauer, C. P., ... & Heinrich, J. (2013). Children with ADHD symptoms have a higher risk for reading, spelling and math difficulties in the GINIplus and LISApplus cohort studies. *PloS one*, 8(5), e63859.
- da Costa Ribeiro, C., Abramides, D. V. M., Fuertes, M. G., Dos Santos, P. N. L., & Lamônica, D. A. C. (2016). Receptive language and intellectual abilities in preterm children. *Early human development*, 99, 57-60.
- Dale, P. S., Price, T. S., Bishop, D. V., & Plomin, R. (2003). Outcomes of early language delay. *Journal of speech, language, and hearing research*, 46(3), 544-560.

- D'Apolito, K. (1998). Substance abuse: infant and childhood outcomes. *Journal of pediatric nursing*, 13(5), 307-316.
- Dawes, P., & Bishop, D. (2009). Auditory processing disorder in relation to developmental disorders of language, communication and attention: a review and critique. *International journal of language & communication disorders*, 44(4), 440-465.
- de Freitas de Sousa, A., Coimbra, I. M., Castanho, J. M., Polanczyk, G. V., & Rohde, L. A. (2020). Attention deficit hyperactivity disorder. In J. M. Rey & A. Martin (Eds.), *JM Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. IACAPAP.
- Delaney-Black, V., Covington, C., Templin, T., Kershaw, T., Nordstrom-Klee, B., Ager, J., ... & Sokol, R. J. (2000). Expressive language development of children exposed to cocaine prenatally: literature review and report of a prospective cohort study. *Journal of communication disorders*, 33(6), 463-481.
- De Los Reyes, A., Augenstein, T. M., Wang, M., Thomas, S. A., Drabick, D. A., Burgers, D. E., & Rabinowitz, J. (2015). The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. *Psychological bulletin*, 141(4), 858.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth, Text Revision (DSM-5-TR) ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing. February 2022
- Diepeveen, F. B., van Dommelen, P., Oudesluys-Murphy, A. M., & Verkerk, P. H. (2017). Specific language impairment is associated with maternal and family factors. *Child: care, health and development*, 43(3), 401-405.
- Drechsler, R., Brem, S., Brandeis, D., Grünblatt, E., Berger, G., & Walitza, S. (2020). ADHD: Current concepts and treatments in children and adolescents. *Neuropediatrics*, 51(05), 315-335.
- Dunn, D. W., Austin, J. K., Harezlak, J., & Ambrosius, W. T. (2003). ADHD and epilepsy in childhood. *Developmental medicine and child neurology*, 45(1), 50-54.
- Dunn L. M., Dunn D. M. (2007). *Peabody Picture Vocabulary Test–Fourth Edition (PPVT-4)*. Bloomington, MN: NCS Pearson.
- Ettinger, A. B., Ottman, R., Lipton, R. B., Cramer, J. A., Fanning, K. M., & Reed, M. L. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in adults with self-reported epilepsy: results from a national epidemiologic survey of epilepsy. *Epilepsia*, 56(2), 218-224.
- Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular psychiatry*, 24(4), 562-575.
- Fedewa, A. L., & Erwin, H. E. (2011). Stability balls and students with attention and hyperactivity concerns: Implications for on-task and in-seat behavior. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(4), 393-399.

- Ferguson, M. A., Hall, R. L., Riley, A., & Moore, D. R. (2011). Communication, listening, cognitive and speech perception skills in children with auditory processing disorder (APD) or specific language impairment (SLI). *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 54(1), 211-227.
- Gargaro, B. A., Rinehart, N. J., Bradshaw, J. L., Tonge, B. J., & Sheppard, D. M. (2011). Autism and ADHD: how far have we come in the comorbidity debate?. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(5), 1081-1088.
- Gery, I., Miljkovitch, R., Berthoz, S., & Soussignan, R. (2009). Empathy and recognition of facial expressions of emotion in sex offenders, non-sex offenders and normal controls. *Psychiatry research*, 165(3), 252-262.
- Geurts, H., & Embrechts, M. (2010). Pragmatics in pre-schoolers with language impairments. *International journal of language & communication disorders*, 45(4), 436-447.
- Gillberg, C., Melander, H., von Knorring, A. L., Janols, L. O., Thernlund, G., Hägglöf, B., ... & Kopp, S. (1997). Long-term stimulant treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder symptoms: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Archives of general psychiatry*, 54(9), 857-864.
- Goldstein, S. (1997). *Managing attention and learning disorders in late adolescence and adulthood: A guide for practitioners*. John Wiley & Sons.
- Gonzalez-Gomez, N., & Nazzi, T. (2012). Phonotactic acquisition in healthy preterm infants. *Developmental science*, 15(6), 885-894.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Goulardins, J. B., Marques, J. C. B., Casella, E. B., Nascimento, R. O., & Oliveira, J. A. (2013). Motor profile of children with attention deficit hyperactivity disorder, combined type. *Research in developmental disabilities*, 34(1), 40-45.
- Graignic-Philippe, R., Dayan, J., Chokron, S., Jacquet, A. Y., & Tordjman, S. (2014). Effects of prenatal stress on fetal and child development: a critical literature review. *Neuroscience & biobehavioral reviews*, 43, 137-162.
- Groenewald C, Emond A, Sayal K. Recognition and referral of girls with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: case vignette study. *Child Care Health Dev*. 2009 Nov;35(6):767-72.
- Grzadzinski, R., Di Martino, A., Brady, E., Mairena, M. A., O'Neale, M., Petkova, E., ... & Castellanos, F. X. (2011). Examining autistic traits in children with ADHD: does the autism spectrum extend to ADHD?. *Journal of autism and developmental disorders*, 41(9), 1178-1191.

Guillherme Polanczyk, M.D., Mauricio Silva de Lima M.D., Ph.D., Bernardo Lessa Horta, M.D., Ph.D., Joseph Biederman, M.D., Luis Augusto Rohde, M.D., Ph.D (2007). The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systemic Review and Metaregression Analysis. *Am J Psychiatry* 2007, 164:942-948.

all, C. L., Guo, B., Valentine, A. Z., Groom, M. J., Daley, D., Sayal, K., & Hollis, C. (2020). The validity of the SNAP-IV in children displaying ADHD symptoms. *Assessment*, 27(6), 1258-1271.

Hammad, T. A., Laughren, T., & Racoon, J. (2006). Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Archives of general psychiatry*, 63(3), 332-339.

Hansen, H., Erfmann, K., Göldner, J., Schlüter, R., & Zimmermann, F. (2021). Therapeutic relationships in speech-language pathology: a scoping review protocol. *JB I evidence synthesis*, 19(10), 2870-2876.

Harrison, L. J., & McLeod, S. (2010). Risk and protective factors associated with speech and language impairment in a nationally representative sample of 4-to 5-year-old children. *Risk*.

Hawkins, E., Gathercole, S., Astle, D., Calm Team, & Holmes, J. (2016). Language problems and ADHD symptoms: How specific are the links?. *Brain sciences*, 6(4), 50.

Hawley, K. M., & Weisz, J. R. (2003). Child, parent and therapist (dis) agreement on target problems in outpatient therapy: The therapist's dilemma and its implications. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(1), 62.

Heward, W. L. (2011). Παιδιά με ειδικές ανάγκες. Μία εισαγωγή στην ειδική εκπαίδευση.

Hoffmann, A., Martens, M. A., Fox, R., Rabidoux, P., & Andridge, R. (2013). Pragmatic language assessment in Williams Syndrome: A comparison of the Test of Pragmatic Language—2 and the Children's Communication Checklist—2. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 22(2), 198-204.

Hughes, E. K., & Gullone, E. (2010). Discrepancies between adolescent, mother, and father reports of adolescent internalizing symptom levels and their association with parent symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 66(9), 978-995.

Hulme, C., & Snowling, M. J. (2013). Learning to read: What we know and what we need to understand better. *Child development perspectives*, 7(1), 1-5.

Hung, T. H., Chen, V. C. H., Yang, Y. H., Tsai, C. S., Lu, M. L., McIntyre, R. S., ... & Huang, K. Y. (2018). Association between enterovirus infection and speech and language impairments: A nationwide population-based study. *Research in Developmental Disabilities*, 77, 76-86.

Hunsley, J., & Mash, E. J. (2007). Evidence-based assessment. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 3, 29-51.

- Ibanez, G., Bernard, J. Y., Rondet, C., Peyre, H., Forhan, A., Kaminski, M., ... & EDEN Mother-Child Cohort Study Group. (2015). Effects of antenatal maternal depression and anxiety on children's early cognitive development: a prospective cohort study. *PloS one*, 10(8), e0135849.
- Idiazábal-Alecha, M. A., Guerrero-Gallo, D., & Sánchez-Bisbal, M. D. M. (2006). Procesamiento del lenguaje en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol*, 42(Supl 2), S29-S36.
- Im-Bolter, N., & Cohen, N. J. (2007). Language impairment and psychiatric comorbidities. *Pediatric clinics of north America*, 54(3), 525-542.
- Ionio, C., Riboni, E., Confalonieri, E., Dallatomasina, C., Mascheroni, E., Bonanomi, A., ... & Comi, G. (2016). Paths of cognitive and language development in healthy preterm infants. *Infant Behavior and Development*, 44, 199-207.
- Jackson, D. A., & King, A. R. (2004). Gender differences in the effects of oppositional behavior on teacher ratings of ADHD symptoms. *Journal of abnormal child psychology*, 32(2), 215-224.
- Jensen, C. M., & Steinhausen, H. C. (2015). Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(1), 27-38.
- Jo, H., Schieve, L. A., Sharma, A. J., Hinkle, S. N., Li, R., & Lind, J. N. (2015). Maternal prepregnancy body mass index and child psychosocial development at 6 years of age. *Pediatrics*, 135(5), e1198-e1209.
- Jurek, L., Duchier, A., Gauld, C., Hénault, L., Giroudon, C., Fournieret, P., ... & Nourredine, M. (2025). Sensory processing in individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder compared with control populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.
- Kaneko, F., & Okamura, H. (2006). Study on the social maturity, self-perception, and associated factors, including motor coordination, of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Physical & occupational therapy in pediatrics*, 25(4), 45-58.
- Kawai, E., Takagai, S., Takei, N., Itoh, H., Kanayama, N., Tsuchiya, K. J., & HBC Study Team. (2017). Maternal postpartum depressive symptoms predict delay in non-verbal communication in 14-month-old infants. *Infant Behavior and Development*, 46, 33-45.
- Kelsch, K. L., & Miller, K. L. (2016). Occupational therapy interventions for ADHD: A systematic review.
- King, S., & Laplante, D. P. (2005). The effects of prenatal maternal stress on children's cognitive development: Project Ice Storm. *Stress*, 8(1), 35-45.

- King, D. L., Haagsma, M. C., Delfabbro, P. H., Gradisar, M., & Griffiths, M. D. (2013). Toward a consensus definition of pathological video-gaming: A systematic review of psychometric assessment tools. *Clinical psychology review*, 33(3), 331-342.
- Korndewal, M. J., Oudesluys-Murphy, A. M., Kroes, A. C., Van der Sande, M. A., De Melker, H. E., & Vossen, A. C. (2017). Long-term impairment attributable to congenital cytomegalovirus infection: a retrospective cohort study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 59(12), 1261-1268.
- Koyuncu, A., Ayan, T., Ince Guliyev, E., Erbilgin, S., & Deveci, E. (2022). ADHD and anxiety disorder comorbidity in children and adults: Diagnostic and therapeutic challenges. *Current psychiatry reports*, 24(2), 129-140.
- Knuijt, S., & Sondaar, M. (2001). De spraak-taalontwikkeling van ex-premature kinderen op de leeftijd van vijf jaar. *Tijdschrift voor kindergeneeskunde*, 69(2), 159-165.
- Kristensen, P., & Bjerkedal, T. (2007). Explaining the relation between birth order and intelligence. *Science*, 316(5832), 1717-1717.
- Laberge, L., Ledoux, É., Auclair, J., Thuilier, C., Gaudreault, M., Gaudreault, M., ... & Perron, M. (2011). Risk factors for work-related fatigue in students with school-year employment. *Journal of adolescent health*, 48(3), 289-294.
- Lange, B. P., Euler, H. A., & Zaretsky, E. (2016). Sex differences in language competence of 3-to 6-year-old children. *Applied Psycholinguistics*, 37(6), 1417-1438.
- Langner, J., & Fukkink, R. G. (2023). A realist synthesis of interprofessional collaborative practices in early intervention for children with speech, language and communication needs. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 58(2), 516-541.
- Largo, R. H., Molinari, L., Kundu, S., Lipp, A., & Duc, G. (1990). Intellectual outcome, speech and school performance in high risk preterm children with birth weight appropriate for gestational age. *European journal of pediatrics*, 149(12), 845-850.
- Larsson, H., Chang, Z., D'Onofrio, B. M., & Lichtenstein, P. (2014). The heritability of clinically diagnosed attention deficit hyperactivity disorder across the lifespan. *Psychological medicine*, 44(10), 2223-2229.
- Lavasani, N. M., & Stagnitti, K. (2011). A study on fine motor skills of Iranian children with attention deficit/hyper activity disorder aged from 6 to 11 years. *Occupational therapy international*, 18(2), 106-114.
- Law, J., Rush, R., Schoon, I., & Parsons, S. (2009). Modeling developmental language difficulties from school entry into adulthood: Literacy, mental health, and employment outcomes. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 52(6), 1401-1416.

- Leitner, Y. (2014). The co-occurrence of autism and attention deficit hyperactivity disorder in children—what do we know?. *Frontiers in human neuroscience*, 8, 72005.
- Leonard, L. B. (2014). *Children with specific language impairment*. the MIT Press.
- Lewis, B. A., Minnes, S., Short, E. J., Min, M. O., Wu, M., Lang, A., ... & Singer, L. T. (2013). Language outcomes at 12 years for children exposed prenatally to cocaine. *Language*.
- Lin, H. Y., Lee, P., Chang, W. D., & Hong, F. Y. (2014). Effects of weighted vests on attention, impulse control, and on-task behavior in children with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(2), 149-158.
- Linnet, K. M., Wisborg, K., Agerbo, E., Secher, N. J., Thomsen, P. H., & Henriksen, T. B. (2006). Gestational age, birth weight, and the risk of hyperkinetic disorder. *Archives of disease in childhood*, 91(8), 655-660.
- Luo, Y., Weibman, D., Halperin, J. M., & Li, X. (2019). A review of heterogeneity in attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Frontiers in human neuroscience*, 13, 42.
- Lutchmaya, S., Baron-Cohen, S., Raggatt, P., 2002b. Foetal testosterone and vocabulary size in 18- and 24-month-old infants. *Infant Behav. Dev.* 24, 418–424.
- Magnus, W., Nazir, S., Anilkumar, A. C., & Shaban, K. (2025). Attention deficit hyperactivity disorder.[Updated 2023 Aug 8]. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
- Mansour, R., Ward, A. R., Lane, D. M., Loveland, K. A., Aman, M. G., Jerger, S., ... & Pearson, D. A. (2021). ADHD severity as a predictor of cognitive task performance in children with Autism Spectrum Disorder (ASD). *Research in developmental disabilities*, 111, 103882.
- Marotta, P. J., & Roberts, E. A. (1998). Pemoline hepatotoxicity in children. *The Journal of pediatrics*, 132(5), 894-897.
- Massaroni, V., Delle Donne, V., Marra, C., Arcangeli, V., & Chieffo, D. P. R. (2023). The relationship between language and technology: how screen time affects language development in early life systematic review. *Brain Sciences*, 14(1), 27.
- Mattson, S. N., Bernes, G. A., & Doyle, L. R. (2019). Fetal alcohol spectrum disorders: a review of the neurobehavioral deficits associated with prenatal alcohol exposure. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 43(6), 1046-1062.
- McGee, C. L., Bjorkquist, O. A., Riley, E. P., & Mattson, S. N. (2009). Impaired language performance in young children with heavy prenatal alcohol exposure. *Neurotoxicology and teratology*, 31(2), 71-75.
- McGregor, K. K., (2020). How we fail children with developmental language disorder. *Language, speech, and hearing services in schools*, 51(4), 981-992.

- Mendez-Freije, I., Areces, D., & Rodriguez, C. (2023). Language skills in children with attention deficit hyperactivity disorder and developmental language disorder: a systematic review. *Children*, 11(1), 14.
- Miller, A., Lee, S., Raina, P., Klassen, A., Zupancic, J., & Olsen, L. (1998). A review of therapies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment.
- Miranda-Casas, A., Ygual-Fernández, A., Mulas-Delgado, F., Roselló-Miranda, B., & Bó, R. M. (2002). Procesamiento fonológico en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: ¿es eficaz el metilfenidato. *Revista de neurología*, 34(1), S115-S121.
- Mossabeb, R., Wade, K. C., Finnegan, K., Sivieri, E., & Abbasi, S. (2012). Language development survey provides a useful screening tool for language delay in preterm infants. *Clinical Pediatrics*, 51(7), 638-644.
- Müller, J. B., Hanf, M., Flamant, C., Olivier, M., Rouger, V., Gascoin, G., ... & Nusinovici, S. (2019). Relative contributions of prenatal complications, perinatal characteristics, neonatal morbidities and socio-economic conditions of preterm infants on the occurrence of developmental disorders up to 7 years of age. *International journal of epidemiology*, 48(1), 71-82.
- Navarro-Soria, I., Juárez-Ruiz de Mier, R., García-Fernández, J. M., González-Gómez, C., Real-Fernández, M., Sanchez-Munoz de Leon, M., & Lavigne-Cervan, R. (2020). Detection of executive performance profiles using the ENFEN battery in children diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Frontiers in psychology*, 11, 552322.
- Neuhaus, C. (1996). Το υπερκινητικό παιδί και τα προβλήματά του. (Μτφ.: Γ. Μωραΐτου, επιμ.: Μ. Ζαφειροπούλου). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα (1998).
- Norbury, C. F., Gooch, D., Wray, C., Baird, G., Charman, T., Simonoff, E., ... & Pickles, A. (2016). The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: Evidence from a population study. *Journal of child psychology and psychiatry*, 57(11), 1247-1257.
- Oades, R. D., & Christiansen, H. (2008). Cognitive switching processes in young people with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23(1), 21-32.
- Oller, D. K., Griebel, U., Bowman, D. D., Bene, E., Long, H. L., Yoo, H., & Ramsay, G. (2020). Infant boys are more vocal than infant girls. *Current Biology*, 30(10), R426-R427.
- Olson, L. J., & Moulton, H. J. (2004). Occupational therapists' reported experiences using weighted vests with children with specific developmental disorders. *Occupational therapy international*, 11(1), 52-66.

- Owens, J. A., Maxim, R., Nobile, C., McGuinn, M., & Msall, M. (2000). Parental and self-report of sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 154(6), 549-555.
- Paradis, J., Emmerzael, K., & Duncan, T. S. (2010). Assessment of English language learners: Using parent report on first language development. *Journal of communication disorders*, 43(6), 474-497.
- Parks, K. M., Hannah, K. E., Moreau, C. N., Brainin, L., & Joanisse, M. F. (2023). Language abilities in children and adolescents with DLD and ADHD: A scoping review. *Journal of Communication Disorders*, 106, 106381.
- Pelham, Jr, W. E., Fabiano, G. A., & Massetti, G. M. (2005). Evidence-based assessment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 34(3), 449-476.
- Perna, R., Loughan, A. R., Le, J., & Tyson, K. (2015). Gestational diabetes: long-term central nervous system developmental and cognitive sequelae. *Applied Neuropsychology: Child*, 4(3), 217-220.
- Pfeifer, L. I., Terra, L. N., dos Santos, J. L. F., Stagnitti, K. E., & Panúncio-Pinto, M. P. (2011). Play preference of children with ADHD and typically developing children in Brazil: A pilot study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(6), 419-428.
- Pliszka, S. R. (2000). Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 9(3), 525-540.
- Portellano, J. A., Martínez, R., & Zumárraga, L. (2009). ENFEN: Evaluación Neuropsicológica de las funciones ejecutivas en niños. Madrid: TEA Edicione
- Power, T. J., Dombrowski, S. C., Watkins, M. W., Mautone, J. A., & Eagle, J. W. (2007). Assessing children's homework performance: Development of multi-dimensional, multi-informant rating scales. *Journal of School Psychology*, 45(3), 333-348.
- Prathanee, B., Thinkhamrop, B., & Dechongkit, S. (2007). Factors associated with specific language impairment and later language development during early life: a literature review. *Clinical Pediatrics*, 46(1), 22-29.
- Quach, J., Hiscock, H., Canterford, L., & Wake, M. (2009). Outcomes of child sleep problems over the school-transition period: Australian population longitudinal study. *Pediatrics*, 123(5), 1287-1292.
- Quinn, P. O., & Madhoo, M. (2014). A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: uncovering this hidden diagnosis. *Prim Care Companion CNS Disord*, 16(3), 27250.

- Rabie, N. Z., Bird, T. M., Magann, E. F., Hall, R. W., & McKelvey, S. S. (2015). ADHD and developmental speech/language disorders in late preterm, early term and term infants. *Journal of Perinatology*, 35(8), 660-664.
- Racine, M. B., Majnemer, A., Shevell, M., & Snider, L. (2008). Handwriting performance in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of child neurology*, 23(4), 399-406.
- Ramirez-Inscoe, J., & Moore, D. R. (2011). Processes that influence communicative impairments in deaf children using cochlear implants. *Ear and hearing*, 32(6), 690-698.
- Rand, K., & Lahav, A. (2014). Impact of the NICU environment on language deprivation in preterm infants. *Acta Paediatrica*, 103(3), 243-248.
- Reynolds, S., & Lane, S. J. (2009). Sensory overresponsivity and anxiety in children with ADHD. *American Journal of Occupational Therapy*, 63(4), 433-440.
- Rhoades, R. E., Tabor-Godwin, J. M., Tsueng, G., & Feuer, R. (2011). Enterovirus infections of the central nervous system. *Virology*, 411(2), 288-305.
- Riddle, M. A., Nelson, J. C., Kleinman, C. S., Rasmusson, A., Leckman, J. F., King, R. A., & Cohen, D. J. (1991). Sudden death in children receiving Norpramin®: A review of three reported cases and commentary. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(1), 104-108.
- Rinaldi, S., Caselli, M. C., Cofelice, V., D'Amico, S., De Cagno, A. G., Della Corte, G., ... & Zoccolotti, P. (2021). Efficacy of the treatment of developmental language disorder: A systematic review. *Brain sciences*, 11(3), 407.
- Robertson, M. M. (2006). Attention deficit hyperactivity disorder, tics and Tourette's syndrome: the relationship and treatment implications. A commentary. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(1), 1-11.
- Rosenberg, M. D., Finn, E. S., Scheinost, D., Constable, R. T., & Chun, M. M. (2017). Characterizing attention with predictive network models. *Trends in cognitive sciences*, 21(4), 290-302.
- Rudolph, J. M. (2017). Case history risk factors for specific language impairment: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 26(3), 991-1010.
- Safer, D. J., Zito, J. M., & Gardner, J. F. (2001). Pemoline hepatotoxicity and postmarketing surveillance. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(6), 622-629.
- Sansavini, A., Guarini, A., Justice, L. M., Savini, S., Broccoli, S., Alessandroni, R., & Faldella, G. (2010). Does preterm birth increase a child's risk for language impairment?. *Early human development*, 86(12), 765-772.

- Sansavini, A., Favilla, M. E., Guasti, M. T., Marini, A., Millepiedi, S., Di Martino, M. V., ... & Lorusso, M. L. (2021). Developmental language disorder: Early predictors, age for the diagnosis, and diagnostic tools. A scoping review. *Brain sciences*, 11(5), 654.
- Schilling, D. L., Washington, K., Billingsley, F. F., & Deitz, J. (2003). Classroom seating for children with attention deficit hyperactivity disorder: Therapy balls versus chairs. *American Journal of Occupational Therapy*, 57(5), 534-541.
- Schneeweiss, S., Patrick, A. R., Solomon, D. H., Dormuth, C. R., Miller, M., Mehta, J., ... & Wang, P. S. (2010). Comparative safety of antidepressant agents for children and adolescents regarding suicidal acts. *Pediatrics*, 125(5), 876-888.
- Semel, E. M., Wiig, E. H., & Secord, W. (2003). Clinical evaluation of language fundamentals.
- Semrud-Clikeman, M. (2012). The role of inattention on academics, fluid reasoning, and visual-spatial functioning in two subtypes of ADHD. *Applied Neuropsychology: Child*, 1(1), 18-29.
- Senter, R., Chow, J. C., & Willis, E. C. (2023). Speech-language pathology interventions for children with executive function deficits: A systematic literature review. *Language, speech, and hearing services in schools*, 54(1), 336-354.
- Shallice, T., Marzocchi, G. M., Coser, S., Del Savio, M., Meuter, R. F., & Rumiati, R. I. (2002). Executive function profile of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Developmental neuropsychology*, 21(1), 43-71.
- Sharma, R., Agarwal, A., Rohra, V. K., Assidi, M., Abu-Elmagd, M., & Turki, R. F. (2015). Effects of increased paternal age on sperm quality, reproductive outcome and associated epigenetic risks to offspring. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 13(1), 35.
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276-293.
- Shen, I. H., Lee, T. Y., & Chen, C. L. (2012). Handwriting performance and underlying factors in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Research in developmental disabilities*, 33(4), 1301-1309.
- Skounti, M., Philalithis, A., & Galanakis, E. (2007). Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *European journal of pediatrics*, 166(2), 117-123.
- Skurtveit, S., Selmer, R., Roth, C., Hernandez-Diaz, S., & Handal, M. (2014). Prenatal exposure to antidepressants and language competence at age three: results from a large population-based pregnancy cohort in Norway. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(13), 1621-1631.

- Snowling, M. J. (2001). From language to reading and dyslexia 1. *Dyslexia*, 7(1), 37-46.
- Snowling, M. J., Duff, F. J., Nash, H. M., & Hulme, C. (2016). Language profiles and literacy outcomes of children with resolving, emerging, or persisting language impairments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(12), 1360-1369.
- Solomon, M., Olsen, E., Niendam, T., Ragland, J. D., Yoon, J., Minzenberg, M., & Carter, C. S. (2011). From lumping to splitting and back again: atypical social and language development in individuals with clinical-high-risk for psychosis, first episode schizophrenia, and autism spectrum disorders. *Schizophrenia research*, 131(1-3), 146-151.
- Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Harding, M., O'DONNELL, D. E. B. O. R. A. H., & Griffin, S. (1996). Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(4), 409-432.
- Spencer, T. J., Biederman, J., & Mick, E. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Journal of pediatric psychology*, 32(6), 631-642.
- Stanton-Chapman, T. L., Chapman, D. A., Bainbridge, N. L., & Scott, K. G. (2002). Identification of early risk factors for language impairment. *Research in developmental disabilities*, 23(6), 390-405.
- Stevens J, Quittner A, Zuckerman JB, Moore S. Behavioral 4. inhibition, self regulation of motivation, and working memory in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Deve Neuropsychol*. 2002;21(2):117-40.
- Still, G.F. (1902), Some abnormalpsychical in children, *Lancet*, 1, 1008-1012
- Swanson, J. M., Kraemer, H. C., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Conners, C. K., Abikoff, H. B., ... & Wu, M. (2001). Clinical relevance of the primary findings of the MTA: success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(2), 168-179.
- Tannock, R., Martinussen, R., & Frijters, J. (2000). Naming speed performance and stimulant effects indicate effortful, semantic processing deficits in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 28(3), 237-252.
- Teive, H. A., Chien, H. F., Munhoz, R. P., & Barbosa, E. R. (2008). Charcot's contribution to the study of Tourette's syndrome. *Arq Neuropsiquiatr*, 66(4), 918-21.
- Terband, H., Spruit, M., & Maassen, B. (2018). Speech impairment in boys with fetal alcohol spectrum disorders. *American journal of speech-language pathology*, 27(4), 1405-1425.

Torres-Espinola, F. J., Berglund, S. K., García-Valdés, L. M., Segura, M. T., Jerez, A., Campos, D., ... & PREOBE team. (2015). Maternal obesity, overweight and gestational diabetes affect the offspring neurodevelopment at 6 and 18 months of age—a follow up from the PREOBE cohort. *PloS one*, 10(7), e0133010.

Tourette's Syndrome Study Group. (2002). Treatment of ADHD in children with tics: a randomized controlled trial. *Neurology*, 58(4), 527-536.

Tsai, C. S., Chen, V. C. H., Yang, Y. H., Hung, T. H., Lu, M. L., Huang, K. Y., & Gossop, M. (2017). The association between *Mycoplasma pneumoniae* infection and speech and language impairment: A nationwide population-based study in Taiwan. *Plos one*, 12(7), e0180402.

Tseng, Y. C., Lai, D. C., & Guo, H. R. (2015). Gender and geographic differences in the prevalence of reportable childhood speech and language disability in Taiwan. *Research in Developmental Disabilities*, 40, 11–18.

Tredgold, A.F. (1908), *Mental deficiency (amentia)*, New York: W.Wood•Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of Higher Psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Vande Voort, J. L., He, J. P., Jameson, N. D., & Merikangas, K. R. (2014). Impact of the DSM-5 attention-deficit/hyperactivity disorder age-of-onset criterion in the US adolescent population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(7), 736-744.

VandenBerg, N. L. (2001). The use of a weighted vest to increase on-task behavior in children with attention difficulties. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(6), 621-628.

van Noort-van der Spek, I. L., Franken, M. C. J., & Weisglas-Kuperus, N. (2012). Language functions in preterm-born children: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 129(4), 745-754.

van Noort-van der Spek, I. L., Dudink, J., Reiss, I. K., & Franken, M. C. J. (2022). Early speech sound production and its trajectories in very preterm children from 2 to 4 years of age. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 65(4), 1294-1310.

Vohr, B. (2014, April). Speech and language outcomes of very preterm infants. In *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* (Vol. 19, No. 2, pp. 78-83). WB Saunders.

Volden, J., Coolican, J., Garon, N., White, J., & Bryson, S. (2009). Brief report: Pragmatic language in autism spectrum disorder: Relationships to measures of ability and disability. *Journal of autism and developmental disorders*, 39(2), 388-393.

Wallentin, M. (2020). Gender differences in language are small but matter for disorders. *Handbook of clinical neurology*, 175, 81-102.

White, B. P., & Mulligan, S. E. (2005). Behavioral and physiologic response measures of occupational task performance: a preliminary comparison between typical children and children with attention disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, 59(4), 426-436.

Whitehouse, A. J., Barry, J. G., & Bishop, D. V. (2008). Further defining the language impairment of autism: is there a specific language impairment subtype?. *Journal of communication disorders*, 41(4), 319-336.

Whitehouse, A. J. (2010). Is there a sex ratio difference in the familial aggregation of specific language impairment? A meta-analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 53(4), 1015-1025.

Whitehouse, A.J.O., Mattes, E., Maybery, M.T., Sawyer, M.G., Jacoby, P., Keelan, J.A., Hickey, M., 2012b. Sex-specific associations between umbilical cord blood testosterone levels and language delay in early childhood. *J. Child Psychol. Psychiatry* 53, 726–734

Wigal, S., Swanson, J. M., Feifel, D., Sangal, R. B., Elia, J., Casat, C. D., ... & Conners, C. K. (2004). A double-blind, placebo-controlled trial of dexamethylphenidate hydrochloride and d, l-threo-methylphenidate hydrochloride in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(11), 1406-1414.

Wiig E. H., Semel E., Secord W. A. (2013). *Clinical Evaluation of Language Fundamentals—Fifth Edition (CELF-5)*. Bloomington, MN: NCS Pearson.

Williams K. T. (2007). *EVT-2: Expressive Vocabulary Test (2nd ed.)*. Circle Pines, MN: Pearson Assessments.

Wilmshurst, L. (2011). *Αναπτυξιακή ψυχοπαθολογία* (Επιμ. Η. Γ. Μπεζεβέγκης & Χ. Παπαηλίου). Gutenberg.

Wilkes, S., Cordier, R., Bundy, A., Docking, K., & Munro, N. (2011). A play-based intervention for children with ADHD: A pilot study. *Australian occupational therapy journal*, 58(4), 231-240.

Wilson, P., McQuaige, F., Thompson, L., & McConnachie, A. (2013). Language delay is not predictable from available risk factors. *The Scientific World Journal*, 2013(1), 947018.

Wolraich, M. L., Lambert, W., Doffing, M. A., Bickman, L., Simmons, T., & Worley, K. (2003). Psychometric properties of the Vanderbilt ADHD diagnostic parent rating scale in a referred population. *Journal of pediatric psychology*, 28(8), 559-568.

Woods, P. L., Rieger, I., Wocadlo, C., & Gordon, A. (2014). Predicting the outcome of specific language impairment at five years of age through early developmental assessment in preterm infants. *Early human development*, 90(10), 613-619.

Woodward, L. J., Clark, C. A., Bora, S., & Inder, T. E. (2012). Neonatal white matter abnormalities an important predictor of neurocognitive outcome for very preterm children. *PloS one*, 7(12), e51879.

Wyper, K. R., & Rasmussen, C. R. (2011). Language impairments in children with fetal alcohol spectrum disorders. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology= Journal de la Therapeutique des Populations et de la Pharmacologie Clinique*, 18(2), e364-76.

Yáñez, G., Romero, H., Bernal, J., Marosi, E., Rodríguez, M. A., Guerrero, V., ... & Luviano, L. (2005). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDHA): coeficiente intelectual y funciones cognitivas. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(1), 31-41.

Ygual Fernández, A., Miranda-Casas, A., & Cervera Mérida, J. F. (2000). Dificultades en las dimensiones de forma y contenido del lenguaje en los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 1, 193-202.

Yochman, A., Parush, S., & Ornoy, A. (2004). Responses of preschool children with and without ADHD to sensory events in daily life. *American Journal of Occupational Therapy*, 58(3), 294-302.

Zambrana, I. M., Pons, F., Eadie, P., & Ystrom, E. (2014). Trajectories of language delay from age 3 to 5: Persistence, recovery and late onset. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(3), 304-316.

Zametkin, A. J., & Rapoport, J. L. (1987). Neurobiology of attention deficit disorder with hyperactivity: where have we come in 50 years?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26(5), 676-686.

Zeanah, C. H., Carter, A. S., Cohen, J., Egger, H., Gleason, M. M., Keren, M., ... & Oser, C. (2016). Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood dc: 0–5: selective reviews from a new nosology for early childhood psychopathology. *Infant mental health journal*, 37(5), 471-475.